

Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin

Christoph J. Ahlers, Gerard A. Schaefer, Klaus M. Beier

Assessment instruments in clinical sexology and sexological research – An overview of questionnaires in sexology and sexual medicine

Abstract

Despite the second half of the 20th Century seeing a steady growth in the body of literature on sexual history assessment and sexological questionnaires the number of widely used instruments, particularly in clinical sexology, remains small. The vast majority of procedures are research instruments, which to some extent may be well established in English speaking countries, however, with few exceptions, they are neither translated into German nor has their adaptability for German speaking countries been investigated. With the development and introduction of pharmaco-therapeutical interventions for erectile dysfunction most questionnaires focus more and more on isolated areas of sexual function, mainly erectile function. Thus, though imperative for an accurate diagnosis and sufficient treatment planning, the comprehensive assessment of sexual experience and behaviour including all non-dysfunctional aspects is not achieved. This article presents psychological testinstruments relevant for sexological diagnostics and an overview of the most important sexological questionnaires in German language as well as an introduction to instruments, which have been developed at the *Institute of Sexology and Sexual Medicine*,

University Clinic Charité, Berlin, Germany. The development of that latter was necessary to overcome the absence of measures suitable to both assessing the diversity and particularities of sexual experience and behaviour and identifying sexual disorders according to DSM-IV/CD-10 criteria.

Keywords: Sexual medical diagnostics, sexual history, sexological questionnaires, clinical sexology, sexual dysfunctions, sexual disorders.

Zusammenfassung

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jh. gibt es zunehmend viele Veröffentlichungen zu Sexualanamnesen und sexualwissenschaftlichen Fragebögen, gleichzeitig aber nur wenige Instrumente, die sich vor allem in der sexualmedizinischen Praxis tatsächlich durchgesetzt hätten. Die überwiegende Mehrzahl der Verfahren sind Forschungsinstrumente, die zum Teil zwar im angloamerikanischen Sprachraum etabliert sind, aber (von einigen Ausnahmen abgesehen) weder in's Deutsche übersetzt noch auf ihre Anwendbarkeit im deutschsprachigen Mitteleuropa überprüft worden sind. Seit der Entwicklung medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten für Erektionsstörungen heben die meisten Fragebögen zunehmend nur noch auf einzelne Störungsbereiche der sexuellen Funktionen ab (meistens Erektion) und erfassen dabei nicht das gesamte Spektrum des (auch ungestörten) sexuellen Erlebens und Verhaltens, welches für eine suffiziente Diagnostik und Therapie sexueller Störungen gleichwohl überschaut werden sollte. Es folgt zunächst eine Darstellung von psychologischen Testverfahren, die auch in der sexualmedizinischen Diagnostik einsetzbar sind und dann eine Übersicht

über die wichtigsten sexualwissenschaftlichen Fragebögen im deutschsprachigen Mitteleuropa. Im Anschluss daran werden Instrumente vorgestellt, die am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité* Berlin entwickelt wurden, weil keine Verfahren verfügbar waren, die sexuelles Erleben und Verhalten in ausreichender Bandbreite und befriedigender Differenziertheit erheben und sexuelle Störungsbereiche nach DSM-IV/CD-10 operationalisiert erfassen konnten.

Schlüsselwörter: Sexualmedizinische Diagnostik, Sexualanamnese, sexualwissenschaftliche Fragebögen, klinische Sexualforschung, sexuelle Funktionsstörungen.

Rückblick

Ein Überblick über die Entwicklung von strukturierten und / oder standardisierten Datenerhebungs- und Forschungsinstrumenten in der Sexualwissenschaft vermittelt das Bild einer „Alles-und-Nichts“-Situation: Zwar gibt es spätestens seit der zweiten Hälfte des 20. Jh. viele Veröffentlichungen zu Sexualanamnesen und sexualwissenschaftlichen Fragebögen, aber gleichzeitig nur sehr wenige, weit verbreitete, geschweige denn in der klinischen Praxis tatsächlich gebräuchliche Instrumente.

Die meisten veröffentlichten sexualwissenschaftlichen Fragebögen stammen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum (vor allem aus Nordamerika, vgl. Davis et al. 1998) und sind (von einigen Ausnahmen abgesehen) nicht in's Deutsche übersetzt und auf ihre Anwendbarkeit im deutschsprachigen Mitteleuropa überprüft worden. Des Weiteren heben viele Fragebögen nur auf einzelne Bereiche der menschlichen Sexualität ab (meistens einzelne Störungsbilder) und erfassen nicht das gesamte Spektrum des sexuellen Erlebens und Verhaltens, welches für eine suffiziente Diagnostik und Therapie sexueller Störungen gleichwohl überschaut werden sollte. Man darf davon ausgehen, dass in vielen Zentren sexualwissenschaftliche Instrumente existieren, die nicht publiziert sind und nur dort verwendet werden.

Die Notwendigkeit einer standardisierten Datenerhebung zu Zwecken der Objektivierbarkeit, Vergleichbarkeit und statistischen Analysierbarkeit wurde schon zu Beginn des 20. Jh. von einem der Gründerväter der Sexualwissenschaft – Magnus Hirschfeld – erkannt und reklamiert. Aus diesem Grunde entwickelte Hirschfeld auch bereits 1908 seinen „Psychobiologischen Fragebogen“, mit dessen Hilfe unter anderem die Datenerhebung am (weltweit ersten) *Institut für Sexualwissenschaft* in Berlin optimiert werden

sollte. Hierbei handelte es sich um eine Sammlung von 137 untergliederten, offenen Fragen, deren Beantwortung im Freitext den Probanden überlassen blieb. Inhaltlich bildet diese erste sexualwissenschaftliche Fragensammlung ein breites Spektrum sexualmedizinischer Aspekte in Form einer ausformulierten sexualbiographischen Anamnese ab. Um einen standardisierten Fragebogen mit skalierten Antwortoptionen im modernen Sinne handelt es sich hierbei noch nicht, gleichwohl aber um die erste Systematisierung und Strukturierung einer Sexualanamnese, die Hirschfeld bis 1923 mehrfach überarbeitete und optimierte und in revidierten Auflagen publizierte (vgl. Hirschfeld, 1923).

Methodischer Entwicklungsstand in der Sexualwissenschaft

Bei standardisierten Erhebungsinstrumenten werden die interessierenden Informationen – im Gegensatz zur freien Gesprächsexploration bzw. zum Leitfaden-Interview – weitgehend unabhängig vom jeweiligen Untersucher (d.h. diesbezüglich objektiv) und damit interindividuell vergleichbar erfasst. Dadurch ist eine elektronische und statistische Verarbeitung von erhobenen Daten möglich, die sich aus freien Gesprächsanamnesen nicht ergibt und die z.B. für Therapieevaluation und Begleitforschung wesentlich ist. Wichtig ist jedoch, darauf hinzuweisen, dass sich die gesprächsbasierte Exploration und Informationsgewinnung, z.B. mit Interview-Leitfäden, und die standardisierte Informationserhebung mit Fragebögen und Testverfahren nicht widersprechen oder das ein Verfahren dem anderen vorzuziehen ist, sondern, dass sich beide Vorgehensweisen komplementär ergänzen, dass aber niemals ein standardisiertes Verfahren eine gesprächsbasierte Exploration z.B. in Form einer Sexualanamnese ersetzen kann. Ganz im Gegenteil können die standardisierten Instrumente viel mehr als *die bildgebenden Verfahren der Psychodiagnostik* angesehen werden, wodurch ihr additiver Charakter im Rahmen des gesamten diagnostischen Prozesses deutlich wird. Sexualmedizinische Spezialfragebögen können sinnvoll sein, um dem Therapeuten schon vor dem Erstgespräch Informationen über mögliche Problem- oder Störungsbereiche zu geben, die eine entsprechende Orientierung und Fokussierung des Gesprächs erlauben. Sie können also eine Sexualanamnese und die im Gespräch gemachten Angaben ergänzen, niemals aber ein sexualmedizinisches Explorationsgespräch ersetzen.

Im Gegensatz zum bisherigen Entwicklungsstandard bei Sexualanamnesen stehen für die Anamneseerhebung bei allgemeinen psychischen Erkrankungen Interview- und Dokumentations-Leitfäden zur Verfügung, die sich an den international verwendeten Klassifikationssystemen für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen ICD-10 (WHO 1996) und DSM-IV (APA 1996) orientieren. Es handelt sich hierbei um Fragenkataloge, Symptomchecklisten und Leitfäden zur Durchführung von klinischen Interviews, welche als so genannte „Fremdbeurteilungsverfahren“ die psychodiagnostische Exploration vereinfachen und strukturieren können, wie z.B. die „Internationale Diagnose-Checkliste für Persönlichkeitsstörungen“ (IDCL-P, Bronisch et al. 1995), das „Diagnostische Interview bei psychischen Störungen“ (DIPS, Margraf et al. 1995), das „Strukturierte klinische Interview für DSM-IV“ (SKID, Wittchen et al. 1997) u.s.w..

Eine umfassende Sammlung von Verfahrensbeschreibungen zu wichtigen klinischen Interviews und Ratingskalen („Fremdbeurteilungsverfahren“) liefern Strauss & Schumacher (2005). Nach einer kurzen Einführung, die einen systematischen Überblick über die in diesem Buch enthaltenen Verfahren gibt und diese verschiedenen Aufgabenbereichen zuordnet, werden 91 Erhebungsinstrumente unter einheitlichen Gesichtspunkten beschrieben. Die einheitliche Verfahrensbeschreibung ermöglicht einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Informationen und bietet Hinweise für die Auswahl und den verantwortungsvollen Einsatz der Instrumente in der klinischen Psychologie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sexualmedizin.

Zu dieser Kategorie von psychodiagnostischen Instrumenten („Fremdbeurteilungsverfahren“) zählen schließlich auch Dokumentationssysteme, mit denen klinische Explorationsergebnisse systematisch bzw. nach Ordnungsbereichen festgehalten bzw. dokumentiert und Störungsbereichen zugeordnet werden können, um hierdurch ebenfalls eine Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit psychodiagnostischer Daten gewährleisten zu können. Viele Interviewleitfäden sehen die unmittelbare systematische Informationserhebung mit entsprechenden Dokumentationsbögen direkt vor. Andere Verfahren sind zur Ex-post-Dokumentation bestimmt, um nicht während der Exploration dokumentieren bzw. kodieren zu müssen, sondern im Nachhinein nur die wichtigsten Informationen gegliedert nach übergeordneten Kategorien festhalten und klinisch zuordnen zu können.

Für die Durchführung einer sachverständigen sexualdiagnostischen Exploration bzw. einer Sexualanamnese stehen zwar verschiedene Interview-Leitfäden zur Verfügung (s.u.), mit Hilfe derer ein Be-

handler einer Abfolge offener Fragen zu vielen Bereichen der Sexualität folgen und so das Gespräch strukturieren kann. Allerdings liegt bis dato kein sexualmedizinischer Interview-Leitfaden vor, in dem sich die Konstruktion der vorgegebenen Fragen an der Kriteriaologie der internationalen Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen ICD-10 (WHO, 1996) und DSM-IV (APA, 1996) orientiert.

Hierin lag der Grund, warum am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin eine „Strukturierte Sexualanamnese“ (SSA) entwickelt wurde (s.u.), mit deren Hilfe sämtliche Bereiche des sexuellen Erlebens und Verhaltens systematisch nach der Kriteriaologie von ICD-10 und DSM-IV erfragt werden können. Ebenfalls wurde hierzu ein sexualmedizinischer Dokumentations-Leitfaden entwickelt, mit Hilfe dessen die erhobenen Informationen nach sexualmedizinisch relevanten Ordnungsbereichen festgehalten werden können: Das „5x3 der Sexualmedizin“ (SEXMED-5x3), der ebenfalls in diesem Artikel weiter unten ausführlich dargestellt wird.

Neben diesen sog. „Fremdbeurteilungsverfahren“, mit Hilfe derer ein Diagnostiker oder Therapeut eine Einschätzung und Zuordnung bezüglich bestimmter Problembereiche beim Patienten vornehmen kann, spielen in der Sexualwissenschaft und der Sexualmedizin – wie in der Psychodiagnostik insgesamt – auch Verfahren eine Rolle, bei denen der Proband oder der Patient durch die Beantwortung entsprechender Fragen (meistens durch Ankreuzen) eine Selbsteinschätzung bezüglich der gefragten Inhalte vornimmt, sog. „Selbstbeurteilungsverfahren“. Hierzu zählen:

Psychologische Testverfahren

Dies sind statistisch-standardisierte bzw. normierte, Fragebogen, i.d.R. in Form von sog. „Rating-Skalen“, bei denen die einzelnen Fragen meist als ausformulierte Aussage-„Items“ konstruiert sind, z.B.: „Wenn ich wütend bin, könnte ich den nächstbesten Gegenstand nehmen und an die Wand werfen.“ Antwortoptionen (Zustimmung): „gar nicht“, „wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“, „sehr“. Bei der Auswertung werden aus den Antworten des Patienten Normwerte gebildet, die Auskunft darüber geben, wie eine jeweils gemessene Merkmalsausprägung im Vergleich zu einer nach Alter und Geschlecht zugeordneten Vergleichsstichprobe ausfällt (z.B.: 80 % der Referenzpopulation gleichen Geschlechts und Alters verfügen über eine geringere Ausprägung des Merkmals Aggressivität). Im Rahmen der sexualmedizinischen Dia-

agnostik sind in dieser Rubrik unter anderem sog. „Multidimensionale Persönlichkeitsinventare“ von Bedeutung, mit Hilfe derer ein Überblick über die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten gewonnen werden kann. Besonders weit verbreitet sind hier z.B. der „Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory“ MMPI-2 (Hathaway et al. 2000), der „16-Persönlichkeits-Faktoren-Test“ 16PF-R (Schneewid et al. 1998), das „NEO-Fünf-Faktoren-Inventar“ NEO-FFI (Borkenau et al. 1993) oder das „NEO-Persönlichkeits-Inventar“ NEO-PI-R (Ostendorf et al. 2003) oder das im deutschen Sprachraum weit verbreitete „Freiburger Persönlichkeits-Inventar“ FPI-R (Fahrenberg et al. 2001) u.s.w..

