

„SEX 2006“ - AKF Jahrestagung 2006

Katja Hermann

Die diesjährige Tagung des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) stand unter dem Motto „Sex 2006“. Im Gustav-Stresemann-Institut in Bad Godesberg kamen am 04. und 05. November 2006 etwa 180 Frauen zusammen, um sich mit Vorträgen, in Diskussionen und in Foren mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Der Vortrag von **Dr. Herrad Schenk**, „*Von den Zwängen der Fruchtbarkeit zum postmodernen Chaos der Liebe – Der lange Weg der Frauen zur sexuellen Selbstbestimmung*“, machte deutlich, dass von einer sexuellen Selbstbestimmung der Frauen bis zu den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts auch in Europa keine Rede sein kann. Die Geschichte der weiblichen Sexualität ist eher eine Geschichte sexueller Gewalt und Abhängigkeit als eine Geschichte der Lust. Erst die so genannte sexuelle Revolution hat den starren Zusammenhang von heterosexuellem Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft und Ehe gelockert, der die Frauen in früheren Zeiten zu einem kontrollierten und pragmatischen Umgang mit ihrer Sexualität nötigte. Aus der engen Verknüpfung biologischer Gesetzmäßigkeiten mit gesellschaftlichen Institutionen resultierte u. a. die Hochbewertung vorehelicher Keuschheit sowie die scharfe Trennung und die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Bewertung von ehelicher und außerehelicher Liebe. Die sexuelle Revolution hat gewaltige Auswirkungen auf die Veränderung der Rollen von Mann und Frau, auf die Formen des Zusammenlebens, auf Familienplanung, Elternschaft und die gesamte Lebensgestaltung der letzten Jahrzehnte gehabt. Dabei blieb die zunächst befürchtete allgemeine Libertinage aus; stattdessen ist ein Comeback von Werten wie romantischer Liebe und Treue zu verzeichnen, bei einer gleichzeitigen Verschiebung von der lebenslangen zur seriellen Monogamie. An Stelle des früheren Einflusses der Kirchen auf die Sexualmoral sind neue problematische Einflüsse getreten, z. B. die Kommerzialisierung der Sexualität.

Im Vortrag von **Dr. Barbara Ehret-Wagener** wurde der Zusammenhang von „*Schmerz und Schönheit – der zerschnittene Frauenleib*“ dargestellt. Streben nach Schönheit gehört seit jeher zu den Grundbedürfnissen von Frauen. In allen Kulturen gab es körperverändernde Eingriffe, die die gesellschaftliche Position der Männer und die Marktfähigkeit und Keuschheit der Frauen sicherten. Schönheit erhöhte den Tausch- und Warenwert der Frauen auf dem Heiratsmarkt. In der postmodernen Gesellschaft, in der Frauen und Männer miteinander konkurrieren, dient ein attraktives Äußeres auch Frauen als Grundlage für beruflichen und gesellschaftlichen Erfolg. Ebenso ist Fitness und Gesundheit ein hohes Gut, das es um jeden Preis zu erreichen gilt. Schönheit, Fitness und Gesundheit sind jedoch umso schwieriger zu realisieren, je mehr sie eingefordert werden und je höher die Messlatte liegt. Vorbilder für die derzeitigen Schönheitsideale sind allseits präsente magere Models und ewig junge Schauspielerinnen sowie ein Gesundheitsbegriff vom vollkommenen Wohlbefinden. Um dem geltenden Schönheits- (und Gesundheits- und Jugendlichkeits-) Ideal zu entsprechen sind Frauen bereit Opfer zu bringen. Dabei geht es nicht nur um die Umformung der äußeren Hülle, auch die Integrität des inneren Körperbildes wird in Frage gestellt.

Das Körperkonzept von Frauen befindet sich stark im Wandel. Die Bewertung von Organen verändert sich. Körpergrenzen und Identitäten verwischen sich. Innere und äußere Körperverformungen sind fast unbegrenzt machbar. Es hat sich eine mächtige Gesundheits- und Schönheitsindustrie entwickelt, die die neue Grenzenlosigkeit des Körperbildes nutzt, um unter dem Deckmantel der Patientinnensouveränität den Körper äußerlich und innerlich umzuformen: Die Fitnessindustrie, fast alle operierenden medizinischen Sparten und die

Schönheitschirurgie sind gleichermaßen daran beteiligt. Beispiele für diese Auswüchse unbegrenzter Machbarkeitsphantasien sind neben Schönheitsoperationen und ästhetischen Genitaloperationen medizinisch nicht indizierte Hysterektomien, Bauchspiegelungen, Sterilisationen und so genannte Wunschkaiserschnitte. Die Lust auf Verletzung zeigt sich auch bei Jugendlichen in der Zunahme von Piercings und Tattoos und selbstverletzendem Verhalten.

