

ZUM THEMA: SEXUELLE TRAUMATISIERUNGEN

K.M. Beier, K. Loebit:

PRAXISLEITFADEN SEXUALMEDIZIN

Von der Theorie zur Therapie

Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2011. 178 S., € 24,95.

ISBN-13: 978-3-042-16171-1

Es gibt ein Thema, das früher besonders verschämt verschwiegen und heute scheinbar zunehmend bekannt, artikuliert und diskutiert wird: die sexuelle Traumatisierung. Sie gehört deshalb auch zu den neuen Herausforderungen für die dafür zuständige Sexualmedizin, zusammen mit den Themen Internet und neue Medien z. B. Cyber bullying und Online Grooming, Kindesmissbrauch, Nutzung von Missbrauchsabbildungen (z. B. Kinderpornographie) und eben der sexuellen Traumatisierung.

Da erhebt sich grundsätzlich eine erste Frage, nämlich: Wie häufig ist sexuelle Traumatisierung in unserer Zeit und Gesellschaft? Hier muss man unterscheiden zwischen sexueller Missbrauchs-Erfahrung vor dem 16. Lebensjahr und danach. Davon spricht man von 8,6 bis 13,8% für Frauen und 2,8 bis 4,3% für Männer. Das entspricht ungefähr den bekannten Opfer-Verhältnissen von 75% der weiblichen und 25% der männlichen Kinder. Das hört sich bedrohlich häufig an. Doch im internationalen Vergleich bevölkerungs-repräsentativer retrospektiver (also rückwirkend erfasster) Studien liegen die Zahlen für Deutschland noch immer in einem niedrigen Bereich. Das macht schon nachdenklich, und zwar europa- bzw. weltweit.

Zur genauen Abschätzung der jährlichen Häufigkeit in Deutschland stehen aber nur die polizeilichen Kriminal-Statistiken zur Verfügung. Dabei dürfte lediglich ein Bruchteil der tatsächlich begangenen Übergriffe bekannt werden. Denn hier sind die Verdeckungs-Bemühungen der Täter und die Sprach- und Hilflosigkeit der Opfer besonders ausgeprägt. Immerhin werden in Deutschland etwa 15.000 Fälle in den polizeilichen Kriminal-Statistiken geführt – jährlich. Doch dabei handelt es sich nur um angezeigte Fälle, das so genannte „Hell-Feld“ (was wiederum laut Strafverfolgungs-

Statistik nur in etwa einem Fünftel zur Verurteilung eines Täters führt). Für das Ausmaß des „Dunkel-Feldes“ gibt es nur Vermutungen und damit Schätzdaten.

Dafür lässt sich die Häufigkeit sexueller Traumatisierungen nach dem 16. Lebensjahr besser abschätzen, zumindest für das weibliche Geschlecht. Hier gibt es eine repräsentative Dunkelfeld-Untersuchung des Bundesministeriums (2004), die im Wesentlichen die Daten anderer Industrie-Nationen bestätigt:

Danach erlitten 37% der befragten Frauen seit dem 16. Lebensjahr körperliche Gewalt. 13% waren Opfer sexueller Übergriffe. Beispiele: Vergewaltigung (6%), versuchte Vergewaltigung (4%), gewaltsame körperliche Nötigung zu anderen sexuellen Handlungen (9%) und erzwungenes Betrachten pornographischen Materials (1%).

Jede vierte Frau gab an, von einem aktuellen oder früheren Partner körperlich oder sexuell missbraucht worden zu sein. Über sexuelle Belästigungen im weiteren Sinne berichteten 58% der repräsentativ befragten Frauen in Deutschland.

Spezifische verhaltensmäßige Folgen?

Hier drängt sich nun die Frage auf: welche Frühfolgen sexuellen Missbrauchs sind zu erwarten? Was droht, möglicherweise als spezielle Reaktion? Die Antwort ernüchert, liegt aber nahe: Hinsichtlich der Frühfolgen sexuellen Missbrauchs und der bei Kindern nachweisbaren(!) Symptome sind keine spezifischen verhaltensmäßigen Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch erkennbar bzw. wissenschaftlich beweisbar (außer dem empirisch ohnehin äußerst schwer nachweisbaren „sexualisierten Verhalten“ im Kindesalter). Letztlich kann man nur feststellen, dass Kinder auf sexuellen Missbrauch mit jenen unspezifischen Verhaltensauffälligkeiten reagieren, die auch als Reaktion auf andere psychischen Traumata entwickelt werden.