Des Weiteren sind in dieser Gruppe von normierten psychologischen Testverfahren in der sexualmedizinischen Diagnostik solche Instrumente von Bedeutung, die spezielle Bereiche der Persönlichkeit, bestimmte Symptombilder oder andere Eigenschaften von Probanden bzw. Patienten erfassen. Zu erwähnen wäre hier beispielsweise die „Symptom-Checkliste von Derogatis“ SCL-90-R (Franke 2002), das „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme“ IIP-D (Horowitz et al. 2000), der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996), der „Fragebogen zum Körperbild“ FKB-20 (Clement et al. 1996), die „Frankfurter Körperkonzept-Skalen“ FKKS, (Deusinger 1998), das „State-Trait-Angstinventar“ STAI (Schwenkmezger et al. 1992), das „Beck Depressions-Inventar“ BDI (Beck et al. 1995) oder die „Allgemeine Depressions-Skala“ ADS (Hautzinger & Bailer 1993) u.s.w..

Standardisierte Datenerhebungs-Instrumente

Zu diesen Selbstbeurteilungsverfahren zählen des Weiteren Fragebögen als Datenerhebungs-Instrumente zur standardisierten Informationsgewinnung (d.h., keine normierten, psychologischen Testverfahren), mit denen allgemeine und störungsrelevante Informationen in der standardisierten Form geschlossener Fragen durch Selbstbeantwortung der Patienten (meistens in Form von Ankreuzen) erhoben werden können, ohne dass aus den erhobenen Ergebnissen Normwerte resultieren. Bei diesen Fragebögen werden die interessierenden Inhalte in der Regel als Fragen formuliert, z.B. „Wie oft haben sie Geschlechtsverkehr?“, und der Proband oder Patient kann eine für ihn zutreffende Häufigkeitsangabe ankreuzen, z.B. „1-2 x pro Woche“. Die meisten sexualwissenschaftlichen Fragebögen befinden sich auf dem forschungsmethodischen Niveau solcher Fragebögen (nicht normierte Frage-

bögen als standardisierte Erhebungsinstrumente). Nur sehr wenige Instrumente im Bereich der klinischen Sexualforschung befinden sich auf dem Testkonstruktions-Niveau statistisch-standardisierter Testverfahren mit Normwerten als resultierenden Ergebnissen (s.u.).

Stand der Sexualforschung mit normierten Testverfahren

Bis zum Ende des 20. Jh. wurden in einer Vielzahl von Publikationen statistisch-standardisierte bzw. normierte, psychologische Testverfahren daraufhin untersucht, ob sie bei sexuellen Funktionsstörungen und speziell bei Erektionsstörungen zur „Differentialdiagnose psychogen versus organogen“ eingesetzt werden können. Das Design dieser Studien war hierbei meist sehr ähnlich: Patienten wurden zunächst – meist auf der Basis von Messungen der nächtlichen penilen Tumescenz (NPT) – in die Gruppen „somatogen“ und „psychogen“ aufgeteilt und dann die Zuordnungsgenauigkeit eines Fragebogens überprüft. Nachdem in einer Untersuchung Mitte der 70er Jahre mittels einer bestimmten Entscheidungsregel eine 70-80 %ige Trefferquote für eine psychogene Verursachung erzielt werden konnte (Beutler et al. 1975), erschienen die differentialdiagnostischen Möglichkeiten z.B. des MMPI recht vielversprechend. Diese Zuordnungsregel von Beutler und Mitarbeitern hat eine Reihe von ähnlichen Untersuchungen nach sich gezogen, die alle zu demselben Ergebnis gelangten: Das Ergebnis von Beutler und Mitarbeitern ließ sich nicht replizieren, und der MMPI stellte sich im Hinblick auf die „Differentialdiagnose psychogen vs. organogen verursachte Impotenz“ als untaugliches Instrument heraus (vgl. Marshall et al. 1980; Staples et al. 1980; Levenson et al. 1986; Jefferson et al. 1989). Auch andere normierte Testverfahren führten bei dieser Anwendungsfragestellung nicht zu besseren Ergebnissen: Das von Martin und Mitarbeitern (1983) verwendete „California Personality Inventory“ CPI, ein aus dem MMPI abgeleitetes Verfahren, konnte zwischen den beiden Gruppen nicht trennen. Bei den von Segraves & Segraves (1986) überprüften Verfahren: „Eysenck Personality Questionnaire“ EPQ und „Inventory of Sexual Attitudes“ ISA war Extraversion die einzige Variable, die auf einem allerdings sehr niedrigen Signifikanzniveau die beiden Gruppen trennte, wobei die „psychogene Gruppe“ stärker zur Introvertiertheit tendierte. Auch das „Milton Behavioral Health Inventory“ MBHI, mit dem Camic (1983) eine 81 %ige Zuordnungsquote erzielte, erreichte in einer Replikationsuntersuchung von Lantin-

ga und Mitarbeitern (1988) in verschiedenen Diskriminanzanalysen nur noch Quoten von 60-75 %.

In ihrem Beitrag über diesen sexualwissenschaftlichen Forschungsdiskurs („psychogene versus somatogene Erektionsstörung“) liefern Heim & Strauß (2003) eine Übersicht über die ebenso vielseitigen wie vergeblichen Bemühungen in der zweiten Hälfte des 20. Jh., mit Forschungsinstrumenten eine scheinbar klare Diskriminierung in „entweder körperlichen / oder seelischen“ Dimensionen von Erektionsstörungen zu erlangen.

Die Tatsache, dass allein mit standardisierten Instrumenten wie Fragebögen prinzipiell keine Diagnosen – schon gar keine Differentialdiagnosen – gestellt werden können und ebenso die Betonung des Umstandes, dass die Unterteilung in „psychogen vs. organogen“ einem dichotomen Denkbild entspricht, das in den Humanwissenschaften als überholt angesehen werden kann und an der Erlebniswirklichkeit von Betroffenen ohnedies vorbei geht, ist in diesen Untersuchungen noch nicht anzutreffen.

Eine integrierte, bio-psycho-soziale Sichtweise des menschlichen Lebens, folglich auch der menschlichen Sexualität und eben gerade darum auch der sexuellen Funktionen und ihrer Störungen, war bis zum Ende des 20. Jh. augenscheinlich noch nicht verbreitet. Bis heute hält sich offenbar hartnäckig die Sehnsucht nach einer klaren Differenzierbarkeit zwischen körperlich und seelisch, weil sie als Orientierungs-Fata-Morgana Forschern wie Praktikern Ordnung und damit Sicherheit suggeriert.

Als Sackgasse entpuppt sie sich spätestens in der sexualtherapeutischen Arbeit mit Patienten (-Paaren). Hier berichten die Betroffenen bei sachverständiger Gesprächsführung ausnahmslos von der untrennbaren Wechselwirkung zwischen ihren sexualitätsbezogenen Einstellungen und Überzeugungen, ihren körperlichen Beschwerden und Erkrankungen, ihren einhergehenden Gefühlen und Gedanken, ihren vorausgegangenen oder resultierenden sexuellen Funktionsstörungen und schließlich den damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die partnerschaftliche Kommunikation und sexuelle Interaktion.

Dass eine sexuelle Funktionsstörung überwiegend auf physische oder überwiegend auf psychische Ursachen zurückgehen kann, ändert nichts daran, dass immer beide Qualitäten bei der Entstehung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen beteiligt sind und dass betroffene Patienten bzw. ggf. Paare immer auf beiden Ebenen mit einer Funktionsstörung zurechtkommen müssen. Allein eine tatsächliche, integrierte bio-psycho-soziale Sichtweise des menschlichen Lebens und damit auch der menschlichen Sexu-

alität scheint diesem Bedingungsgefüge näherungsweise gerecht werden zu können.

Psychologische Testverfahren in der sexualmedizinischen Diagnostik

Die Auswahl geeigneter psychodiagnostischer Instrumente ist je nach Störungsgruppe unterschiedlich. Der FKB-20 sowie der FKKS (s.o.) eignen sich beispielsweise bei der Untersuchung von Geschlechtsidentitäts-Störungen (GIS), aber auch bei vielen Funktionsstörungen, um Problemen im Umgang mit dem eigenen Körper bzw. im Körpererleben auf die Spur zu kommen. Wichtig erscheint es in diesem Zusammenhang allerdings, explizit darauf hinzuweisen, dass kein standardisiertes Testverfahren existiert, welches Geschlechtsidentitäts-Störungen (GIS) zu messen oder gar zu detektieren im Stande wäre. Die beispielsweise im FPI-A1 früher häufig zu diesem Zweck eingesetzte Skala „Maskulinität / Femininität“ wurde in dem revidierten FPI-R (s.o.) genau aus dem Grunde gestrichen, weil die Autoren bemerkt hatten, dass diese Skala häufig missbräuchlich (unter anderem im Kontext GIS oder zur „Diagnostik von Homosexualität“) eingesetzt worden war und dabei systematisch zu unzulässigen Interpretationen geführt hatte. Auch das in diesem Kontext zum Teil bis heute verwendete „BEM-Sexrole-Inventary“ BSRI (Bem 1974) erscheint vor dem Hintergrund sich wandelnder Geschlechtstypizität heute unzeitgemäß und damit zumindest für die Heranziehung zur Individualdiagnostik bei GIS invalide. In verschiedenen methodologischen Untersuchungen zu diesem Thema erwies sich das BSRI als für diesen Zweck ungeeignet und allenfalls als Forschungsinstrument brauchbar – wofür es ja auch eigentlich entwickelt worden war (vgl. Schneider-Düker & Kohler 1988). Für die sexualmedizinische Praxis mit ihrer Ausrichtung auf die Partnerschaft bietet sich z.B. der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996) sowie das „Marburger Einstellungsinventar zu Liebesstilen“ MEIL (Bierhoff et al. 1993) an, um relevante Aspekte der Partnerschaft zu objektivieren. Allgemeine Lebenszufriedenheit kann rationell mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Fahrenberg et al. 2000) erhoben werden, der auf einer gesonderten Skala auch partnerschaftliche und sexuelle Zufriedenheit berücksichtigt.

Für beide Varianten, Forschung wie Praxis, gilt, dass die Anwendung psychodiagnostischer Verfahren eine fundierte Kenntnis von Testtheorie und Testkonstruktion sowie von Statistik und Methodik verlangt, die in der Regel ein Studium der Psychologie voraus-

setzt. Keinesfalls ausreichend ist es, Testbefunde allein „nach Kochrezept“, d.h. nach Durchblättern des Testmanuals zu bewerten und zu interpretieren. Wer die Ergebnisse standardisierter psychodiagnostischer Verfahren fachgerecht verstehen und verwenden will, muss über die besonderen Konstruktionsmerkmale der Tests, die Auswahl der Items, die Zusammensetzung der Eichstichprobe, die Gütekriterien des Tests und die Tauglichkeit der Testnormen im Bilde sein und über entsprechende Erfahrung und Kenntnisse verfügen. Dies trifft umso mehr zu, je umfassender und komplexer die Konstrukte sind, die ein Test erfassen will (Beispiele: Intelligenz, die grundlegenden Faktoren der Persönlichkeit), während dies bei eindimensionalen Skalen (Depression, Angst) etwas weniger kritisch ist. Unproblematischer sind Fragebögen, die nicht normiert sind (aber auch keine Testgütekriterien erfüllen) und dem Kliniker nur bestimmte Informationen liefern sollen. Zusammengefasst bedeutet das, dass die sachverständige Durchführung und Auswertung von psychologischen Testverfahren und vor allem die sachgerechte Interpretation und Befundung von psychologischen Testergebnissen sich nicht im Auszählen, Addieren und Zuordnen von Punkt- oder Normwerten erschöpft, sondern eine profunde Ausbildung in Psychologischer Testdiagnostik erfordert und aus diesem Grunde grundsätzlich von hierfür qualifizierten Diplom-Psychologen durchgeführt werden sollte.