Gründe für die Bereitschaft der Frauen „ihre Haut zu Markte zu tragen“ gibt es viele. Dr. Ehret-Wagener vertritt die These, dass den Frauen ein evolutionäres Schutzprogramm fehlt, sich gegen instrumentale Verletzungen durch Männer zu schützen. Sie konnten sich in der Vergangenheit des Schutzes der Männer sicher sein. Die Spielregeln zwischen Frauen und Männern haben sich geändert. In Zukunft sollten Frauen lernen selbst Einfluss darauf zu nehmen, wie weit sie ihre Körpergrenzen respektiert wissen wollen. Und der Gesetzgeber muss Rahmenbedingungen schaffen, um die Vermarktung des Frauenkörpers in Grenzen zu halten, Transparenz zu gewährleisten und den zahlreichen Pfuschern auf allen operativen Gebieten Einhalt zu gebieten.

Im Vortrag von **Prof. Dr. Karin Flaake**, *„Gesellschaft in den Leib geschrieben – Körper und Sexualität in der Adoleszenz junger Frauen“*, erfuhren die Zuhörerinnen, dass Körpererfahrungen und Körpererleben in allen lebensgeschichtlichen Phasen eingebunden in ein komplexes Zusammenspiel von inneren und äußeren Verhältnissen sind, ein Zusammenspiel von Fantasien, Wünschen und Ängsten, die an Körperlichkeit gebunden sind, und Botschaften der sozialen Umgebung, die körperbezogene Wahrnehmungen und Erlebensweisen mit sozialen Bedeutungen versehen. Solche Bedeutungszuschreibungen vollziehen sich wesentlich in den Interaktionen zwischen Kindern beziehungsweise Heranwachsenden und den wichtigen Bezugspersonen in ihrer Umgebung, insbesondere den Müttern und Vätern. Jede intensive Beziehung zu Kindern und Heranwachsenden konfrontiert Erwachsene mit eigenen im Laufe der Lebensgeschichte verdrängten Strebungen und kann eine Bedrohung psychischer Balancen durch Wiederkehr früherer Affekte, Wünsche und Ängste bedeuten. Insbesondere die Adoleszenz kann eine solche Labilisierung psychischer Balancen bei den Erwachsenen auslösen.

Zentrale Themen in der Adoleszenz sind die erwachsene geschlechtliche Körperlichkeit und Sexualität der Tochter, die Mütter und Väter noch einmal mit den eigenen entsprechenden Fantasien, Wünschen und Ängsten konfrontiert. In dieser Phase großer Verunsicherung – die nicht selten auch eingespielte Muster in der Paarbeziehung erschüttert – können sich gesellschaftliche Bilder weiblicher Körperlichkeit und Sexualität und die Weitergabe eigener früher erlebter Beschränkungen als Stabilisierungshilfen anbieten. In der Tochter werden dann noch einmal all jene Impulse und Strebungen abgewehrt, die selbst als unerträglich empfunden werden. Auf diese Weise werden Fassetten gesellschaftlicher, um weibliche Körperlichkeit und Sexualität kreisende Fantasien und Bilder in leibbezogenen Erlebensweisen der jungen Frauen verankert. Bezogen auf familiäre Interaktionen besteht eine Chance für Veränderungen darin, die durch die Adoleszenz der Tochter ausgelösten Fantasien, Wünsche und Ängste nicht erneut in der Tochter abzuwehren, sondern auf eine Weise neu zu bearbeiten, die Spielräume für Umgestaltungen traditioneller Geschlechterbilder eröffnet.

Im Vortrag von **Petra Otto**, *„Späte Freiheiten – Sex im Alter“*, zeigte der Blick in Geschichte, Literatur, Studien und in das reale Leben: Der Wunsch nach Nähe, Liebe, Sexualität bleibt lebenslang in verschiedener Intensität erhalten, wird aber durch die jeweilige Sexualkultur reglementiert oder – seltener – gefördert. Wie es sich mit der Altersexualität in einer sexuell liberalen Gesellschaft verhält, wissen wir noch nicht. Für uns hier gilt jedoch: Die Generationen, die gegenwärtig in der zweiten Lebenshälfte sind, haben eine ge-

sellschaftliche Einstellungsänderung zur Sexualität erlebt, wie sie polarer nicht sein kann. Sie kommen aus der Zeit der postulierten Geschlechtslosigkeit und sozialen Disziplinierung des Alters und gehen in eine Zeit der sexuellen Liberalisierung, die Freiheit – aber auch Druck schafft. Wieweit in Kindheit und Adoleszenz erworbene sexualmoralische Hypothesen abgelegt werden können und die neuen Freiheiten genossen werden können, ist individuell. Wie sind noch unsicher im Zustand der Freiheit. Deshalb wünschte sich die Referentin angesichts unserer schwierigen Vergangenheit mit Bindung, Körperlichkeit und Sexualität mehr Sensibilität und auch Privatheit für die Sexualität (wie es für Geburt, Tod und Sexualität generell gelten sollte); mehr vorurteilsfreie Wahrnehmungsbereitschaft auch auf Seiten der Wissenschaftler, um zu einer klischeefreien Haltung zur Alterssexualität zu kommen; mehr Mut, die Definitionsmacht über die eigene Sexualität zu übernehmen und nicht die Formen der Sexualität der ersten Lebenshälfte bruchlos in die zweite hinüberzuziehen. Hier steht möglicherweise etwas ganz anderes an als der Koitus. Außerdem sollten wir das demografische Verhältnis ernster nehmen: Es läuft im Alter auf 3:2 bzw. 3:1 zu. Es ist also illusionär, sich im Bedürfnis nach Liebe und Sexualität nur auf ein heterosexuelles Beziehungsformen auszurichten. Wir brauchen Vorbilder für Erotik, Sexualität und Alter. Wir sind sie – gestalten wir sie also mutig!