Das irritiert, besonders jene Kreise, die sich hier „auf die Jagd“ begeben, und damit jegliche objektive und vor allem wissenschaftlich belegbare Sichtweise verlieren oder von jeher vermissen ließen. Diese Feststellung der dafür zuständigen Experten hat schon jeher zu kontroversen Diskussionen, ja zu aggressiven Kommentaren geführt. Deshalb nachfolgend eine Übersicht, wie sie die Experten vorstellen:

Frühfolgen bzw. Hinweise auf sexuellen Kindes-Missbrauch

- **Unspezifische Verhaltens-Hinweise:** diffuse Leibbeschwerden ohne organisch nachweisbare Ursache; Ess-Störungen; Schlaf-Störungen; Verlassens-Ängste und „Anklammerungs-Attacken“, aber auch Kontakt-Abweisung; Verhaltens-Regression, d. h. Einnässen, Einkoten u. a.; Konzentrations-Störungen; zurückgehende Schulleistungen; Verhaltens-Auffälligkeiten verschiedener Ausprägungsart: bei Jungen eher externalisiert, d. h. umtriebig bis aggressiv (auch sexuell bis delinquent = kriminell); bei Mädchen eher internalisiert, d. h. devot, depressiv, selbst-aggressiv („Schnibbeln“) bis hin zu Suizidversuchen; Depressionen u. a.
- **Hochgradig verdächtig:** „sexualisiertes Verhalten“ im Kindesalter. Jedoch Vorsicht: normales Sexualwissen und Sexualverhalten im Kindesalter ist wissenschaftlich kaum gesichert.
- **Spezifische Hinweise:** nicht bekannt.

Dazu das Meinungsbild vieler Experten: „Die Fehldeutung derartiger Verhaltensweisen als „Beweis“ für stattgehabten Missbrauch, ohne weitere Berücksichtigung der Besonderheiten des Kindes, seiner spezifischen Äußerungen, seines familiären und sonstigen Umfeldes usw., kann den gleichen Schaden anrichten wie das Übersehen eines tatsächlichen Missbrauchs. Dies haben mehrere spektakuläre Prozesse leidvoll gezeigt, in denen auf Grund haltloser Anschuldigungen und obsessiver Überzeichnungen willkürlich gewählter „Symptome“ durch selbst ernannte „Helfer und Experten Familien zerrissen und Kinder traumatisiert wurden“ (nach K. Rutschky und R. Wolff: Handbuch sexueller Missbrauch. Klein-Verlag, Hamburg 1994).

Medizinische Hinweise auf sexuellen Kindes-Missbrauch

Nicht minder problematisch, da ähnlich unspezifisch, ist auch die so genannte medizinisch-morphologische Nachweisbarkeit, d. h. objektivierbare körperliche Missbrauchsfolgen. Dazu gehören beispielsweise:

- **Unspezifisch:** Hämatome (Blutergüsse), Würgemale, Risse/Kratzspuren, immer wieder auftretende Entzündungen im Bereich von Genitalien und After u. a.
- **Hochgradig verdächtig:** Venerologische Infektionen (Geschlechtskrankheiten); Hymenal-Defekte (also das Jungfernhäutchen betreffend).
- **Spezifisch:** Nachweis von Spermien/Samenflüssigkeit.

Nun würde man bei diesen Erkenntnissen meinen: Unspezifische Hinweise sind in der Tat von vielen Ursachen abhängig, da muss man vorsichtig bleiben. Aber hochgradig verdächtig oder gar spezifisch hingegen ist undiskutabel eindeutig. Doch selbst hier ist der Experte auf eine exakte Beweislage angewiesen. Denn sogar die viel diskutierten Hymenal-Befunde sind mit Blick auf die außerordentlich unterschiedlichen gesunden und erst recht krankhaft veränderten Hymen nur von entsprechend erfahrenen Kinder-Gynäkologen und dann auch nur in der Zusammenschau mit anderen Befunden aus dem sozialen und Verhaltensbereich so exakt wie halt möglich interpretierbar.