Einen guten Überblick über statistisch-standardisierte bzw. normierte und wissenschaftlich verlegte, psychologische Testverfahren (Selbstbeurteilungsverfahren) und Erhebungsinstrumente wie Interview-Leitfäden, Symptomchecklisten und Dokumentationssysteme (Fremdbeurteilungsverfahren), bieten sowohl Brähler et al. (2002, 2003), als auch Strauss & Schumacher (2005) sowie der im zweijährigem Turnus erscheinende Katalog der Testzentrale des *Hogrefe Verlags* Göttingen (2004 / 2005), mit über 750 psychodiagnostischen Verfahren für alle Anwendungsgebiete. Alle hier aufgeführten Verfahren und Autoren finden sich in diesen Quellen und sind bestellbar unter: www.testzentrale.de.

Entwicklung sexualwissenschaftlicher Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente

Die nachfolgende Übersicht konzentriert sich auf solche sexualwissenschaftliche Instrumente und Verfah-

ren, die sich für den klinischen Kontext bzw. die praktische sexualtherapeutische Arbeit eignen und die vor allem sexuelle Funktionen erfassen. Diese Untersuchungsinstrumente sollen ausführlicher dargestellt werden, weil es zu den Verfahren, die speziell zum Thema Sexualität entwickelt wurden, im deutschsprachigen Raum nur wenige Übersichtsdarstellungen gibt und es hier deswegen besonders schwierig ist, eine Orientierung über Brauch- und Nutzbarkeit zu gewinnen.

Das international wohl umfangreichste Kompendium zum Thema Erhebungs- und Forschungsinstrumente im Zusammenhang mit Sexualität stellt das „Handbook of Sexuality-Related Measures“ von Davis et al. aus dem Jahre 1998 dar. Es erfasst auf nahezu 600 Seiten ca. 230 Fragebögen und Skalen zu über 100 verschiedenen Themenbereichen der Sexualität aus dem angloamerikanischen Sprachraum und dürfte damit weltweit die umfassendste Übersichtsdarstellung zu diesem Thema sein.

Eine ebenfalls umfassende Übersicht über deutsch- und englischsprachige standardisierte Erhebungsverfahren zur Sexualität aus den Bereichen

- a) sexuelle Einstellungen, Normen, Wissen über Sexualität,
 - b) sexuelle Entwicklung und Sexualverhalten,
 - c) sexuelle Funktionen, Funktionsstörungen und sexuelle Probleme sowie
 - d) sexueller Missbrauch und sexuelle Traumatisierung
- liefern Strauß & Heim (1999).

In ihrer umfangreichen Übersichtsdarstellung werden nicht nur die wichtigsten, bis dahin vor allem auch im deutschsprachigen Raum veröffentlichten sexualwissenschaftlichen Fragebögen kommentiert und erläutert, sondern sogar tabellarisch nach Indikationsbereichen sortiert und mit (oder ohne) Testgütekriterien sowie inklusive der erfassten Bereiche (Skalen) und Anzahl der Items präsentiert. Bei dieser Übersichtsarbeit handelt es sich wohl um die profundeste Aufbereitung sexualwissenschaftlicher Forschungs- und Diagnose-Instrumente im deutschsprachigen Mitteleuropa. Sie bietet einen äußerst differenzierten Überblick über die wichtigsten bis zum Ende des 20. Jh. veröffentlichten Verfahren. Sämtliche, in der jetzt folgenden Übersicht aufgeführten Verfahren und Autoren finden sich in diesen beiden Quellen (Davis et al. 1998; Strauß & Heim 1999).

Überblick

Der 1974 von LoPiccolo & Steger entwickelte „Sexual Interaction Inventory“ SII gehört zu den Vorreitern der sexualwissenschaftlichen Fragebögen. Es handelt sich um einen Partnerschaftsfragebogen zu

Auftretenshäufigkeit und Empfindungen bei heterosexuellen Verhaltensweisen mit den Skalen: Unzufriedenheit, Selbstakzeptanz, Vergnügen, Wahrnehmungsgenauigkeit, Partnerakzeptanz und gesamte Nichtübereinstimmung. Nicht zuletzt wegen seiner Paar-Orientierung besitzt dieser frühe, weit verbreitete sexualwissenschaftliche Fragebogen bis heute Vorbildcharakter. Sexuelle Funktionsstörungen im engeren Sinne werden nicht erfasst, sondern eher Störungsbereiche der sexuellen Beziehung. Das Verfahren wurde 1977 als „Fragebogen zur sexuellen Interaktion“ FSI in's Deutsche übersetzt (Crombach-Seeber & Crombach 1977).

1975 präsentierten Arentewicz und Mitarbeiter ihren „Fragebogen zum sexuellen Verhalten“, mit Hilfe dessen Vorkommen und Häufigkeit sexueller Verhaltensweisen sowie damit assoziierte Emotionen erhoben werden konnten. Das Instrument wurde im Rahmen einer Evaluation des verhaltenstherapeutischen Programms nach Masters & Johnson (1970) entwickelt. Erfasst werden insbesondere Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten während und nach einer sexualtherapeutischen Behandlung. Der Fragebogen besteht lediglich aus 22 Fragen, deren inhaltliche und thematische Zuordnung aus heutiger Sicht etwas global anmutet, wobei die einzelnen sexuellen Interaktionsbereiche jeweils in den Kategorien „mit und ohne Orgasmus“ abgefragt werden. Aus heutiger Perspektive erscheint der Fragebogen (insbesondere vor dem Hintergrund der damals noch nicht etablierten ICD und DSM) in der thematischen Orientierung etwas willkürlich und lückenhaft und vor allem sprachlich nicht mehr zeitgemäß (z.B. „Ich habe mit ihm Zungenkuss gemacht“). Arentewicz und Mitarbeiter veröffentlichten im selben Jahr 1975 neben dem „Fragebogen zum sexuellen Verhalten“ außerdem noch vier weitere sexualtherapeutisch relevante Selbstbeurteilungsverfahren, nämlich einen „Fragebogen zu Einstellungen zur Sexualität“, ein „Tagebuch zur Protokollierung des Sexual- und Partnerverhaltens“, einen „Fragebogen zur Katamnese sexualtherapeutischer Behandlungen“ sowie als Fremdbeurteilungsverfahren ein Dokumentationssystem zur „Beurteilung der sexuellen Funktionsstörung durch den Therapeuten“. Alle diese Instrumente wurden im Rahmen der besagten Evaluationsstudie eingesetzt und bildeten darüber hinaus einen wertvollen Grundstock deutschsprachiger Instrumente in der klinischen Sexualwissenschaft.

Eine strukturierte Sexualanamnese wurde mit der „Sexual History Form“ SII von Nowinski & LoPiccolo (1979) vorgelegt. Das Verfahren, in dem mit geschlossenen Fragen Häufigkeiten von sexuellen Aktivitäten erhoben werden, erfasst keine sexuellen

Funktionsstörungen im eigentlichen Sinne. Das von Derogatis 1979 in seiner ursprünglichen Form entwickelte „Derogatis Sexual Functioning Inventory“ DSFI (Derogatis et al. 1979) genießt ebenfalls einen hohen Bekanntheitsgrad. Das Instrument umfasst folgende Skalen: Sexualwissen, Sexualerfahrung, Stärke sexuellen Verlangens, Sexuelle Aktivität, Sexuelle Einstellungen, Psychische Symptome, Gefühlslage, Geschlechtsrollen, Sexuelle Phantasien, Gefühle zum Körper, Sexuelle Befriedigung und einen Gesamtscore. Von dem Fragebogen gibt es zwei Adaptierungen (1997): das Fremdbeurteilungsverfahren („Derogatis Interview for Sexual Functioning“ DISF) und das Selbstbeschreibungsinstrument („Derogatis Interview for Sexual Functioning-Self-Report“ DISF-SR). Laut Autoren erfassen die weiterentwickelten Instrumente DISF und DISF-SR die Qualität der sexuellen Funktion auf folgenden Skalen: Sexuelle Kognition und Phantasie, Sexuelle Erregung, Sexuelles Verhalten und Erfahrung, Orgasmus, Antrieb und Beziehung sowie einen Gesamtscore.

Drei weitere sexualwissenschaftliche Fragebögen legte Wendt 1979 vor: Mit dem „Fragebogen zur allgemeinen Information“ konnten soziodemographische Daten, Religiosität, sexuelle Entwicklung, sexuelles Verhalten und sexuelle Beziehung zum Partner erhoben werden. Die deutsche Übersetzung der „Body Cathexis Scale“ von Secord & Lourard (1983) zielt auf die Erhebung von Zufriedenheit mit Körperteilen und Körperfunktionen und der „Orgasmus-Fragebogen“ schließlich beinhaltet Fragen zum Orgasmuserleben von Frauen (Wendt 1979).

Mit dem „Fragebogen zur soziosexuellen Selbstunsicherheit“ FUSS (Fahrner, 1984) wurde ein Erhebungsinstrument entwickelt, der die Erfassung von Verhaltensbereichen ermöglicht, in denen Mangel an sozialen und sexuellen Fertigkeiten sowie Ängste im Umgang „mit dem anderen Geschlecht“ auftreten. Der Fragebogen ist damit sowohl von allgemeiner sexualdiagnostischer Bedeutung, als auch von forensisch-sexualmedizinischer Relevanz, weil er einen Persönlichkeitsbereich anspricht, der häufig bei Personen ausgeprägt ist, die wegen sexueller Übergriffe begutachtet werden. Bedauerlich ist, dass das Instrument zumindest bis zum Ende des 20. Jh. über keine Testgütekriterien verfügte und nicht zu einem gerechten Testverfahren weiterentwickelt wurde.

Ein weiteres Verfahren, das relative Verbreitung gefunden hat ist das „Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction“ GRISS von Rust und Golombok (1985), welches nach Angaben der Autoren „Anorgasmie und Vaginismus bzw. Impotenz und vorzeitige Ejakulation, Vermeidung, Unzufriedenheit, mangel-

de Sinnlichkeit, Seltenheit sexueller Aktivität, mangelnde Kommunikation und einen Score globaler sexueller Zufriedenheit“ erfasst.

Für den Praktiker interessant sind auch Instrumente wie der „Fragebogen zu sexuellen Verhaltensweisen und Störungen“ von Appelt & Strauß (1988), der sexuelles Interesse, sexuelle Erregung, Orgasmus, Selbstbefriedigung, sexuelle Kommunikation, sexuelle Probleme und sexuelle Zufriedenheit erfasst. Speziell auf letzteres zielt auch der „Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit“ FSZ von Christmann & Hoyndorf (1988), der zwar auch nicht validiert ist bzw. ebenfalls über keine Testgütekriterien verfügt, aber Zusatzinformationen im Rahmen der sexualmedizinischen Diagnostik liefern kann. In der selben Zeit entstanden auch der „Fragebogen über Einstellungen zur Sexualität“ sowie der „Fragebogen zu sexualmedizinischen Kenntnissen“ von Brähler & Böhm (1988), die bis heute in der sexualmedizinischen Ausbildung Anwendung finden.

Den Versuch, eine Sexualanamnese konkret zu operationalisieren, stellt der „Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft“ von Zimmer (1989) dar, der sich, ähnlich wie der „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ FPD (Hahlweg 1996, s.o.), aus drei Komponenten zusammensetzt, nämlich dem „Anamnesebogen zu Sexualität und Partnerschaft“ (ASP), den „Tübinger Skalen zur Sexualtherapie“ (TSST) sowie dem „Nachbefragungsbogen zu Sexualität und Partnerschaft“ (NSP). Während der ASP sich kaum von einem Anamnesebogen unterscheidet, wie er üblicherweise vor Beginn einer Psychotherapie vom Patienten ausgefüllt wird und auch das Gebiet der Sexualität nicht wesentlich vertiefter behandelt, als viele andere Anamnesebögen, geht der TSST konkreter auf die Themen Sexualität und Partnerschaft ein und verfügt über teststatistische Gütekennwerte, bleibt aber insbesondere bezüglich sexueller Funktionsbereiche sehr subjektiv und vage. Als kurzes und rationelles Instrument zur Ex-post-Evaluation von Sexualtherapien ist allerdings der NSP sehr gut geeignet, der bezüglich aller relevanten Bereiche kurze Vorher-Nachher-Fragen bietet (vgl. Zimmer 1989).

1989 legte Hartmann seinen „Fragebogen zu sexuellen Phantasien“ sowie den „Fragebogen zu Einstellungen zu Sexualität und sexuellen Phantasien“ vor, die zwar nicht statistisch validiert sind, aber – genau wie die Instrumente von Brähler & Böhm (1988) – bis heute gut integrierbare Verfahren in der sexualmedizinischen Praxis und Lehre darstellen.

Mit dem „Fragebogen zur Erfassung sexueller Erfahrungen“ entwickelten Kommer und Mitarbeiter (1990) einen anamnestischen Fragebogen zur Sexual-

biographie. Der klinisch orientierte „Impotenzfragebogen“ (IFB 4.0) von Langer und Hartmann (1992) wurde für den „integrierten Behandlungsansatz“ erektiler Dysfunktionen konzipiert und erfasst Sexualität „unabhängig vom Partner“, Sexualität in der Partnerschaft, Persönlichkeitsschilderungen, Erektionschwäche und Erektionsstörungen, Einstellungen zur Sexualität, somatische Faktoren, Medikamente und Drogen. Hartmann & Haiser entwickelten 1994 einen „Kurzfragebogen für sexuelle Probleme“ (KFSP), der in Versionen für Frauen und Männer wesentliche Angaben zu allen „gängigen“ sexuellen Funktionsproblemen liefern soll, aber bedauerlicherweise nicht veröffentlicht wurde. Das „Premature Ejaculation Questionnaire“ PEQUEST ist ein Fragebogen zur Erfassung von vorzeitigem Samenerguss (Hartmann 1996).