Der Vortrag von **Dr. Susanne Rothmaler** beschäftigte sich mit „*Sexualität und Tango – Visionen für eine lustvolle weibliche Sexualität*“. Obwohl die Sexualität sehr früh im Leben eines Menschen erwacht, kann man sein Streben nach Berührung, Umarmung, Zärtlichkeit, Hingabe und Dominanz als primär nicht sexuell ansehen. Durch die Besonderheiten der Mutter-Kind-Beziehung ist diese Differenzierung ganz besonders schwierig für das heranwachsende Mädchen und die später sexuell aktive Frau. In unserem Kulturkreis vermischen sich beide Bestrebungen in der erwachsenen Sexualität, was zu großer Romantik und sexueller Erfüllung aber auch zu Verwirrungen, falschen Hoffnungen, Fehlinterpretationen und -entscheidungen bis hin zur sexuellen Gewalt führen kann. Der Tango symbolisiert alle diese Facetten des Miteinanders. Mit ihm kann man dem Streben nach zarter, vertrauensvoller körperlicher Begegnung in der getanzten Umarmung nachgehen, er gibt auch Raum für ein lustvolles Spiel mit Macht und Unterwerfung. Erotik und Sexualität sind weitere Begegnungsebenen. Im Tango erhält jede einzelne Bestrebung ihren Platz zurück und macht uns so in unseren Empfindungsmöglichkeiten reicher. Auf diese Weise kann das Tangotanz tiefes lustvolles Erleben und Therapeutikum zugleich sein.

Den Festvortrag hielt **Dr. Silke Andrea Schuemmer**: „*La femme f(r)actale. Aspekte weiblicher Sexualität in der Kunst*“. Von der Venus von Willendorf aus dem Jungpaläolithikum bis zu zeitgenössischen erotischen Frauendarstellungen war es ein weiter Weg, wenn auch nicht unbedingt ein Fortschritt. Durch das Christentum und den Ausschluss von Frauen aus Bildung und Kunstproduktion spielte weibliche Sexualität bis zum 20. Jahrhundert praktisch keine Rolle in der Kunst. In der Moderne wehren sich die Frauen. Ausgehend von der 68er-Bewegung und der Frauenbewegung der 70er Jahre wird der Körper und die Konstituierung der (sexuellen) Persönlichkeit entweder als Genderphänomen, also als sozial gemacht, verstanden oder aber antipodisch dazu als Garant des Authentischen gefeiert.

Als Schnittstelle zwischen postmodernem Körperdiskurs (der sich grob gesagt fragt, welche Zukunft der menschliche Körper angesichts der partiellen Überlegenheit von Maschinen und Computern hat) und erotischer zeitgenössischer Kunst kann man die Cyborgs sehen, die schnell zu reinen Männerphantasien und Sexmachines mutierten. Die Beschäftigung von Frauen mit dem weiblichen Körper, das Kennenlernen der eigenen Anatomie, war ein erster Befreiungsschritt, und so entstanden ganze Serien von Klitoris- und Menstruationsbildern, die auch als Abwehr der Freudschen Weiblichkeitsinterpretation verstanden werden wollten. Das weibliche Geschlecht sollte nicht mehr Ort männlicher Penetrati-

onlust oder Kastrationsangst („vagina dentata“) sein, sondern ein autonomer Ausdruck der Selbsterfahrung der Frau.

Neben der Versicherung der eigenen Existenz und Tradition und der Frage nach der (sexuellen) Identität sind auch Vergewaltigung und Mutterschaft wichtige Aspekte weiblicher Sexualität in der Kunst, wobei Vergewaltigung ein durch alle Jahrhunderte hindurch beliebtes Thema ist, Mutterschaft hingegen ausgesprochen selten thematisiert wird. Weibliche Lust in all ihren Spielarten findet man im Werk von KünstlerInnen dagegen praktisch gar nicht. Auch erotische Bilder, die Begehren bei den BetrachterInnen wecken sollen, sucht man vergebens. Das mag daran liegen, dass sich in der Postmoderne die Rat- und Sprachlosigkeit um ein vielfaches potenziert: Die Darstellung des Menschen, der keine Leib-Seele-Einheit mehr ist, stellte die Kunst schon vor erhebliche ästhetische Probleme. Bei der Darstellung der Frau kommen feministische und moralische Ansprüche hinzu. Unter erotischen Gesichtspunkten verschärft sich die Misere noch und aussichtslos scheint die Kunstproduktion zu sein, wenn weibliche Künstlerinnen den weiblichen Körper in einer erotischen Szene auch noch erotisch ansprechend für ihr Publikum gestalten wollen. Fast unmöglich erscheint dieses Unterfangen. Auf der anderen Seite waren es immer genau die scheinbar nicht zu bewältigenden Themen, in denen das größte Potenzial lag.