Schlussfolgerung der Experten: Ein spezifisches „Post-Sexual-Abuse-Syndrome“ gibt es – allen vorliegenden Untersuchungen zufolge – nicht.

Spätfolgen

Die Vorsicht, mit der die Experten inzwischen an dieses Thema herangehen, hat ihre Gründe und positiven Folgen. Gleichwohl bleibt ein nicht unerheblicher Prozentsatz an Opfern, die damit nicht fertig werden, bis hin zu psychosozialen Langzeitfolgen. Letztere sind noch schwieriger zu beurteilen wie die Beurteilung von Frühfolgen und Frühsymptomen. Dies hängt damit zusammen, dass „sowohl ungestörtes als auch gestörtes psychisches Befinden und Verhalten stets das Ergebnis eines hochkomplexen, interaktionalen und multifaktoriellen (bio-psycho-sozialen) Ursachen-Gefüges ist und sich nicht auf einen einzelnen Faktor (und sei er eine Noxe) reduzieren lässt“, so die Experten.

In der Tat hat eine Reihe von Untersuchungen gezeigt, dass es „das“ Spät-Syndrom sexuellen Kindesmissbrauchs nicht gibt. Und dass die Ausprägung unterschiedlicher Langzeitfolgen von sowohl negativ sich anhäufenden als auch protektiven (schützenden) Faktoren abhängig ist. Gleichwohl, in der therapeutischen Arbeit geht es stets um die Bewertung des konkreten Einzelfalls. Trotzdem können auf der Grundlage vorliegender Erkenntnisse einige Faktoren benannt werden, die das Risiko negativer und sich zumeist potenzierender Langzeitfolgen zu erhöhen vermögen.

So haben bestimmte Merkmale des Tat-Geschehens offenbar Auswirkungen auf die Langzeitfolgen. Dazu gehören beispielsweise folgende Probleme, Faktoren und Tendenzen, was die Entwicklung von Langzeitfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs im Erwachsenenalter anbelangt:

- **Probleme, vor allem methodischer Art:** Definition, Altersbegrenzung, Retrospektion (Rückschau), Stichproben, Kontrollgruppen u. a., d. h. wissenschaftlich gesehen.
- **Bedeutsame Faktoren:** Dauer des Missbrauchs (einmalig, andauernd); Beziehung/Nähe zum Täter (Fremdtäter oder Familienmitglied); Schwere des Missbrauchs (Penetration, also Einführung des Gliedes in die Scheide oder Exhibitionismus); Einsatz/Androhung von Gewalt; Mitteilungsmöglichkeiten (insbesondere die Rolle der Mutter); das Vorgehen der Ermittlungsbehörden u. a.
- **Gefundene Tendenzen:** Sexuelle Funktionsstörungen, Re-Viktimisierung („einmal Opfer, immer wieder in Gefahr, Opfer zu werden“), homosexuelle Erfahrungen, Geschlechts-Identitätsstörungen, Angststörungen, Depressionen, Suizidgedanken, Suizidversuche, Drogenkonsum/Prostitution (?) u. a.

Und bei allem: Was kommt zu wem, verstärkt, schwächt ab, kurz als wesentliche wissenschaftliche Faktoren zu berücksichtigen: die so genannten interagierenden Variablen.

Was hat dies nun im Einzelnen, gleichsam im Tagesgeschehen, zu besagen? Dazu die Experten Prof. Dr. Dr. K. M. Beier und Prof. Dr. K. Loebitz in ihrem Praxisleitfaden Sexualmedizin: „Das einmalige Sehen eines Exhibitionisten hat nachweislich keiner-

lei negative Langzeit-Auswirkungen auf das Kind, aber auch die indezente Belastung, ja, selbst der massive einmalige Übergriff durch einen Fremden kann von einem Kind, das in einer behüteten, offenen und vertrauensvollen Familien-Atmosphäre heranwächst, wo es Beistand und Rat (nicht aber ausschließliche Dramatisierung) erfährt, ohne längere gravierende Folgen verarbeitet werden“.