Der „Brief Index of Sexual Functioning for Women“ (BISF-W) von Taylor und Mitarbeitern (1994) misst auf drei Skalen sexuelle Funktion und Zufriedenheit bei Frauen. Der Fragebogen mit den Faktoren sexuelles Interesse, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit wurde in erster Linie zur Erfassung sexueller Dysfunktionen bei Frauen entwickelt, er kann aber ebenso bei nicht sexuell gestörten Frauen zur Anwendung kommen.

Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ RSP (Klinger & Loewit 1996) fokussiert auf positive Potentiale in Partnerschaften bzw. darauf, in wie weit zwei Partner (noch) in der Lage sind, einander positive Gefühle zu bescheren. Die Skalen lauten: Körperwahrnehmung, Zärtlichkeit, sexuelle Lust und Befriedigung, Liebe und Geborgenheit, Kommunikation sexueller Wünsche und Bedürfnisse. Der Fragebogen ist validiert und verfügt über Testgütekriterien. Das von Spector und Mitarbeitern (1996) konzipierte Instrument „The Sexual Desire Inventory“ SDI ist ein kurzer Fragebogen zur Messung des sexuellen Verlangens, der auf die Erfassung von partnerbezogenem und von autoerotischem sexuellen Verlangen bei Männern und Frauen abzielt.

In der „Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen“ der *Deutschen Gesellschaft für Urologie* (DGU, 2001) wird der „International Index of Erectile Function“ (IIEF) von Rosen und Mitarbeitern (1997) als „Königsweg für die Diagnostik der Erektionsstörungen“ empfohlen. Er wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und hat damit international weitere Verbreitung gefunden als irgend ein anderes Instrument für diese Indikation.

Der IIEF erfasst die folgenden fünf Bereiche (Domains): Erektile Funktion, Orgasmus, sexuelles Verlangen, Zufriedenheit mit Koitus und allgemeine Zufriedenheit. Das Instrument liegt in einer „Lang-

fassung“ (16 Items) und in einer aus nur 5 Items bestehenden Kurzfassung vor. Der IIEF bietet einen „Cut-Off-Wert“ an, d.h. wenn das Ergebnis eines Patienten über einem bestimmten Wert liegt, wird von einer „signifikanten Erektionsstörung“ ausgegangen. Der Vorteil des IIEF ist seine Kompaktheit, die schnell einen Orientierungswert liefern kann, und seine Einsatzmöglichkeit in der Verlaufskontrolle. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der IIEF zur Evaluation klinischer Pharmastudien entwickelt wurde, um (vor allem international) vergleichbare Indices für das Ausmaß einer „erektile Dysfunktion“ und die Effektivität eines Medikaments zu erhalten. Als Forschungsinstrument zur epidemiologischen Untersuchung der Häufigkeit und Ausprägung von Erektionsstörungen in der Allgemeinbevölkerung ist der IIEF nicht entwickelt worden und folglich dazu auch nicht geeignet. Zum einen weil aus Fragebogendaten niemals Diagnosen ableitbar sind (und Erektile Dysfunktion wird ja allgemein als Diagnose gehandelt – auch wenn dies ungenau ist) und zum anderen der sexuelle Funktionsbereich der Erigibilität nicht sexualmedizinisch fachgerecht nach DSM-IV operationalisiert wurde. So berücksichtigt der IIEF lediglich einen Betrachtungszeitraum von vier Wochen und die Erfragung von störungsbezogenem Leidensdruck fehlt völlig. Nachteile sind darüber hinaus die geringe Informationsdichte und die ausschließliche Orientierung am Koitus als dem „Endzweck“ und maßgeblichen Kriterium der Sexualität. Aus sexualmedizinischer Perspektive kann die Auffassung der DGU damit nicht bestätigt werden (vgl. Schaefer et al. 2003).

Nachdem in den 90er Jahren des 20. Jh. durch die zufällige Entdeckung der PDE-5-Hemmer in ihrer Wirkung auf die Erektionsfunktion die Forschung zu Erektionsstörungen eine Vielzahl von entsprechenden Instrumenten hervorgebracht hatte, stellte sich zum Ende des 20. Jh. ähnlich motiviert ebenfalls eine Zunahme der Instrumentenentwicklung bezüglich weiblicher Funktionsstörungen ein, weil die pharmazeutische Industrie nach medikamentösen Behandlungsformen auch für Sexualstörungen bei Frauen forschte und so in die Entwicklung entsprechender Instrumente investierte (vgl. Bancroft, 2000). Ein Verfahren zu sexuellen Funktionsstörungen bei Frauen, welches nicht im deutschsprachigen Raum publiziert wurde, ist z.B. die „Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning“ von Bailes und Mitarbeitern (1998). Büsing und Mitarbeiter entwickelten 1999 einen Fragebogen, der explizit die überdauernde sexuelle Zufriedenheit von Frauen auf verschiedenen Ebenen der Sexualität und der Partnerschaft erfasst und diese methodisch von situativer sexueller Befriedigung (Orgasmuserleben)

durch sexuelle Stimulation unterscheidet. Bei der Studie zur Erprobung dieses (nicht benannten) Fragebogens resultierte, dass Orgasmuserleben von den befragten Frauen (N = 112, Alter: 20 – 48 Jahre) als wichtiger Bestandteil ihrer Sexualität erlebt wurde, gleichwohl aber über die Hälfte der befragten Frauen angaben, dass Orgasmuserleben beim Geschlechtsverkehr nicht die favorisierte Empfindung sei. Hiervon benannten 37 % der befragten Frauen explizit, emotionale und körperliche Nähe zu ihrem Partner (die sog. „Syndyastische Dimension der Sexualität“, vgl. Beier & Loewit, 2004) als wichtigere Gefühlsqualität beim Geschlechtsverkehr zu empfinden, als das Orgasmuserleben (Büsing et al. 2001).

Das ebenfalls von Rosen und Mitarbeitern (2000) entwickelte Instrument „Female Sexual Function Index“ FSFI misst auf sechs Skalen die weiblichen Sexualfunktionen: Lust, subjektive Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Zufriedenheit und Schmerzen. Eine deutsche Adaptation dieses Instrumentes (FSFI-d) legten Berner und Mitarbeiter (2002, 2004) vor, die in ihrer Revision der vorliegenden Instrumente feststellten, dass bis dahin international wenige und in Deutschland keine validierten Messinstrumente für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen existierten (vgl. Meston & Derogatis 2002).

Fahrner & Kockott (2002) bringen in ihrem Therapiemanual „Sexualtherapie – Ein Manual zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen bei Männern“ ihre Überzeugung zum Ausdruck, dass „Sexualberatung (...) ohne Diagnostik nicht möglich“ sei. An der Notwendigkeit dieser Aussage – trotz ihrer Trivialität – ist erkennbar, wie dringend immer wieder auf den selbstverständlichen Umstand hingewiesen werden muss, dass es weder eine fundierte Beratung noch eine suffiziente Behandlung ohne vorausgehende sachverständige Diagnostik geben kann. Ihrem verhaltenstherapeutischen Manual fügen Fahrner & Kockott (2002) einen Interviewleitfaden zur Sexualanamnese-Erhebung an, dessen Fokus deutlich auf Störungsbedingungen gerichtet ist.

Das „Sexual Moodes Questionnaire“ (SMQ) von Nobre und Pinto-Gouveia (2003) erfasst kognitive und emotionale Dimensionen der sexuellen Funktion. Als kognitive Dimension werden kognitive Ablenkung, Effizienzerwartung, Kausalattributionen und Perfektionismus genannt.

Die von Heinemann und Mitarbeitern (2004) entwickelte „Scale for Quality of Sexual Function“ (QSF) intendiert die Erfassung eines sexuellen Funktionsstatus für beide Geschlechter mit einem Instrument. Die Skala besteht aus 32 Einzel-Items und acht übergeordneten Fragen, wobei aus der faktorenan-

lytischen Untersuchung vier zentrale Dimensionen hervorbringen: Psychosomatische Lebensqualität, sexuelle Aktivität, sexuelle Dysfunktion-Selbst und sexuelle Dysfunktion-Partner.

Metaanalysen

In ihrem Überblick über die „Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren“ fokussieren Heim & Strauss (2003) weiterhin auf die Differenzierungsmöglichkeiten zwischen „organischen versus psychogenen“ Erektionsstörungen mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, insbesondere Selbstbeurteilungsverfahren. Sie referieren den Stand der diesbezüglichen Forschung und stellen fest: „Die bisherigen Studien gehen in der Regel von einer eindimensionalen, bipolaren Skala organisch vs. psychogen aus und postulieren, dass, sollte keine organmedizinische Ursache gefunden werden, von einer psychogenen Ursache auszugehen ist“. Am Ende kommen die Autoren zu dem Schluss, dass es als ein Ziel zukünftiger psychologischer Forschung anzusehen ist, „die Entwicklung standardisierter, reliabler und validierter Fragebogenverfahren zur Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion voranzutreiben. Die Instrumente sollten eine hohe und stabile Diskriminationsfähigkeit besitzen und darüber hinaus detaillierte Aussagen über die Struktur der beteiligten psychosozialen Faktoren bereitstellen“ Heim & Strauss (2003).

Vor allem vor dem Hintergrund, dass es aus sexualmedizinischer Sicht unzulässig ist, aus Fragebogendaten „Diagnosen“ abzuleiten, ist der Nutzen psychometrischer Verfahren in der Diagnostik sexueller Störungen, zumindest unter Praxisgesichtspunkten, als eher begrenzt einzustufen. Neben den speziellen Kenntnissen, die ihre Interpretation überwiegend erfordert, ist der oft hohe zeitliche Aufwand zu nennen, der für den Patienten und den Untersucher mit ihrer Anwendung verbunden ist. Zudem weisen viele Verfahren methodische Mängel auf und verfügen häufig nicht über Testgütekoeffizienten.

Gleichwohl können spezielle Instrumente für die sexualmedizinische Diagnostik nützlich sein, indem sie sowohl Information zu Problembereichen liefern, denen im Erstgespräch besondere Aufmerksamkeit gelten soll, als auch zur therapiebezogenen Informationsgewinnung und Erfolgskontrolle (Evaluation) herangezogen werden können. Letztlich sind standardisierte Untersuchungsinstrumente in ihrem Kern allerdings nichts anderes als das strukturierte Extrakt einer detaillierten Sexualanamnese, so dass am Ende

eine gesprächsbasierte sexualmedizinische Exploration von entscheidender Bedeutung bleibt.

Bis zum Ende des 20. Jh. existierten damit so gut wie keine für das deutschsprachige Mitteleuropa etablierte Verfahren, die sexuelles Erleben und Verhalten in ausreichender Bandbreite und befriedigender Differenziertheit zu erheben vermochten. Des Weiteren standen ebenfalls keine Verfahren zur Verfügung, die klinisch relevante Aspekte der menschlichen Sexualität, wie z.B. sexuelle Funktionsstörungen, operationalisiert nach ICD-10 bzw. DSM-IV zuverlässig erfassen konnten, was auch in internationalen Metaanalysen zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen dezidiert als methodischer Hauptkritikpunkt der bisherigen klinischen Sexualforschung herausgestellt wurde (vgl. Simons & Carey, 2001). Die Faktoren, welche die Vergleichbarkeit der bisherigen Forschungsergebnisse am meisten einschränken, betreffen vor allem die untersuchten Stichproben, die Art der Befragung (Interview oder standardisierte Datenerfassung mit Fragebögen) sowie die Definition der sexuellen Funktionsstörung. Simons & Carey (2001) kommen in ihrer zusammenfassenden Bewertung der Forschung eines Jahrzehnts wegen dieser Mängel zu dem ernüchternden Schluss, dass den bisher vorliegenden Ergebnissen der klinischen Sexualforschung nur eingeschränkt vertraut werden könne, weil unter anderem in keiner einzigen der bis 1999 durchgeführten sexualwissenschaftlichen Studien zu sexuellen Funktionsstörungen die Krioteriologie von DSM konsequent operationalisiert wurde (vgl. Simons & Carey, 2001). Dabei ist seit der Einführung pharmakologischer Erektionshilfen gleichzeitig eine Tendenz zur Fragmentierung und Partialisierung der sexuellen Funktionsbereiche erkennbar, indem immer mehr Verfahren entwickelt wurden, die z.B. ausschließlich Erigibilität, unter Außerachtlassung der DSM-IV-Krioteriologie, in Form von Screening-Tests „messen“ sollten. Ähnliche Anstrengungen richten sich bis heute auch auf die sexuelle Appetenz der Frau (vgl. Madersbacher, 2004).