Eine Bestandsaufnahme: Männliche erotische Kunst nähert sich dem Thema eher von der pornographischen Seite, weibliche erotische Kunst eher von der körperlichen und soziologischen Selbsterfahrung her. Diese Entwicklung ist im gesellschaftlichen Kontext begründbar. In der männlichen erotischen Kunst hat sich seit den ersten Strichzeichnungen nicht viel geändert. Die weibliche Kunst, die sich in der Moderne zu erfinden versucht, ist dagegen gefangen im moralischen, im feministischen und im politischen Diskurs. Bis zu dem magischen archaischen Selbstverständnis der weiblichen Sexualität, wie sie die Venus von Willendorf verkörpert, ist es nach wie vor ein weiter Weg.

In den **fünf angebotenen Foren** diskutierten die Frauen unterschiedliche Aspekte im Zusammenhang mit Sexualität:

Im **Forum „Kultursensible sexuelle Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund“** erfuhren die Teilnehmerinnen, dass die Thematik der sexuellen Gesundheit so vielfältig und facettenreich ist wie die Heterogenität der Frauen aus unterschiedlichsten Kulturen.

Im Jahre 2010 werden gemäß den Zahlen des statistischen Bundesamts 40% der unter 40jährigen einen Migrationshintergrund haben. Demzufolge ist die Auseinandersetzung mit kultursensiblen Fragen in der gesundheitlichen Versorgung ein unverzichtbares Qualitätskriterium. Frauen mit Migrationshintergrund sind in der Gesundheitsförderung, also in präventiven Angeboten, immer noch unterrepräsentiert. Dies ist besonders deutlich im Bereich der reproduktiven Gesundheit, z. B. Sexuaufklärung, Familienplanung, Schwangerschaftsvor- und -nachsorge.

Homosexuelle Frauen sind dreifacher Diskriminierung ausgesetzt: Sie werden erstens gesellschaftlich als Frau an sich diskriminiert, zweitens gesellschaftlich (Herkunftsfamilie aber auch Gesamtgesellschaft) aufgrund ihrer Homosexualität diskriminiert und drittens von der homosexuellen Community aufgrund ihres Migrationshintergrundes diskriminiert. Das Erleben von differierenden Wert- und Normvorstellungen hinsichtlich der Rollenbilder und Sexualität führen nicht – wie ursprünglich angenommen – zur inneren Zerrissenheit und Orientierungslosigkeit. Aktuelle Studien belegen vielmehr, dass das Leben zwischen verschiedenen Kulturen zu einer gesteigerten Ambiguitätstoleranz führt, die durch hohe Toleranz, Belastbarkeit und Copingvariabilität gekennzeichnet ist.

Allgemein lässt sich jedoch sagen, dass die Offenheit im Umgang mit Sexuaufklärung mit dem Bildungsniveau der jeweiligen Familien korreliert. Gewalt gegen Frauen ist so-

wohl in deutschen als auch in Migrantenfamilien vorhanden; Frauen mit Migrationshintergrund halten es meist nur länger aus. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe: Sie befürchten aufenthaltsrechtliche Folgen, fühlen eine Verpflichtung/Loyalität der Familie gegenüber, erfahren Scham und bekommen nur mangelnde Informationen über Beratungs- und Hilfsmöglichkeiten. Besonders gesundheitlich gefährdet sind Opfer von Zwangsprostitution, da sie unter menschenunwürdigen Lebensbedingungen leben, ein hohes Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten tragen, ihre Situation oft in die Suchtabhängigkeit führt und sie schwerste seelische und körperliche Verletzungen erleben. Es ist in allen Versorgungsbereichen eine interkulturelle Öffnung vonnöten, die auf Anerkennung und Kenntnis beruht. Die Förderung von interkultureller Kompetenz kann eine Ethnisierung und Kulturalisierung sozial bedingter Problemlagen verhindern.

In ca. 27 Ländern findet Genitalverstümmelung (FGM = female genital mutilation) statt. Die Einbeziehung von Kenntnissen und Kompetenzen bezüglich des Umgangs mit Genitalverstümmelung in das Curriculum medizinischer Fachärzte ist dringend erforderlich. Für medizinische Fachkräfte gibt es derzeit vom Bundesärzteblatt einen Hinweis auf Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Genitalverstümmelung ist eine Menschenrechtsverletzung und sollte als Straftatbestand gesetzlich anerkannt sein. Infabulierte Frauen sollten nach Möglichkeit vor der Geburt des ersten Kindes deinfabuliert werden und es sollte eine vaginale Entbindung angestrebt werden, um im Falle einer Ausweisung und späteren erneuten Schwangerschaft im Herkunftsland tödliche Folgen bei der zweiten Geburt zu verhindern. Entgegen vielfach verbreiteter Vermutungen führt die Genitalverstümmelung in der Regel nicht zur Anorgasmie, da die äußere Klitoris nur einen kleinen Teil der gesamten Klitoris darstellt, der weitaus größere Teil befindet sich innerhalb des Körpers. Anorgasmie ist eine Folge psychosozialer Belastungen und Störungen. Zudem ist ein ICD-Schlüssel zur Behandlung von Patientinnen erforderlich, um Rekonstruktionen und Deinfabulationen möglich zu machen. Der ICD sollte kultursensibel auf die hiesigen medizinischen Erfordernisse angepasst werden.