Auf diese protektive (schützende) Wirkung der Familien-Atmosphäre (internationaler Fachbegriff: „buffering-effect“) zur Überwindung entsprechender Traumafolgen wurde vor allem in der Entwicklungspsychologie immer wieder hingewiesen. Doch genau im Fehlen dieses protektiven Effektes in „Missbrauchs-Familien“ besteht dann auch der so genannte psycho-toxische Faktor für die immer wieder beschriebenen massiven, psychiatrisch relevanten Langzeitfolgen bei Opfern innerfamiliären Missbrauchs. Das wird dem Kind von einer Person angetan, die eigentlich als Vertrauens- und Zuwendungs-Person den Aufbau eines „Urvertrauens“ ermöglichen sollte, währt zu meist Jahre und ist durch die massivsten (penetrativen – s. o.) Missbrauchs-Handlungen charakterisiert. Die familiär abgeschottete Situation bringt es dann zudem mit sich, dass das Kind oft keinen Ausweg mehr aus dem Einflusskreis des Täters findet.

Denn vielen Tätern innerfamiliären Missbrauchs gelingt es häufig jahrelang, mit subtilen Drohungen („wenn Du was sagst, passiert Dir etwas“), mit Korruptions-Strategien („Du bist doch meine Beste“), mit Schuld-Zuweisungen („Du willst es doch auch, wir haben es beide gemacht“) und Appellen an die Familien-Solidarität („Wenn Du das sagst, komme ich ins Gefängnis und Du ins Heim“) eine Aufdeckung zu verhindern.

Kein Wunder: So kommt es oft erst viel später, wenn beispielsweise das Opfer erwachsen ist und nicht mehr im elterlichen Haushalt lebt und/oder partnergebunden ist, zur Offenbarung. Dabei ist mitunter auch der Anlass charakteristisch, nämlich dass das Opfer bemerkt, dass nun eine jüngere Schwester/ein jüngerer Bruder missbraucht werden soll. So die Experten.

Ursachen und Folgen

Wo aber häuft sich ein solches Vorgehen? Entgegen der immer wieder aufgestellten Behauptung ist ein innerfamiliärer sexueller Missbrauch kein in allen Familien und

sozialen Schichten vorkommendes Phänomen, sondern tritt häufiger in sozial randständigen und isolierten Familien auf. Diese sind dann auch überdurchschnittlich durch andere Belastungen gekennzeichnet, nämlich durch überdurchschnittlich häufige nicht-sexuelle Gewalt gegenüber den Kindern und unter den Ehepartnern, nicht selten auch durch Alkohol-Missbrauch und soziale Unabgesichertheit. Alles Aspekte, die einander potenzieren.

Dadurch ist es häufig im Nachhinein fast unmöglich, die später gezeigten Symptome und Verhaltensauffälligkeiten bei den Opfern einzig und allein(!) auf den sexuellen Missbrauch zurückzuführen. Hier handelt es sich dann eher um eine unglückselige Mischung aus negativen Entwicklungsbedingungen, die vor allem das erwähnte Urvertrauen, die Selbstsicherheit und Selbstbestimmtheit erschweren oder nachgerade unmöglich machen. Was sind nun die

„Allgemeinen“ Folgen im Erwachsenen-Alter

Als Konsequenzen derartig missbrauchender Gesamt-Bedingungen, d. h. nicht nur, aber eben auch des sexuellen Missbrauchs, finden sich dann im Erwachsenenalter folgende psychosoziale Belastungen:

- Ein erhöhtes Maß an Depressionen, bis hin zu Auto-Aggressivität und Suizidalität,
- ein erhöhtes Maß an Panikstörungen und anderen Angst-Syndromen,
- ein erhöhtes Maß an Substanz-Missbrauch (z. B. Alkohol oder Rauschdrogen),
- ein erniedrigtes Maß an Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit sowie
- ein erhöhtes Risiko für die schon erwähnte Re-Viktimisierung, nämlich dass beispielsweise eine Frau, die als Kind langfristig in der Familie missbraucht wurde, auch später ein erhöhtes Risiko eingeht, Opfer einer Vergewaltigung zu werden.

Auswirkungen auf die spätere Sexualität

So verwundert es nicht, dass durch die massive Abwertung, denen das Opfer fortwährend ausgesetzt ist, die Sexual-Sphäre später mit Angst, Schmerz, Scham und

Schuldgefühlen erfüllt und damit die sexuelle Erlebnis- und Beziehungsfähigkeit auf das Schwerste gestört, wenn nicht völlig zerstört ist.