Gleichzeitig herrscht in der klinischen Sexualwissenschaft und der praktischen Sexualmedizin Konsens darüber, dass für die sachverständige Diagnostik und Therapie sexueller Störungen immer zumindest das gesamte Spektrum der sexuellen Funktionen überschaubar sein sollte, nicht zuletzt deswegen, weil psychophysiologische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus bestehen, die auch die sexuellen Funktionen samt ihrer Störungen bestimmen.

Diese Ausgangssituation bildete den Hintergrund für die Entwicklung eigenständiger sexualwissenschaftlicher Forschungsinstrumente und Erhebungs-

verfahren am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin. Das Bemühen richtete sich hier nicht vornehmlich darauf, rationale Kurz-Screening-Tests für isolierte Sexualfunktionen zu konstruieren, sondern sexualwissenschaftliche Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente, die auch der Krieteriologie der internationalen Klassifikationssysteme für psychische und Verhaltensstörungen ICD-10 und DSM-IV genügen.

Datenerhebungs- und Forschungsinstrumente am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité

Sexualmedizinisch relevante Daten sind für gewöhnlich ausschließlich im Rahmen eines vertrauensvollen Gesprächs zwischen Therapeut und Patient bzw. zwischen Diagnostiker und Proband als zeitaufwendige Sexualanamnese erhebbare. Zur kompetenten Durchführung bzw. Erhebung einer sachverständigen Sexualanamnese bedarf es einer Qualifikation, die in den regulären Curricula der medizinischen und klinisch-psychologischen Ausbildung fehlt bzw. nicht gelehrt wird. Eine diesbezügliche Qualifikation kann lediglich im Rahmen einschlägiger „sexualmedizinischer Fort- und Weiterbildungen“ erworben werden, wodurch ein entsprechender zeitlicher und finanzieller Aufwand entsteht. Gleichzeitig besteht aber – unter anderem im Rahmen klinischer Forschung – ein Bedarf für die Verfügbarkeit standardisiert erhobener, sexualmedizinischer Daten, für die qualifizierte Erhebungsmöglichkeiten immer noch weitgehend fehlen.

Ein Grund dafür, Datenerhebungs- und Forschungsinstrumenten am *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Berliner Charité zu entwickeln, bestand folglich darin, standardisierte Erhebungsmethoden zur Verfügung zu stellen, die sexuelles Erleben und Verhalten in der notwendigen Bandbreite und Differenziertheit erheben und die klinisch relevanten Informationen dabei operationalisiert nach der Krieteriologie von ICD-10 und / oder DSM-IV erfassen zu können.

Um Studierenden (genau wie Teilnehmern der postgraduellen, sexualmedizinischen Ausbildung) eine möglichst strukturierte sexualmedizinische Befunderhebung zu erleichtern und damit auch die anfängliche Unsicherheit im sexualmedizinischen Explorationsgespräch zu verringern, wurden am Berliner Institut spezielle Erhebungsinstrumente entwickelt,

die dem Zweck dienen sollen, sexualmedizinische Diagnostik zu standardisieren, zu objektivieren und zu validieren, um dadurch eine praktikable und gleichwohl umfassende und differenzierte Datenerfassung im klinisch-praktischen Arbeitsalltag der Sexualmedizin zu ermöglichen. Im einzelnen sind seit 1998 am Berliner Institut die folgenden Verfahren¹ entwickelt worden:

1. **„Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA**
(Ahlers Ch. J. & Beier K. M., 2000)
- 1.1 **„Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA**
(Ahlers Ch. J. & Bellardi A. M. 2000a)
2. **„5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2001)
3. **„Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2002)
4. **„Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE**
(Ahlers Ch. J., Goecker D., Beier K. M. 2001a)
5. **„Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D**
(Beier K. M., Ahlers Ch. J., Mundt I. A., Loewit K. K. 2002)
6. **„Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2003)
7. **„Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2004)
8. **„Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. 2004a)
9. **„Forensisches Dokumentationssystem, Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S**
(Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. 2000)

¹ Die in Klammern gesetzten Namen und Jahreszahlen beziehen sich nicht auf Publikationen, sondern bezeichnen die Autoren und das Jahr, in dem das jeweilige Verfahren entwickelt wurde. Alle aufgeführten Verfahren sind über das Institut im Rahmen von Forschungsk Kooperationen erhältlich. E-mail: sexualmedizin@charite.de

1. „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA

Den wesentlichen Teil der sexualmedizinischen Untersuchung bildet eine ausführliche und differenzierte Sexualanamnese, mit Hilfe derer alle sexuellen und partnerschaftlichen Inhalte erhoben werden und deren Erörterung in einem persönlichen Gespräch durch einen Fragebogen zwar ergänzt, nicht aber ersetzt werden kann. Gegenstand der hier vorgestellten, „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA sind sowohl sexuelle Erlebnisse, Erfahrungen, Neigungen, Vorlieben, Gewohnheiten, als auch Funktionsstörungen und abweichende Verhaltensweisen, wie sie in den Kategorien und Kriterien des „Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen“ (DSM-IV, APA, 1996) erwähnt werden. Durch die Kombination aus der differenzierten Erhebung sowohl nicht-störungsbezogener Komponenten, als auch sexueller Funktions- und Verhaltensstörungen wird angestrebt, das sexuelle und partnerschaftliche Erleben und Verhalten möglichst umfassend zu eruieren. Es handelt sich um einen strukturierten Interview-Leitfaden zur Erhebung einer umfassenden sexualmedizinischen Anamnese (Gesprächsdauer ca. 60 Min.). Trotz der Strukturiertheit des Interviewleitfadens ist für die sachgerechte Nutzung und Handhabung der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA eine Einführung und Übung in sexualmedizinischer Gesprächsführung unerlässlich. Die einzelnen Gesprächsabschnitte untergliedern sich in folgende Phasen:

Phase I: Anfangs- / Aufwärmphase

Erhebung soziodemographischer Daten

Orientierung über Lebenssituation, Geschlecht, familiäre bzw. partnerschaftliche Situation, Beruf, momentane wirtschaftliche Situation, Konfession, Klärung möglicher anderer oder zusätzlicher Beschwerden. Eröffnungsfragen: Was führt Sie hierher? Wie sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?

Spontanangaben der Patienten

Schilderung der Klagen und der Symptomatik – möglichst mit wörtlichen Zitaten, ggf. auch Darlegung des Berichts des Beziehungspartners; Auslöser: Warum kommt der Patient / das Paar gerade jetzt und durch wen / was veranlasst? Ziel / Wunsch und bisherige Lösungsversuche, Idealvorstellung („Heilungsvision“ der Patienten) und Therapiemotivation.

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 1)

Exploration der sexuellen Störung

Überblick über den Entstehungszeitpunkt („Geschichte der Störung“), Häufigkeit und Dauer der Störung;

Auswirkungen des Problems: Art der Störung und Bedingungen, unter denen sie auftritt (primär / sekundär; generalisiert / situativ); Bedeutung von bestehender Partnerschaft: Einstellung und Haltung des Partners / der Partnerin zur Störung; Bedeutung von Sexualität und der Einfluss der sexuellen Störung; Sexuelles Setting: Exploration der letzten Situation, bei der das Problemverhalten aufgetreten ist (Selbstverstärkungs-Mechanismen?); Initiative in der Sexualität: Differenzen, Präferenzen / Abneigungen, Kommunikation von Bedürfnissen und Grenzen.

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 2)

Sexuelle Entwicklung / Kindheit und Jugend

Familiäre Situation, Eltern, Elternvorbild, Beziehung zu Eltern, andere Elternfiguren, Atmosphäre im familiären Rahmen (evtl. religiöse Bezüge); Geschwister, Beziehung zu Geschwistern, Familiäre Einstellungen, Umgang, Erziehungsstil, Reinlichkeitserziehung, wirtschaftliche Situation, Umgang mit Körperlichkeit und Nacktheit, Zärtlichkeit und Sexualität bei Eltern, zwischen Eltern und Kindern, unter Geschwistern, öffentliche Zärtlichkeiten, Sexuelle Aufklärung, Sexuelle Kindheitserlebnisse, traumatisierende Erfahrungen.

Adoleszenz / junges Erwachsenenalter / Sexuelle Reifung

Menarche / Ejakularche, sexuelle Orientierung, Selbstbefriedigung, Partnerschaftliche Beziehungen: Erste partnerschaftliche und weitere Beziehungen, Bedeutung und Zufriedenheit von Beziehungen. (Erste) sexuelle Erfahrungen: Sexuelle Interaktionen ohne Geschlechtsverkehr (Petting), Alter und Erleben von Geschlechtsverkehr, Anzahl aller Koitusbeziehungen, Einfluss von Personen auf die sexuelle Einstellungen, sexuelle Schwierigkeiten mit anderen Partnern, einschüchternde / traumatisierende Erfahrungen, Inzest-/ Missbrauchserfahrungen, Bedeutung und Verarbeitung; Schwellensituationen (Heirat / Trennung, Schwangerschaft, Klimakterium o. ä.).

Phase II: mittlere Phase (Sexualanamnese 3)

Aktuelles Selbsterleben

Sexuelle Phantasien, aktuelle Selbstbefriedigung, sexuelle Kommunikation und Kontaktgestaltung, sexuelle Funktionsstörungen (nach den Phasen des sexuellen Reaktionszyklus), Lustempfinden, Orgasmus erleben, allgemein präferierte sexuelle Praktiken (und ihre Präferenz in der aktuellen Beziehung), allgemein präferierte Koituspositionen (und ihre Präferenz in der aktuellen in Partnerschaft), spezielle sexuelle Vorlieben und Abneigungen.

Beziehungsentwicklung

Kennenlern-Situation; ursprüngliche Faszination; gegenseitige Erwartungen / Versprechungen; Dominanzstruktur, Rollenverteilung; Auseinandersetzungsformen; Enttäuschungen, Verletzungen; Außenbeziehungen. Aktuell: Was ist gemeinsam, was ist trennend („Was schätzen / vermissen Sie aneinander?“), was ist konflikthaft?

Fortpflanzung

Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbruch, Kinder.

Exploration der Dimensionen von Sexualität

Was bedeutet für den Patienten Sexualität und wie ist seine sexuelle ‚Welt-Anschauung‘?

Beziehungs-Dimension (sog. Syndyastische Dimension): Exploration der Grundbedürfnisse (nach Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit) hinsichtlich ihrer Erfüllung in der Beziehung und ihrer Verbindung zur sexuellen Körpersprache als deren mögliche Realisierung (z. B. sind Zärtlichkeiten oder andere sexuelle [koitale] Vollzüge Ausdruck vorhandener Nähe und Akzeptanz zwischen den Partnern?)

Fortpflanzungs-Dimension: Bedeutung und Stellenwert der Fortpflanzungsfähigkeit.

Lust-Dimension: Bedeutung und Stellenwert sexueller Lust, Stimulation und Erregung. Individuell und paarbezogenes Zusammenspiel dieser drei Dimensionen.

Psychologischer Befund und eigene Gefühlsregungen

Beschreibung des äußeren Eindrucks und des emotionalen Kontaktes. Aussagen über Differenziertheit der Persönlichkeit, Krankheitseinsicht, Motivation für eine sexualmedizinische Behandlung der sexuellen Störung unter Einbeziehung des Partners; Psychopathologische Auffälligkeiten; eigene Gefühlsregungen: Welche Gefühle löst der Patient / das Paar im Behandler aus?

„Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA (s.u.)

Es sollen möglichst alle wesentlichen organisch-somatischen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürften oder bedürfen, erwähnt werden, insbesondere diejenigen, die in einem Zusammenhang mit der sexuellen Störung stehen könnten. Dies umfasst alle urologisch / gynäkologisch / psychosomatischen Erkrankungen und Eingriffe sowie ggf. Medikamenteneinnahme und / oder Substanzmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Immer enthalten sein sollte ein Überblick über bisherige Schwangerschaften. Erwähnung finden müssen darüber hinaus alle bisherigen, die sexu-

elle Störung betreffenden Behandlungsversuche sowie auch frühere Psychotherapien. Zum somatischen Befund gehören darüber hinaus alle relevanten Epikrisen und Vorbefunde sowie ggf. konsiliarische Vorstellungen, etwa zur Erhebung eines gynäkologischen, urologischen, psychiatrischen Befundes (vgl. SAA, s.u.).

Phase III Abschlussphase

Zusammenfassung, Arbeitsdiagnose, weiteres Vorgehen:

- ◆ Zur sexuellen Störung (orientiert am DSM-IV oder ICD-10)
- ◆ Zum Status der Partnerschaft
- ◆ Wie ist die sexuelle Störung mutmaßlich zu erklären?

Behandlungsplan und Zielsetzung

Welche Vorstellungen bestehen beim Patienten / Partner und welche Ideen haben Sie dazu? Geht es mehr um die Abklärung gegenseitiger Vorstellungen und die Ermutigung zur Wiederaufnahme noch möglicher sexueller Kontaktformen, stehen möglicherweise Lerndefizite im Vordergrund (Indikation zur Beratung) oder bedarf es des Einsatzes strukturierter Übungen, um die Partner wieder aneinander anzunähern und Selbstverstärkungsmechanismen abzubauen (Indikation zur sexualmedizinischen Behandlung)? Was möchten die Patienten noch erwähnen? Zusammenfassung der wesentlichen Punkte des Gesprächs, erste Beurteilung der sexuellen Probleme, Vorschlag für weiteres Vorgehen.