Im *zweiten Forum „Sex, Ethik, Monetik“* diskutierten die Frauen über Prostitution und Sexualbegleitung. Bereits die kurze Vorstellungsrunde und Abfrage der Erwartungen an dieses Forum ergab ein reges Interesse der Teilnehmerinnen. Viele der anwesenden Frauen haben über Sozialarbeit, medizinische Behandlungen etc. sehr häufig mit Frauen zu tun, die im Bereich Prostitution arbeiten, kennen jedoch Hintergründe für diesen Berufseinstieg, spezifische Probleme, Ausstiegsmöglichkeiten etc. zu wenig. Daher gab es ein sowohl Neugier, als auch große beruflich bedingte Aufmerksamkeit an den authentischen Informationen von Frau Detlefsen (Hydra e.V.) und Nina de Vries (Sexualassistentin für behinderte und alte Menschen sowie Lehrerin in diesem Berufsfeld. Einen „Einstieg in die Prostitution – ein Berufsbild mit vielen Tipps“ bot Violetta (Künstlername einer Domina, die Existenzgründungsberatung in diesem Berufsfeld anbietet).

Prostitution ist eine Jahrtausendealte Tätigkeit, die es in allen Kulturen gab und immer geben wird. Geschätzte 400.000 berufsmäßige, weibliche Prostituierte gibt es in Deutschland. Dazu kommen Gelegenheitsprostituierte in unbekannter Anzahl. Damit ist Prostitution, nicht nur in Deutschland, ein bedeutender Wirtschaftszweig. Nur langsam wird der Beruf der Prostituierten anerkannt. Obwohl er immer noch unter vielen „Tarnbezeichnungen“ versteckt wird. Das Model, die Hostess und vielerlei andere Bezeichnungen gehören dazu. Wenn man Prostituierte fragt, was sie beruflich so machen, kommen ausweichende Antworten wie: „Ich arbeite in einer Modelagentur“, oder „Ich arbeite in einer Bar“. Manchmal kommt auch ein ausweichendes „Ich bin selbstständig!“ Kaum jemand sagt selbstbewusst: „Ich bin Prostituierte.“

Keine andere Tätigkeit ist mit vergleichbar vielen Vorurteilen belastet. Das Anbieten von sexuellen Dienstleistungen gegen Geld scheint immer noch auf einer Moralstufe mit

mittelschweren Verbrechen zu stehen. Dabei ist Prostitution ist freies Unternehmertum in Reinkultur. An den Frauen, die sich vielleicht für diesen Beruf entscheiden, liegt es, was sie daraus machen. Sie entscheiden, ob sie viel Geld verdienen oder ob sie irgendwann frustriert aufgeben: Unternehmertum setzt eine Idee, die Umsetzung und ein Ziel voraus. Beim Einstieg in die Prostitution ist es nicht anders. Es gehört der Wille dazu, dann die Freude... . Die nächste Frage ist: Menschenkenntnis. Kann sie gut mit Menschen umgehen? Der Beruf der Prostituierten erfordert psychologisches Wissen und Geschick, sowie gekonntes Durchsetzungsvermögen. Dazu kommen Selbstbewusstsein und Auftreten. Kann sie sich gut präsentieren oder ist sie eher der Typ „Graue Maus“? Sie benötigt ein positives Erscheinungsbild, ansprechende Garderobe, ein starkes und selbstbewusstes Auftreten, für ihre erotische Ausstrahlung.

Die Grundlage für ihren Einstieg in die Prostitution bildet die Gewerbeanmeldung, z.B. als Begleitservice. Ganz egal, wie sie ihre Tätigkeit ausübt, der Beruf der Prostituierten stellt immer eine Selbstständigkeit dar, auch wenn sie in ein bereits bestehendes Etablissement einsteigt. Womit sich die Frage stellt: Etablissement oder in eigener Sache? Möchte sie in einem bekannten Etablissement einsteigen oder beginnt sie mit ihrem Service in eigener Sache? Wenn sie sich dafür entscheidet, in ein bestehendes Etablissement einzusteigen, stellen sich folgende Fragen: Wie findet sie ein geeignetes Etablissement und welches Etablissement passt zu ihr und ihren Neigungen? Wird sie in eigener Sache aktiv, spielen Werbung und Kommunikation eine wichtige Rolle. Zuerst benötigt sie einen klangvollen Künstlernamen und damit verbunden die Entscheidung, welche Dienstleistung sie anbieten möchte. Sie muss sich bereits namentlich und mit ihrem angebotenen Service aus der Masse ihrer Mitbewerberinnen abheben! Zur Werbung gehört zunächst die regelmäßige Anzeigenschaltung in den bekannten Stadt- und Szene-Magazinen. Zu beachten ist dabei die Wortwahl der Anzeige bei der Gestaltung. Zu eindeutig darf dabei nicht formuliert werden. Bei den angebotenen Dienstleistungen geht es vom Sex in allen möglichen Varianten über die Unterhaltung, an deren Ende Sex steht, bis zur Unterhaltung, die Sex einschließen kann, aber nicht muss. Die beiden letzten Varianten – oft von so genannten Begleiterinnen angeboten – sind untypisch für die Prostitution.