Dennoch zeigen entsprechende Studien, dass man nicht grundsätzlich von einer systematisierbaren Einschränkung in der sexuellen Funktions-, Erlebens- und Beziehungsfähigkeit nach sexuellem Missbrauch im Kindes- und Jugendalter ausgehen kann, so die Experten K. M. Beier und K. Loebit angesichts der überschaubaren Forschungs-Situation. Natürlich findet sich eine Reihe von Störungs-Verläufen. Dazu gehören beispielsweise die vorzeitige Aufnahme promiskuitiver (häufig wechselnder) sexueller Beziehungen. Sie sind dann aber nicht selten Ausdruck einer Suche nach Anlehnung und Geborgenheit durch einen Jugendlichen oder Heranwachsenden, der zwischenmenschliche Beziehungen nur in einer sexualisierten Form kennen lernen durfte. Und es finden sich sexuelle Funktionsstörungen verschiedenen Ausmaßes, ja selber sexuell-delinquentes Verhalten (ausschließlich bei Männern).

Es gibt aber auch unauffällige Zeitverläufe mit durchaus unbeeinträchtigtem sexuellem Erleben in einer tragfähigen Partnerschaft. Wo liegen die Gründe für solche Unterschiede? Die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse berichten dabei von folgenden Aspekten:

- **Probleme in der Beurteilung**

- Die menschliche Entwicklungs-Potenz zeigt ein breites Spektrum möglicher Verläufe. Deshalb: Wer einmal Opfer war, muss nicht lebenslang Opfer bleiben.
- Die Auswirkungen von sexuellem Missbrauch hängen nicht nur von dessen Dauer und Intensität, sondern auch von den erwähnten protektiven (also Schutz gewährenden familiären) Faktoren ab.
- Die Unterschiede in den gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen können auch durch unterschiedliche wissenschaftliche Methoden und Interpretationen erklärt werden. Bisher gibt es nur eine überschaubare Zahl vergleichbarer Studien auf Grund gleicher oder zumindest ähnlicher methodischer Vorgaben (z. B. gemäß dem DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung – APA).

- Es scheint geschlechtstypisch unterschiedliche Auswirkungs-Mechanismen zu geben, was die spätere sexuelle Beeinträchtigung durch sexuellen Kindes-Missbrauch anbelangt. Dabei gibt es aber noch ein Wissens-Defizit, konkret: nicht ausreichende Langezeitdaten, insbesondere für männliche Opfer.
- Schließlich fehlen ausreichend repräsentative Daten für die Verbreitung der verschiedenen sexuellen Störungsformen in der so genannten Normal-Population. Mit anderen Worten: Man kann keine generelle und schon gar keine differenzierte Aussage machen, was die verschiedenen bedeutungsvollen Einfluss-Faktoren anbelangt, die es aber zu berücksichtigen gilt.

- **Aufdeckung von Missbrauchs-Erlebnissen**

Andererseits findet man sowohl bei entsprechenden Studien als auch im klinischen Alltag immer wieder Hinweise auf Missbrauchs-Erlebnisse. Hier gilt es dann im Einzelgespräch sehr behutsam vorzugehen, was eine entsprechende Aus- und Weiterbildung erleichtern könnte. Einzelheiten siehe die in dieser Hinsicht weiterführende Fachliteratur, nicht zuletzt im hier besprochenen Praxisleitfaden Sexualmedizin. Auf jeden Fall ist die erwähnte Gesamt-Konstellation der traumatisierenden Faktoren und ihre so genannte Wirkmächtigkeit im Erwachsenenalter zu berücksichtigen. Das leitet zum letzten Kapitel über, nämlich

Behandlung sexueller Traumatisierungen

Sexueller Missbrauch kann also für die betroffenen Kinder und Jugendlichen so genannte trauma-therapeutische Interventionen erforderlich machen. Das heißt, neben der Art des Traumas und den Traumafolge-Störungen, einschließlich den feststellbaren ko-morbiden Störungen (also wenn ein Leiden zum anderen kommt), müssen in diesem Alter auch entwicklungs-psychopathologische Aspekte berücksichtigt werden.