Prognose

Mögen sich die Partner? Wie klar ist der Veränderungswille und die Veränderungsbereitschaft? Wie gut ist die Beziehung, wie sehr von Trennung bedroht? Wie stark wirken sich Konzepte des Patienten/des Paares (Fixierung auf körperlich verursachte Symptomatik) entwicklungshemmend aus? Können die drei Dimensionen der Sexualität vom Patienten/Partner nachvollzogen werden? Geht es also mehr um die Wiederherstellung einer Funktion und damit um die Einengung auf die Lustdimension oder ist eine Öffnung für die sozial-bindende Dimension möglich?

1.1 „Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA

Die körperliche Gesundheit steht in engem Wechselspiel mit der sexuellen Funktionalität. Aus diesem Grund wird im Verlauf der sexualmedizinischen Diagnostik grundsätzlich der biomedizinisch-organische Gesundheitsstatus der Patienten exploriert, bevor der psychodiagnostische Prozess beginnt. Die „Sexualme-

dizinische Allgemein-Anamnese“ SAA listet hierfür alle aus sexualmedizinischer Sicht relevanten körperlichen Faktoren auf, die einen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit und Funktionalität haben können und die ein Mindestmaß an Information bezüglich möglicher körperlicher Erkrankungen darstellen.

Aktuelanamnese (Aktuelle Beschwerden)

Appetit, Durst, Übelkeit / Erbrechen, Miktion, Defäkation, Schlaf, Nykturie, Dyspnoe, Husten / Auswurf, Fieber, Nachtschweiß, Allergien, Arzneimittel-Unverträglichkeit, Nahrungsmittel-Unverträglichkeit, Tierkontakte, Giftstoffexposition.

Medikamente

Analgetika, spezielle Prophylactica bzw. Therapeutica, Schlafmittel, Rausch- und Suchtmittel (Nikotin, Koffein, Alkohol, THC, Opiate, Synthetica).

Frühere Erkrankungen

Kinderkrankheiten, allgemeine Erkrankungssymptome, Operationen, Unfälle, Frakturen, Innere Erkrankungen, Koronare Herzkrankheiten (Hypertonus), Stoffwechselstörungen (vor allem Diabetes Mellitus), Infektionskrankheiten, Skeletterkrankungen.

Medizinische Familienanamnese

Hypertonus, Diabetes Mellitus, Malignome, Erblichen.

Körperlicher Befund (nur bei gegebenem Anlass)

Allgemeine Stuserhebung, Blutdruck- und Pulsmessung, Auskultation von Herz und Lunge, grob orientierende neurologische Untersuchung. Körperlicher Aktivitäts-Status des Patienten anhand von Selbstauskunft (körperliche Betätigung pro Tag).

Urologische Amnese

Urogenitale Fehlbildungen, Phimose (Circumcission), Harnwegs-, Blasen- und / oder Nieren(beckens)-Entzündungen, sexuell übertragbare Krankheiten.

Gynäkologische Anamnese

Menarche, Menstruationsbeschwerden, Datum der letzten Regel, Kontrazeption/ Hormone, Gravidität, Partus, Abortus, letzte gynäkologische Untersuchung.

2. „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3 Dokumentations-Leitfaden zur sexualmedizinischen Exploration

Neben der „Strukturierten Sexual-Anamnese“ SSA (Ahlers & Beier, s.o.), in der sämtliche sexualmedizinisch relevanten Informationen in Form eines Inter-

view-Leitfadens aufgelistet sind, ist im Rahmen der sexualmedizinischen Ausbildungsoptimierung auch ein Dokumentations-Leitfaden entwickelt worden, mit Hilfe dessen die übergeordneten Komponenten der Sexualstruktur im Anschluss an die Explorationsgespräche dokumentiert werden können: Das „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2001). Dieser Dokumentations-Leitfaden gewährleistet, dass neben den detaillierten Einzelinformationen (vor allem auch zu Störungsbereichen, -bedingungen und -ausprägungen), die im Rahmen der Sexualanamnese erhoben werden (vgl. SSA, s.o.), auch die übergeordneten Zusammenhänge erfasst werden können, welche die menschliche Sexualität fundieren und damit auch das fachliche Paradigma der Sexualmedizin begründen. Dieser Dokumentations-Leitfaden (SEXMED-5x3) beinhaltet folgende Komponenten:

1. Drei Grundlagen

Sexualität kann nur als **bio-psycho-soziales Phänomen** verstanden und beschrieben werden: Das heißt, sexuelles Erleben und Verhalten basiert auf:

- a) biologischen** (Körperlichkeit),
 - b) psychologischen** (Persönlichkeit) und
 - c) soziologischen** (Sozial- und Partnerbezogenheit)
- Grundlagen, die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Grundlagen:

- a) biologische Grundlagen:** z.B. Erkrankungen, Missbildungen, Verletzungen, Behinderungen, Operationen, Medikation etc.;
- b) psychologische Grundlagen:** z.B. Vor- u. Einstellungen, Körperkonzepte, Weltanschauungen, Selbstwertschätzung, Sexualmoral, Geschlechtsrollen-Stereotypen etc.;
- c) soziologische Grundlagen:** z.B. Familienstruktur und -beziehungen, Einzelgänger oder Gruppentyp, soziale Integration oder Isolation, Partnerschaft oder Single etc..

2. Drei Dimensionen

Sexualität ist gekennzeichnet durch **drei zentrale Dimensionen:**

- a) Lust,**
- b) Fortpflanzung**
- c) Beziehung.**

Das heißt, sexuelles Erleben und Verhalten setzt sich zusammen aus **lustorientierten, fortpflanzungsorientierten und beziehungsorientierten** Motiven, die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Dimensionen:

a) Lust-Dimension: z.B. Bedeutung von Erotik, Leidenschaft, sexueller Erregung und Befriedigung, Orgasmus etc.;

b) Fortpflanzungs-Dimension: z.B. Bedeutung von Schwangerschaft, Kinderkriegen, Eltern werden / sein etc.;

c) Beziehungs-Dimension: z.B. Bedeutung von Beachtung, Angenommenheit, Geborgenheit, Vertrauen, Schutz, Nähe, Wärme, Intimität, Sicherheit etc..

3. Drei Achsen

Die **sexuelle Präferenz-Struktur** des Menschen konfiguriert sich auf **drei wesentlichen Achsen:**

a) dem präferierten Geschlecht (eines gewünschten Partners) (gegen-, beid- oder gleich-geschlechtlich)

b) dem präferierten Alter (eines gewünschten Partners) (Kinder, Jugendliche, Erwachsene)

c) der präferierten Art und Weise (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion) (Typ, Objekt, Modus, Praktik etc., die ineinander greifen und alle – von normkonform bis paraphil-erfragt werden sollten)

Beispiele für Fragen zu allen drei Komponenten:

a) Geschlecht (eines gewünschten Partners): auf das männliche, weibliche oder auf beide Geschlechter;

b) Alter (eines gewünschten Partners): z.B. prä-, peri- oder postpubertär, altersanalog, jünger, älter;

c) Art und Weise (eines gewünschten Partners bzw. Objektes oder einer Interaktion): Modus, Praktik, Typ, Objekt / Partner etc.: z.B. blond oder brünett, klein oder groß, dick oder dünn, großer oder kleiner Busen / Penis / Po, „im Stehen von hinten“, Lack oder Leder, Wäsche, Fesseln, Fäkalien, Exhibition, Leichen, Tiere, Babys etc..

4. Drei Ebenen

Sexuelles Erleben und Verhalten sollte auf **drei verschiedenen Ebenen** exploriert werden, nämlich: der Ebene des

a) sexuellen Selbstkonzepts, der Ebene der

b) sexuellen Phantasien und der Ebene des konkreten

c) sexuellen Verhaltens,

die ineinander greifen und alle erfragt werden sollten.

Beispiele für Fragen zu allen drei Ebenen:

a) sexuelles Selbstkonzept: z.B. „normal“ oder „außergewöhnlich“, „zurückhaltend“ oder „fordernd“, „Macho“ oder „Schlappschwanz“, „Luder“ oder „Hausmütterchen“, „schwul“ etc.;

b) sexuelle Phantasien: z.B. „im Kaufhaus in einer Umkleidekabine“, „ich werde gequält“, „wir liegen im Gras und lieben uns“, „der Junge nimmt meinen Penis in den Mund“, „sie schreit: Fick mich, Du Sau“ etc.;

c) sexuelles Verhalten: z.B. „ich streichle sie gerne“, „2 x im Monat GV“, „meistens bin ich abends müde“, Pornographie?, Prostitution?, Sex-Lines? Selbstbefriedigung? etc..

5. Drei Formen

Das konkrete sexuelle Verhalten (vgl. 4.c) wiederum sollte in den **drei Formen** exploriert werden, die alle erfragt werden sollten:

a) Masturbation: Selbststimulation und -befriedigung;

b) extragenitale sexuelle Interaktion: z.B. Streicheln, Schmusen, Kuschneln und

c) genitale Stimulation: manuelle, orale oder andere Stimulation, z.B. Petting, inklusive **Geschlechtsverkehr** (Einführen von Penis oder Penissurrogat in Scheide oder After).

Beispiele für Fragen zu allen drei Formen:

a) Selbstbefriedigung: z.B. wie oft, wie gern, wie gut klappt's, besondere Stimulationspraktiken, Begleitphantasien, Selbstbewertungen etc.;

b) extragenitale sexuelle Interaktion: z.B. „Händchenhalten“, „sich drücken“, „gegenseitig massieren“, „Löffelchen“, „Knutschen“, „nackt im Bett umarmen“, „Arm-in-Arm einschlafen“ etc.;

c) genitale Stimulation: z.B. wie oft, wie gern, mit der Hand befriedigen, Oralsex, Sexspielzeuge, Sex-Positionen / GV-Positionen etc..

Damit wird deutlich, dass die beiden Instrumente SSA und SEXMED-5x3 sich nicht wechselseitig ersetzen, sondern komplementär ergänzen: Die SSA gewährleistet eine detaillierte und differenzierte Informationsgewinnung bezüglich aller sexualbiographischer und störungsbezogener Sachverhalte in Form eines klinischen Interviews nach ICD-10 bzw. DSM-IV, während SEXMED-5x3 als Dokumentations-Leitfaden die wesentlichen Komponenten der menschlichen Sexualstruktur ohne klinischen Fokus auflistet, durch welche ein rationeller Überblick über alle wichtigen (auch nicht störungsspezifischen) Aspekte des sexuellen Erlebens und Verhaltens ex post, d.h., nach der Anamneseerhebung vergegenwärtigt und dokumentiert werden können.

3. „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV

Ein früherer Versuch, auch für die SSA selbst ein eigenes, detailliertes Dokumentationssystem zu erstellen, mit dem konkrete Einzelinformationen festgehalten

bzw. kodiert werden können, führte nicht zu einem weiteren eigenen Dokumentationssystem zur Sexualanamnese, sondern direkt zur Entwicklung des „Fragebogens zur sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV (Ahlers et al. 2002), der alle wesentlichen Informationen der SSA in standardisierter Form durch geschlossene Fragen zur Selbstbearbeitung (Ankreuzen) erfasst und damit (im Gegensatz zur SSA) einen interindividuellen Vergleich, eine elektronische Verarbeitung und vor allem auch eine statistische Auswertbarkeit der Ergebnisse ermöglicht. Auch hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass der Einsatz eines Fragebogens (bei all seinen Vorteilen) eine gesprächsorientierte Exploration in Form einer Sexualanamnese optimal ergänzen, niemals aber ersetzen kann und soll.

Der FSEV ist ein standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung und Auswertung sämtlicher sexualwissenschaftlich relevanter Informationen zu allen wesentlichen Bereichen des menschlichen sexuellen Erlebens und Verhaltens.

Erhoben werden (mit gleichnamigen, modularen Skalen) sämtliche sexualwissenschaftlich relevanten Daten zu den Bereichen: Familiärer Hintergrund, kindliche und präpubertäre Sexualität / sexuelle Sozialisation, Pubertät, soziosexuelle Entwicklung, sexuelle Aktivität, Koitalbeziehungen, partnerschaftliche Entwicklung, sexuelle Praktiken, Sexualphantasien, Selbstbefriedigung (mit Begleitphantasien), präferierte Koituspositionen, exzitative Erlebnisqualität, sexuelle Funktionsstörungen, emotional-kognitives Bedeutungserleben, aktuelle Partnerschaft, exosexuelle Kontakte, Pornographie, Prostitution, Geschlechterrollen-Identifikation, Geschlechtsidentität, sexuelle Identität, sexuelle Neigungen (Paraphilien), sexuelle Übergriffe (erlitten und verübt) u.a.w.. Die erhobenen Ergebnisdaten liefern einen differenzierten, weil quantifizierten Überblick über die sexuelle Zufriedenheit, sexuelle Aktivität, sexuelle Funktionalität, sexuelle Identität, Geschlechtsidentität sowie die paraphile Bedürfnisstruktur von Patienten / Probanden und ihren Partnern. Die modularen Skalen lauten:

- ◆ Soziodemographische Angaben
- ◆ Sexuelle Sozialisation
- ◆ Sexuelle und Partnerschaftliche Entwicklung
- ◆ Sexuelle und Partnerschaftliche Einstellung
- ◆ Sexuelle Aktivität und sexuelles Verhalten
- ◆ Sexuelle Funktionen
- ◆ Sexuelle Fortpflanzung
- ◆ Sexuelle und Geschlechts-Identität
- ◆ Sexuelle Praktiken
- ◆ Sexuelle Neigungen
- ◆ Sexuelle Übergriffe

Der FSEV liegt vor als: (1) „Gesamtform“ (FSEV-G) und „Klinische Kurzform“ (FSEV-K), (2) als Frauen- und Männer-Fassung, (3) als Single- und Paar-Version.