Nina de Vries gab zu Anfang ihres Referats zunächst eine Definition von Sexualbegleitung: „SexualbegleiterInnen sind Frauen und Männer, die aus einer gesunden und bewussten Motivation heraus Menschen mit einer körperlichen, seelischen/psychischen oder geistigen Beeinträchtigung/Behinderung Hilfestellungen zum Erleben ihrer Sexualität anbieten und dies zu ihrem Beruf machen. Sie ermöglichen Menschen, die auf Grund ihrer Situation (u. a. Krankheit, Unfall, Biographie) eine behutsame, kreative Annäherung auf dem Gebiet der Sexualität brauchen, ein intimes, sinnliches und erotisches Erlebnis und vermitteln ihnen ein positives Körpergefühl. Sie setzen ihren eigenen Körper ein, um anderen Freude und Lust zu verschaffen. Sie bieten u. a. Beratung, Massage, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Anleitung zur Selbstbefriedigung, Handentspannung an. Einige bieten auch Geschlechtsverkehr und Oralkontakt an. Sie achten Menschen mit Behinderung als gleichwertig.“ Eventuelle Klienten können z.B. Menschen sein, die auf Grund eine Körperbehinderung (angeboren oder erworben durch Unfälle oder Krankheiten) wenig oder keine Möglichkeiten haben ihre Sexualität zu erleben und sinnliche erotische Erfahrungen zu machen (z.B. Menschen mit einer spastische Lähmung, Muskeldystrophie, Schädel-Hirn-Verletzte, Paraplegiker), Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung, wenn sie klar signalisiert haben, dass sie das wollen/brauchen, Menschen, die auf Grund von Missbrauchserfahrungen ein gestörtes oder gar kein Verhältnis zu ihrem Körper und ihrer Sexualität haben (neben einer Psychotherapie), Menschen, die durch einen Herzinfarkt oder eine andere Krankheit „gezwungen“ sind neue Wege zum Erleben ihrer Sexualität zu entdecken (z.B. Orgasmusstörungen, Impotenz, künstliche Darmausgänge, Amputationen), Menschen mit einer so genannten psychischen Störung (neben einer Psychotherapie) sowie Menschen im Alter, die

in unserer leistungsorientierten Gesellschaft mehr oder weniger abgeschoben werden und denen eine Sexualität abgesprochen wird.

Im Forum wurde fast eine Stunde über die geplante Zeit von drei Stunden hinaus ausgiebig gefragt und diskutiert – unterbrochen von einer Bauchtanzdarbietung. Am Ende wurden die Ergebnisse unter den Stichworten „Mülltonne“, „Waschmaschine“ und „Rucksack“ wie folgt zusammengefasst:

Mülltonne („Was lasse ich hier?“):

- die Vorstellung, Prostitution gehört ausschließlich in die „Schmuddelecke“
- Vorurteile jüngerer Teilnehmerinnen gegenüber den älteren („ich hätte nicht gedacht, dass Eure Generation so offen über dieses Thema diskutiert“)
- Medienberichte über Zwangsprostitution als das Hauptproblem und Zwangsprostituierte als den größten Anteil von Frauen in diesem Beruf
- die generelle Verurteilung von Prostitution als moralisch verwerflich

Waschmaschine („Worüber möchte ich weiter nachdenken?“):

- die Tabuisierung der Sexualität in der Psychiatrie
- „meine generell ablehnende Haltung zu einem Call-Center im Wohngebiet“
- Geschlechterverhältnisse (was wäre, wenn es umgekehrt wäre – wir haben es leider nicht mehr geschafft über die Angebote von Frauen und Männern für Frauen zu reden)

Rucksack („Was nehme ich mit?“):

- Möglichkeiten der Arbeit mit behinderten Menschen und konkrete Ausbildungsmöglichkeiten dafür (Anfragen direkt an Nina de Vries richten)
- große Ähnlichkeit einer Reihe von Problemen mit denen in einer Ehe
- Stärke und Sinnlichkeit

Einhelliges Fazit: Der AKF sollte sich auch auf den nächsten Veranstaltungen dieser Thematik weiter zuwenden – es gibt sonst kaum solche Möglichkeiten zum Erhalt authentischer Informationen und zum Erfahrungsaustausch von Frauen aus den verschiedensten Berufsgruppen, die mit Prostituierten zu tun haben.