Dabei bieten sich folgende Therapie-Verfahren an: die trauma-zentrierte kognitiv-behaviorale Therapie in Einzel- und Gruppen-Angeboten, die trauma-zentrierte Spieltherapie, die so genannte narrative Expositions-Therapie für Kinder (vom lat.: narrare = erzählen, kundtun, berichten, mitteilen), die so genannte Augenbewegungs-

Desensibilisierung und -Verarbeitung (EMDR), tiefenpsychologische -hypnotherapeutische, familien- und system-therapeutische Verfahren sowie der Einsatz von Medikamenten.

Einzelheiten, insbesondere was die fach-spezifische Diskussion aktueller Verfahren mit ihrer so genannten Evidenz (letztlich Erfolgs-Nachweis oder Bedeutungs-Beweis) anbelangt, siehe die ausführlichen Beiträge in dem besprochenen Fachbuch. Auf jeden Fall wird hier auf die besondere Bedeutung des so genannten bio-psycho-sozialen Verständnisses in der Beziehung verwiesen, ein fester Bestandteil von Sexualität, der sich zunächst in körper-sprachlicher, dann aber auch in sprachlicher Kommunikation ausdrückt. Fachlich: die Verbalisierung des Emotionalen. Oder schlicht gesprochen: seine innerseelische Gemütslage in Worte fassen zu können – oder zu dürfen.

Letzteres weist auch auf einen wichtigen Faktor hin, der im Alltag oft genug schmerz-lich empfunden wird, nämlich tatsächlich auch eine verlässliche Bezugs-Person verfügbar zu haben. Deren Aufgabe ist es dann, die Zusammenhänge aufzuzeigen, um in so genannten „selbst-vereinbarten neuen Erfahrungen“ eine neue Dimension von Sexualität erleben zu dürfen, die mit dem einstigen traumatisierenden Geschehen nichts zu tun hat und damit nicht vergleichbar ist (selbst wenn sie dem äußeren sexuellen Ablauf ähneln sollte, was ja oftmals zu einer Irritation und damit Blockierung zu führen pflegt).

Schlussfolgerung

Der *Praxisleitfaden Sexualmedizin – von der Theorie zur Therapie* von Professor Dr. Dr. Klaus M. Beier (Berlin) und Professor Dr. Kurt Loewit (Innsbruck) ist ein Fachbuch, das den Therapeuten einen solchen Einsatz erleichtert. Das geht von grundsätzlich gut lesbaren Kapiteln wie Sexualmedizin in der klinischen Praxis, interdisziplinäre Bezüge der Sexualmedizin, zum Grundverständnis von Sexualität bis zum Spektrum der Sexualstörungen. Beispiele: Störungen der sexuellen Funktion, des sexuellen Verlangens, der sexuellen Erregung, des Orgasmus, ferner Dyspareunie, Vaginismus bis hin zu Störungen der sexuellen Reifung und Orientierung, zur geschlechtlichen Identität und sexuellen Beziehung. Dazu Störungen der sexuellen Prä-

ferenz (Paraphilien) und des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) sowie der sexuellen Reproduktion.

Vor allem in den Prinzipien sexualmedizinischer Diagnostik und Therapie ist den Autoren eines wichtig: Die Sexualmedizin sollte sich um das „Ganze“ kümmern, d. h. den einzelnen Partner und das Paar, die Qualität der Beziehung und der in ihr gelebten Sexualität, die Verbindung von Lust und Beziehung. Grundlage ist die schon in der Evolution entstandene Dreier-Dimension von Sexualität, nämlich Beziehung, Lust und Fortpflanzung.

Dies gilt nebenbei auch für die neuen Herausforderungen, denen sich die Sexualmedizin stellen muss. Und die in diesem Fachbuch ausführlich beschrieben werden, nämlich Internet und neue Medien („Cyber Bullying“ und „Online Grooming“). Und die primäre Prävention von sexuellem Kindes-Missbrauch unter Nutzung von Missbrauchs-Abbildungen (z. B. Kinderpornographie). Und dem erwähnten Gebiet der sexuellen Traumatisierungen, wie sie in einem komprimierten Überblick dargestellt werden, ausführlich und hilfreich in dem empfehlenswerten Band *Praxisleitfaden Sexualmedizin* (VF).