Die mit mehreren Skalen erfassten, klinisch relevanten Bereiche „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) wurden streng nach der Kriteriologie des ICD-10 bzw. des DSM-IV operationalisiert.

Das bedeutet zum Beispiel, dass jede Sexualfunktion (in der Abfolge des sexuellen Reaktionszyklus) jeweils einzeln in den drei verschiedenen Formen des konkreten sexuellen Verhaltens (vgl. SEXMED-5x3, Punkt 5., s.o.) erhoben wird:

- a) bei Selbstbefriedigung,
- b) bei sexueller Stimulation ohne Geschlechtsverkehr („Petting“) und
- c) beim Geschlechtsverkehr.

Zusätzlich wird zu jeder einzelnen Sexualfunktion erfragt, ob (falls gegeben) das Problem schon von Anfang an bzw. seit den ersten sexuellen Kontakten bestanden hat (primär / veranlagt) oder sich erst später eingestellt hat (sekundär / erworben). Wenn das Problem (falls gegeben) erst mit der Zeit entstanden ist, wird erfragt, seit wie langer Zeit das Problem schon kontinuierlich besteht und ob die betreffende Person einen diesbezüglichen Leidensdruck verspürt oder nicht.

Mit den Items der Skala „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) werden sämtliche, klinisch relevanten Aspekte der Geschlechtsidentität (bio-psycho-soziale Entwicklung, Ausprägung und ggf. Festigung des Bewusstseins der eigenen Geschlechtszugehörigkeit) sowie der sexuellen Identität (bio-, psycho- u. sozio-sexuelle Reifung und Entwicklung, sexuelle Orientierung und Ausbildung eines sexuellen Selbstkonzepts) erhoben.

Mit den Items der Skala „Sexuelle Neigungen“ werden sämtliche, klinisch relevanten Paraphilien einzeln auf den drei Ebenen abgefragt:

- a) in allgemeinen Sexualphantasien,
- b) in Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung und
- c) im realen (soziosexuellen) Verhalten.

Ebenfalls wird hier bei jedem Item die Dauer erfragt, seit der ein Problem (falls gegeben) bereits besteht bzw. wahrgenommen wurde und ob die betreffende Person bezüglich der erfragten Inhalte einen Leidensdruck verspürt oder nicht.

Weil es grundsätzlich nicht möglich ist, anhand eines Fragebogens (Differential-) Diagnosen zu vergeben, können Ergebnisse standardisierter Datenerhe-

bungen prinzipiell ausschließlich Hinweise („Verdachtsmomente“) für das eventuelle Vorliegen einer jeweiligen Störung in einem jeweiligen Bereich liefern. Darum ist es auch bezüglich der Ergebnisse des FSEV unzulässig, von tatsächlichen sexualmedizinischen Differential-Diagnosen zu sprechen.

Die Ergebnisse der Skalen „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65) liefern sexualmedizinische Verdachts-Diagnosen bezüglich aller relevanten Störungsbereiche. Das bedeutet, die Ergebnisse der nach ICD-10 bzw. DSM-IV operationalisierten Items zu diesen Skalen lassen eine Einstufung als „V.a. krankheitswerte Störung“ mit differentialdiagnostischer Spezifikation zu, z.B.: „V.a.: sekundäre, situative erektile Dysfunktion“ bzw. „V.a.: Störung der Geschlechtsidentität, in der Kindheit beginnend“ bzw. „V.a.: homo-pädophile Hauptströmung / Pädophilie, auf Jungen orientiert, ausschließlicher Typus“.

Eine Beeinträchtigung von Sexualfunktionen bzw. der Verdacht auf das Vorliegen einer Geschlechtsidentitäts-Störung oder einer Paraphilie wird nach DSM-IV erst als „krankheitswerte Störung“ klassifiziert, wenn der Proband bzw. Patient angibt, dass ihm das Problem seit mindestens 6 Monaten kontinuierlich Leidensdruck bereitet! Deswegen wird im FSEV zu sämtlichen klinisch relevanten Items der Zeitraum erhoben, seit dem ein Problem besteht und ebenso, ob bezüglich eines möglichen Problems ein Leidensdruck besteht oder nicht.

Die Funktion des FSEV besteht vornehmlich darin, sexualmedizinisch relevante Daten (operationalisiert nach ICD-10 bzw. DSM-IV) auf standardisierte Weise erfassen, dokumentieren und auswerten zu können, ohne eine zeitaufwendige, interviewbasierte Sexualanamnese durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal erheben zu müssen. Ergeben sich aus den Ergebnissen des FSEV Hinweise auf das Vorliegen von Störungsbereichen bzw. Verdachtsdiagnosen, so entsteht daraus die Indikation, diese Bereiche im Rahmen einer „Strukturierten Sexualanamnese“ SSA (s.o.) differentialdiagnostisch zu explorieren und abzuklären.

Bei dem FSEV handelt es sich nicht um ein normiertes, statistisches Testverfahren, sondern um einen voll standardisierten Fragebogen zur „assistierten Datenerhebung“ per Selbstbearbeitung von Probanden (s.u.). Resultierend daraus existiert kein mathematisch-statistischer Auswertungs-Algorithmus, sondern ein Auswertungs-Schlüssel. Die Ergebnisse werden als Rohdaten in eine Datenbank eingegeben und stehen anschließend zur Auswertung zur Verfügung; sie liefern dann mit Hilfe des Auswertungsschlüssels sexualmedizinische Verdachts-Diagnosen nach ICD-10

bzw. DSM-IV bezüglich der Störungsbereiche „Sexuelle Funktionen“ (F 52), „Sexuelle und Geschlechts-Identität“ (F 66 / F 64) und „Sexuelle Neigungen“ (F 65).

Der Fragebogen ist – nicht zuletzt aufgrund der erfragten Inhalte – als „assistiertes“ Erhebungsinstrument konzipiert. Das bedeutet, dass während der Bearbeitung durch den Probanden immer ein Untersucher (im Raum) anwesend sein sollte, um Rückfragen zu beantworten und (thematisch) erwartbare Widerstände (Reaktanz) aufzufangen. „Assistierte Datenerhebung“ bedeutet nicht, dass sich der Untersucher aktiv an der Beantwortung des Fragebogens beteiligen (Interview) oder mit dem Probanden gemeinsam die Fragen beantworten soll. Es handelt sich damit um ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument für Patienten bzw. Probanden, das nicht zur unkontrollierten Postversendung vorgesehen ist, sondern zur Bearbeitung unter „Aufsicht“ eines Untersuchungsleiters, wie dies bei psychologischer Testdiagnostik allgemein *lege artis* ist.

Die Funktion der Untersucher besteht bei der assistierten Datenerhebung darin:

- ◆ den Probanden in einem kurzen, einleitenden Gespräch mit dem Gegenstand des Fragebogens vertraut zu machen,
- ◆ die (stereotype) Struktur der Fragen und der Antwortmöglichkeiten zu verdeutlichen bzw. erklären,
- ◆ während der gesamten Bearbeitungszeit als Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung zu stehen,
- ◆ Widerstände gegen Fragen oder Inhalte des Fragebogens zu verringern bzw. zu entkräften (siehe Abschnitt: Untersucher-Training!),
- ◆ auf die vollständige Beantwortung des Fragebogens zu achten bzw. Probanden auf unbeantwortete bzw. ausgelassene Fragen oder Fragenteile aufmerksam zu machen und zur nachträglichen Beantwortung zu ermutigen,
- ◆ nach Bearbeitung durch die Probanden die fertigen Fragebögen auf Vollständigkeit der Antworten zu überprüfen und bei unbeantworteten Fragen oder Frageteilen erneut vorzulegen (Missing-Control).

Untersucher-Training

Zur assistierten Erhebung des FSEV bedarf es keines hochqualifizierten Fachpersonals (was unter anderem Sinn und Zweck der Fragebogen-Entwicklung war). Die Assistenz kann ohne Weiteres z.B. von entsprechend eingewiesenen bzw. geschulten Studien-Betreuern (z.B. wissenschaftliche Hilfskräfte, „study-nurses“) gewährleistet werden. Zur Einarbeitung der Un-

tersucher genügt eine einmalige, ca. zweistündige Unterweisung durch einen Mitarbeiter des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité Berlin.

Einstellung

Wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatz des FSEV ist (wie bei allen sexualwissenschaftlichen Untersuchungen) die Überzeugung der Untersuchungsleiter (z.B. Wissenschaftler, Projektleiter, Prüfarzte o.ä.), dass eine Erhebung sexualmedizinischer Daten relevant, sinnvoll und wünschenswert ist und dass diese Überzeugung in klare Anweisungen an das Untersuchungs-Team umgesetzt wird. Ambivalente Grundhaltungen seitens der Studienleitung übertragen sich auf Mitarbeiter und führen zu Befangenheits-Blockaden, die sich mit den natürlichen, erwartbaren Befangenheiten mancher Probanden bzw. Patienten addieren und so den Einsatz des FSEV behindern bzw. die Erfassung valider sexualmedizinischer Daten gefährden.

Betrachtungszeitraum

Der FSEV bezieht sich in sämtlichen Fragen auf den Betrachtungszeitraum der vergangenen 12 Monate. Bei allen klinisch relevanten Items werden die Probanden aufgefordert, die bisherige Bestehenddauer eines möglichen Problems numerisch einzutragen (z.B. „ca. seit 6 Monaten“).

Bearbeitungsdauer

Die Bearbeitungsdauer der „Gesamtform“ FSEV-G beträgt bei 120 Items + / - 60 Minuten, bei der „Klinischen Kurzform“ FSEV-K (nur klinisch relevante Skalen) mit 60 Items + / - ca. 30 Minuten, bei 40 Items (ohne Paraphilien) + / - ca. 20 Minuten. Sämtliche Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

Einsetzbarkeit

Der Fragebogen kann sowohl in der (klinischen) Individualdiagnostik als auch als standardisiertes Forschungsinstrument verwendet werden. Er ist bei nicht-klinischen wie klinischen Stichproben gleichermaßen einsetzbar, d.h., es braucht z.B. keine krankheitsbezogenen Adaptation zu erfolgen. Eine forschungs- bzw. projektbezogene Einkürzung bzw. Reduktion des FSEV auf bestimmte Skalen ist problemlos möglich.

Der FSEV befindet sich im Prozess der statistischen Validierung, wobei (im Ggs. zum 3-D, s.u.) nicht intendiert ist, das methodische Niveau eines normierten Testverfahrens zu erreichen, sondern lediglich eine grundlegende Überprüfung von Validität und Reliabi-

lität auf dem Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes angestrebt wird.

4. „Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE

Einen weiteren wesentlichen Arbeitsbereich der klinischen Sexualwissenschaft stellt die Erforschung von chronischen Erkrankungen in ihren Auswirkungen auf Sexualität und Partnerschaft von Betroffenen und ihren Partner dar. Im Laufe von Untersuchungen zu verschiedenen chronischen Erkrankungen (vgl. Beier & Ahlers, 2003 a u.b, 2004 a u.b) ist hierbei der „Sexualmedizinische Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE (Ahlers et al. 2001a) entstanden, der den besonderen Bedingungen von Betroffenen und ihren Partnerinnen und Partnern Rechnung trägt, die sich dieser Wechselwirkung, aus Erkrankung, Behandlung und ihrer Sexualität und Partnerschaft ausgesetzt sehen. Hierbei werden sowohl sexuelle Funktionsstörungen bei chronisch Erkrankten und ihren Partnern, als auch die von den Betroffenen erlebten Auswirkungen der krankheitsbezogenen Behandlungen (z.B. Medikation) standardisiert erfasst.

Der Fragebogen wurde als Betroffenen-Version und Partner-Version konzipiert und ist dazu geeignet, via Postversendung von Probanden selbstständig zu Hause ausgefüllt zu werden. Er erfasst allgemeine Angaben zur Person, zum sozialen Umfeld (soziodemographische Faktoren), Angaben zur Partnerschaft (z.B. Kommunikation, Zärtlichkeit) sowie krankheitsspezifische Verhaltensweisen (z.B. Rückzugsverhalten; Geiztheit durch eventuell eingeschränkte Selbstständigkeit, Antriebslosigkeit durch Depressivität etc.).