„Loslassen – Eintauchen in Sinnesfreuden“ so hieß **Forum 3** der AKF-Jahrestagung „Sex 2006“, das von Elke Werneburg (Künstlerin, Psychotherapeutin, Yogalehrerin) geleitet und von Dr. Christiane Niehues (Ärztin, Vorstand AKF) assistiert wurde. Für die 25 Teilnehmerinnen wurde ein Programm konzipiert und ausgeführt, das zwar nicht „Open Space“ – wie angekündigt – war, aber Inhalte dieser Methode in seine Gestaltung aufgenommen hatte. Im Workshop sollten die Teilnehmerinnen sich konträr zu den sonst theoretisch-wissenschaftlichen Vorträgen auf ihr persönliches Sinneserleben beziehen und hinein vertiefen können. Um die Wahrnehmung und das Erleben des eigenen Körpers und von durch Handlungen ausgelöster Empfindungen sollte es gehen, vor allem jedoch auch um ein wirkliches In-der-Zeit-sein-Können. So wurden in einem 3-Stunden-Programm nacheinander Übungen zu unterschiedlichen Sinneswahrnehmungen durchgeführt, zunächst einzeln und dann in kleinen Gruppen. Es ging um das Hören (von Musik, ohne sehen zu können), um das Riechen und Fühlen (z.B. von duftender Seide), um die Wahrnehmung des Gegenübers und die Spiegelung (in Spiegeln und durch Worte beeinflusst) in der Anderen, um das Berühren und Berührt-Werden beim Tasten (mit Massage-Objekten und mit Händen) in Ruhe und Bewegung. Nicht zuletzt auch um das Schmecken (in den Teepausen), das Einverleiben der von der Institution liebevoll bereitgestellten Tee- und Obststückchen.

Die Übungen führten in der letzten Stunde zur Gestaltung von drei Körperskulpturen – künstlerisch ausgedrückt, zu lebenden sozialen Plastiken – zu den ausgewählten Themen Begehren, Erotik und Lust. Sie wurden von jeweils acht Personen den anderen als Publikum vorgestellt. Spielender und gestaltender Umgang mit diesen Themen beendete auf

diese Weise die vorhergehenden vielfältigen Erfahrungen und Erlebnisse mit sich selbst, dem Gegenüber und der Gesamtgruppe, die in die Skulpturen einfließen. Zu beobachten war nach anfänglicher Skepsis und Vorsicht im Umgang mit dem Medium und den anderen Personen – ein angemessenes und wertschätzendes Verhalten – eine dynamische Entwicklung, ein Prozess hin zu mehr und mehr Bewegung, Austausch, Kontakt und Nähe. Die Kommunikation wurde lebendiger, spielerischer, lustiger, lauter...

Im *vierten Forum „Behinderte Frauen – (un)behinderte Sexualität?“* (Moderation: Dr. Sigrid Arnade, Journalistin) wurden in drei Abschnitten drei Themen behandelt. Dazu sprach jeweils eine der Referentinnen (Petra Groß, Mitarbeiterin bei „Mensch zuerst – People First Deutschland e.V.“; Martina Puschke, Projektkoordinatorin in der politischen Interessenvertretung behinderter Frauen im Weibernetz e.V.) beziehungsweise unterhielt sich mit der Komoderatorin (Susanne Göbel, Unterstützerin bei „Mensch zuerst – People First Deutschland e.V.“). Anschließend wurde das Thema in der Gruppe diskutiert und letztlich wurden Forderungen formuliert und auf einem Flipchart festgehalten.

1. Sexualität und Elternschaft von Frauen mit so genannter geistiger Behinderung

Dabei wurden folgende Forderungen aufgestellt: Informationen über Sexualität sollen überall in leichter Sprache formuliert sein, v. a. bei Frauenärztinnen und -ärzten, in Beratungsstellen und in Einrichtungen; es soll mit der Person gesprochen werden, um die es geht, und nicht mit den Betreuern oder Betreuerinnen; es soll eine Privatsphäre ermöglicht werden, z.B. durch abschließbare Einzelzimmer; alle, die es brauchen, sollen ein Recht auf Elternassistenz haben.

2. Behinderte Frauen: Die Bedeutung von Schönheitsnormen, Sexualassistenz und Sexualbegleitung

Folgende Forderungen wurden im Forum formuliert: die Forderung nach guten Informationen und Wahlfreiheit bei korrigierenden Operationen; Informationen über Sexualassistenz und Sexualbegleitung; Frauen mit Behinderungen müssen öffentlich mehr auftauchen.

3. Sexualisierte Gewalt im Leben behinderter Frauen

Bei diesem Thema standen die Forderungen um Vordergrund, Prävention und Vernetzung zu verstärken (z.B. Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse), Hilfepläne für Einrichtungen zu entwickeln, Pflegende und das Umfeld für das Thema zu sensibilisieren, barrierefreie Beratungsstellen und Frauenhäuser einzurichten, Frauenbeauftragte in Werkstätten für behinderte Menschen und in Wohnheimen zu benennen, das Gewaltschutzgesetz im Sinne behinderter Frauen zu ändern und ein Recht auf geschlechtsspezifische Pflege/Assistenz einzuführen.

Am *fünften Forum „Folgen von sexueller Gewalt und Traumatisierung in der Beratung“* nahmen 24 Frauen teil. Die Praxiserfahrungen der Teilnehmerinnen waren sehr unterschiedlich: langjährig praktizierende Psychotherapeutinnen, Ärztinnen und junge Kolleginnen mit weniger Erfahrung im Umgang mit Folgen von Gewalt in der ärztlichen und psychotherapeutischen Beratung. In der begrenzten Zeit war es möglich, miteinander ins Gespräch zu kommen und aktiv Erfahrungen von „bester Praxis“ auszutauschen.

Es wurden gesellschaftliche, politische und historische Grundlagen zum Thema und Gewalt im Geschlechterverhältnis dargestellt. Die Beraterinnen sollten sich grundsätzlich die eigene Handlungsposition bewusst machen, nicht gegen den Willen der Frau handeln und ihre Entscheidung respektieren. Außerdem traumatisiert nicht jede Erfahrung von Gewalt.

Die Hypothese, dass eine Frau von sexualisierter Gewalt betroffen sein könnte, wird anhand der Hauptkategorien bei Traumatisierung nach Judith Herman (2006) gebildet: Zu beobachten sind Übererregung (die betroffene Person lebt in ständiger Erwartung von Gefahr), Intrusion (unauslöschliche Erinnerungen an das traumatische Ereignis drängen sich unter Umständen auf verschiedenen Sinnesebenen immer wieder auf), Konstriktion (als

Reaktion auf die Niederlage tritt Erstarrung ein und die Vermeidung von Situationen, die als bedrohlich empfunden werden) sowie neurobiologische und physiologische Veränderungen (Erregung des Sympathischen Nervensystems, erhöhter oder ausfallender Schreckreflex, gestörte Schlafphysiologie, traumatische Alpträume, die wiederkehrend Verunsicherung und Schrecken beleben).

Die Gewalterfahrung muss in der Beratung enttabuisiert werden. Die Person ist Überlebende, nicht nur Opfer (engl.: working with survivors). Im Forum wurden Verlaufsformen von Trauma, das traumatische Geschehen und dessen psychophysiologischen Auswirkungen bis hin zur Persönlichkeitsstörung, der Borderline-Symptomatik und deren Verlauf nach Horowitz (1976) vorgestellt.

Als gute Praxis im Umgang mit Gewalterfahrenen gilt die Stabilisierung. Die Beraterinnen arbeiten nicht konfliktzentriert, sondern übernehmen die Zeugenschaft. Hilfen zur Stabilisierung sind die informierte Patientin, der Handlungsspielräume bewusst gemacht und erhalten werden, ein Fokus auf die Ressourcen der Patientin (sie ist mehr als die/ihre einschränkende Lebenserfahrung) und ein ganzheitlicher Ansatz, in dem die Körper-Leib-Seele-Geist-Einheit in einem sozialen Kontinuum begriffen wird. Dabei muss die Beraterin auf ihre eigene Psychohygiene achten; sie hat als Therapeutin eine zentrale Bedeutung.

Die Bedeutung von Interventionen, Erfassen der Situation, Information und Beratung, die noch **vor** jeglicher Entscheidung zu einer möglichen Therapie notwendig sind, sind entscheidend für einen günstigen Verlauf zur Stärkung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Es wurde festgestellt, dass der Umgang mit Folgen von Gewalt gerade in frauenspezifischen Beratungsbereichen gut etabliert ist, dass aber eine Standardisierung der Interventionen und des Vorgehens notwendig ist, um Qualitätssicherung in diesem Bereich zu erreichen und gute Weitervermittlung zu ermöglichen. Der Bedarf eines Kurz-Curriculums zum Thema Umgang mit Folgen von Gewalt in der Beratung und ärztlichen ambulanten Praxis wurde festgestellt.

Es fehlen evaluierte Studien über die Wirksamkeit beraterischer Interventionen. In Kleingruppen wurden erfolgreiche Interventionen aus der eigenen Praxis im Umgang mit sexualisierter Gewalt ausgetauscht. Voraussetzung dafür sind Wissen und Kompetenz. Zur Information der Patientin sollten sich die Beraterinnen als Traumatherapeutin deklarieren. Im Umgang mit der Patientin muss Vertrauen aufgebaut und Sicherheit vermittelt sowie Gelassenheit bewahrt werden, so dass der Kontext des Alltagsgeschehens im Blick behalten wird. Die Bewältigungsformen der Patientin werden gewürdigt – auch wenn sie sich in Ablehnung von Medikamenten und/oder klinischer Betreuung äußern. Bei der gynäkologischen Untersuchung ist die Patientin Mitbeteiligte an Zeit und Struktur, sie wird zur Selbstregulation unterstützt, die ärztlichen Interventionen und Überlegungen sind transparent. Die Möglichkeiten des Umgangs werden relativiert und differenziert; auch die Notwendigkeit der Aufarbeitung in der Gegenwart wird relativiert – statt dessen wird die Bedeutung von Stabilisierung und die Planbarkeit von weiteren Schritten verdeutlicht.