Die Angaben zu den jeweiligen Erkrankungen können in Anlehnung an international gebräuchliche Instrumente zur Klassifizierung der Hauptsymptome verschiedener Krankheitsbilder (z.B. „Unified Parkinson's Rating Scale“ UPDRS für Morbus Parkinson, „Kurtzke-Skala“ für Multiple Sklerose, der „PASI“ (psoriasis area and severity index für Psoriasis) jeweils angepasst werden. Gleiches gilt für die Erfassung krankheitsbezogen unterschiedlicher Therapieoptionen (einschließlich Medikamente). Bei der Erhebung der Medikamente wird erfragt, ob die Probanden/innen medikamentös therapiert wurden sowie (wenn dies der Fall war), mit welchen Präparaten und Dosierungen und ob die Probanden einen Zusammenhang zwischen den eingenommenen Medikamenten und Veränderungen ihrer Sexualität und Partnerschaft sehen. Sofern dies bejaht wird, wird entsprechend der verschiedenen Phasen des sexuellen Reaktionszyklus

nach den beobachteten Veränderungen der Sexualität und Partnerschaft im Hinblick auf mögliche sexuelle Dysfunktionen sowie nach Häufigkeiten sexueller Aktivitäten und dem Auftreten sexueller Phantasien gefragt. Außerdem werden die Betroffenen und ihre Partner im SFCE gefragt, in wieweit sie von beruflichen Helfern auf mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Sexualität bzw. erwartbare Veränderungen der Sexualität und resultierend der Partnerschaft aufmerksam gemacht wurden, die mit der Erkrankung und ihrer Behandlung einhergehen können.

Die Fragen zu sexuellen Funktionsstörungen sind am DSM-IV orientiert, folgen aber nicht so streng der Kriteriologie des DSM-IV, wie die Operationalisierung bei den entsprechenden Items im FSEV (s.o.) und führen folglich auch nicht stringent zu Verdachtsdiagnosen nach DSM-IV, sondern lediglich zu Beschwerdebekundungen in verschiedenen Störungsbereichen. Weil die Fragen dadurch weniger komplex bleiben und die Ergebnisse methodischen nicht für sich in Anspruch nehmen, Verdachtsdiagnosen abzubilden, eignet sich der SFCE im Gegensatz zum FSEV zur Postversendung.

Neben der resultierenden Vergleichbarkeit von Betroffenen- und Partner-Aussagen besteht eine methodische Besonderheit des SFCE darin, dass sämtliche Angaben, insbesondere zu sexuellen Funktionsstörungen, jeweils in den beiden Zeitebenen: „vor der Diagnose“ und „seit der Diagnose“ erfasst werden, so dass eine (quasi-längsschnittliche) Verlaufsbeschreibung der sexuellen Symptomatik über die Zeit vor und seit der Erkrankung im Rahmen einer (Ein-Punkt) Querschnittsuntersuchung möglich wird.

Der Fragebogen befindet sich im Prozess der statistischen Validierung. Angestrebt wird das testkonstruktive Niveau eines standardisierten Erhebungsinstrumentes mit Testgütekriterien zur Reliabilität. Die Bearbeitungsdauer liegt bei 56 Einzelfragen stichproben- und indikationsabhängig bei 30 bis 45 Minuten. Die Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert.

5. „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D

Bei diesem Instrument handelt es sich um ein standardisiertes, noch nicht normiertes Testverfahren zur Messung der proportionalen Bedeutung der drei fundamentalen Dimensionen von Sexualität: Lust, Fortpflanzung, Beziehung. Mit dem Testverfahren ist es möglich, Aufschluss darüber zu gewinnen, welche proportionale Bedeutung die fundamentalen Dimen-

sionen von Sexualität im individuellen Erleben der Probanden haben.

Nach Beier & Loewit (2004) lassen sich drei fundamentale Dimensionen der Sexualität unterscheiden: die Fortpflanzungsdimension, die Lustdimension und die Beziehungs- bzw. syndyastische Dimension, innerhalb derer sich psychosoziale Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Vertrauen, Nähe, Geborgenheit und Angenommenheit durch sexuelle Kommunikation erfüllen lassen. Die proportionale Bedeutung der einzelnen Dimensionen können interindividuelle Unterschiede aufweisen, und durch eine Überbewertung oder Vernachlässigung einzelner Aspekte an der Entstehung u./o. Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen beteiligt sein. Die Kenntnis der Ausprägung der individuellen Bedeutungserteilung der Dimensionen von Sexualität ist somit für den therapeutischen Prozess von Bedeutung und eine quantifizierte Erfassung der Bedeutungszuweisung ist Voraussetzung für eine empirische Einordnung der Dimensionen von Sexualität in einen breiteren wissenschaftlichem Kontext.

Mit dem „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ (3-D) wird die individuelle proportionale Bedeutung der drei Dimensionen von Sexualität quantifiziert erfasst. Das Inventar besteht aus 43 Items, die den Skalen „Bindung“, „Lust“ und „Fortpflanzung“ zugeordnet werden. Die Antwortoptionen sind in (5-stufiger) Likert-Skalierung konstruiert. Die Bearbeitungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten, wodurch das Testverfahren dem Kriterium der Effizienz genügt.

Zur Überprüfung der Testgütekriterien wurde das Inventar 465 Probanden im Rahmen der „Berliner Männer-Studie II“ zur Bearbeitung vorgelegt. Die Reliabilität wurde sowohl durch die interne Konsistenz als auch durch die Test-Retestmethode bestimmt. Der Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten liegt zwischen $r = .54$ bis $r = .88$.

Zur Überprüfung der Validität wurde in einem ersten Schritt eine gemeinsame Faktorenanalyse der Items mit zuvor definierten Markiertvariablen, welche die Bedeutung der einzelnen Skalen eindeutig charakterisieren sollten, durchgeführt. Die faktorielle Validität konnte dabei nicht nachgewiesen werden, allerdings spiegelte die bei einer weiteren Faktorenanalyse empirisch ermittelte faktorielle Struktur die intendierten Dimensionen der Sexualität weitgehend wieder. Es wurden fünf Faktoren ermittelt, die wie folgt bezeichnet werden: Fortpflanzung, Lust, Bindung-Partnerschaft, Bindung-Sexualität und Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr. Diese Faktoren bilden entsprechend fünf Skalen. Die ursprüngliche Skala „Bindung“ wird somit durch drei Faktoren abgebildet, wodurch eine stärkere Differenzierung der individuellen Bedeutung

der Bindungsdimension ermöglicht wird. Vor allem die Skala „Zärtlichkeit vs. Geschlechtsverkehr“ ist hierbei von Interesse, da sie die Bedeutung von extragenitaler sexueller Interaktion relativ zur Bedeutung genitaler Sexualität ermittelt.

Die genannten Faktoren bzw. Skalen wurden weiterhin zur Überprüfung der konvergenten und divergenten Validität zu verschiedenen anderen Skalen, welche sexuelle und partnerschaftliche Qualität und Zufriedenheit erfassen, in Beziehung gesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass die Bindungsdimension nicht nur mit partnerschaftlicher Qualität und Zufriedenheit in Zusammenhang steht, sondern auch mit sexueller Zufriedenheit. Die sexuelle Lustdimension und die Fortpflanzungsdimension zeigten sich demgegenüber zu sexueller und partnerschaftlicher Qualität und Zufriedenheit negativ assoziiert oder waren von ihnen unabhängig. Es konnte somit gezeigt werden, dass vor allem die syndyastische Dimension der Sexualität mit der erlebten sexuellen und partnerschaftlichen Qualität sowie Zufriedenheit zusammenhängt. Allerdings können die bisherigen Ergebnisse nur als erste Hinweise zur Validität des 3-D gewertet werden, weshalb sich das Inventar in der Revision befindet und perspektivisch zu einem normierten Testverfahren ausgebaut werden soll.

6. „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG

Die sexualmedizinische Ausbildung orientiert sich an einer möglichst praxisnahen und realitätsbezogenen Wissens- und Fertigkeitenvermittlung. Aus diesem Grund finden die Abschlussprüfungen (neben der Darstellung und Diskussion eines sexualmedizinischen Behandlungsfalls) sowohl in Form von Wissensüberprüfungen zur Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen statt (u.a. „Fragebogen zu sexualmedizinischen Kenntnissen“ Brähler et al. 1988, s.o.), als auch in Form von Fertigkeitenüberprüfungen, die in simulierten Arzt-Patient-Gesprächen erfolgen. Hierbei werden die Patienten von Laiendarstellern (sog. Simulationspatienten) gespielt, die vorher von den jeweiligen Prüfern in der Darstellung ihrer Beschwerden instruiert werden. Die Ausbildungskandidaten führen als Prüfungssituation ein Explorations- und Beratungsgespräch mit den Simulationspatienten und werden dabei von den Prüfern hinsichtlich fachspezifischer Lernziele beurteilt.

Um eine strukturierte und möglichst objektive Bewertung der Gesprächsgestaltung zu gewährleisten und später auch die Bewertungen verschiedener Prüfer vergleichen zu können, wurde am Institut für Sexual-

wissenschaft und Sexualmedizin der Charité in Berlin der „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG entwickelt (Ahlers et al. 2003), der sowohl als Beurteilungsgrundlage für den Lernfortschritt in der sexualmedizinischen Ausbildung allgemein dient, als auch zur Beurteilung der Explorations- und Beratungsgespräche im Rahmen der Abschlussprüfungen im Curriculum Sexualmedizin an der Charité genutzt wird. Der Evaluationsbogen fokussiert auf alle wesentlichen Bereiche der sexualmedizinischen Gesprächsführung und orientiert sich auch an den Komponenten des SEXMED-5x3 (Ahlers et al. 2001, s.o.).

Um die Konstruktion dieses Fremdbeurteilungsinstrumentes zu verdeutlichen sei hier lediglich das erste Item aufgeführt:

Gesprächsgestaltung

Wie gut ist der Therapeut in der Lage, ein offenes Gespräch mit den Patienten aufzubauen und eine konstruktive, wertschätzende und gleichberechtigte Gesprächsatmosphäre zu entwickeln? Überengagierte, direkte und symptomzentrierte Interviews, Monologe, moralische Wertungen und Belehrungen etwa sollten entsprechend der fünfstufigen Bewertungsskala (*sehr gut gut befriedigend ausreichend nicht ausreichend*) als *nicht ausreichend* angesehen werden.

Der „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG kann in der sexualmedizinischen Ausbildung fortlaufend im Rahmen von Kleingruppenübungen eingesetzt werden, in denen jeweils drei bis vier Ausbildungsteilnehmer eine Arbeitsgruppe bilden und aneinander sexualmedizinische Gesprächsführung trainieren. In diesen Kleingruppenübungen übernimmt jeweils ein Teilnehmer die Rolle des Therapeuten, ein bzw. zwei Teilnehmer übernehmen die Rolle des Patienten bzw. des Paares und ein Teilnehmer übernimmt die Rolle eines Supervisors, der mit Hilfe des ESG die Gesprächsführung des jeweiligen Therapeuten beurteilt. Die Rollenverteilung rotiert solange, bis jeder Teilnehmer jede Rolle gespielt hat. Nach jedem Durchgang können die im ESG erreichten Punkte summiert werden. Weil die Beurteilungsskalen des ESG im Schulnotensystem gegliedert sind (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = nicht ausreichend), fällt die erreichte Gesamtpunktzahl um so niedriger aus, je besser der Rollen-Supervisor die jeweiligen Kriterien des ESG als erfüllt angesehen hat. Außerdem ermöglicht der ESG den Teilnehmern über den Verlauf der Ausbildung systematisch eigene Schwächen erkennen und verbessern zu können, wenn über verschiedene Supervisoren hinweg immer wieder bestimmte Aspekte als

nicht ausreichend angesehen wurden. Für die Zulassung zur bzw. zum Bestehen der Abschlussprüfung kann eine Höchstpunktzahl als Mindestkriterium festgelegt werden und damit als objektiverer Maßstab fungieren.

7. „Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK

Die Diagnostik und Behandlung sexueller Störungen ist nicht Bestandteil der regulären klinischen Fort- und Weiterbildungen (Facharzt- und Fachpsychologen-Ausbildungen). Dies gilt im besonderen Maße auch und vor allem für die Diagnostik und Behandlung von „Störungen der sexuellen Präferenz“ (Paraphilien) sowie „Störungen des sexuellen Verhaltens“ (Dissexualität). Gleichzeitig erfordert die klinische Arbeit mit Patienten in diesem Bereich eine ganz besonders profunde Ausbildung, nicht zuletzt, weil es um den schwierigen Bereich potentieller Fremdgefährdung geht. Um die Kompetenzfortschritte von Fort- und Weiterbildungs-Teilnehmern bei diesen Indikationen in der selben Weise evaluieren zu können, wie im allgemeinen sexualmedizinischen Bereich (vgl. ESG, s.o.) wurde der „Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK (Ahlers et al. 2004) entwickelt. Er entspricht in seiner Konzeption vollständig dem ESG, berücksichtigt dabei jedoch alle relevanten Inhalte und Besonderheiten der forensischen Sexualmedizin, die sowohl im diagnostischen Prozess (u.a. bei gerichtlichen Begutachtungen), als auch in der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen (Dissexualitäts-Therapie) von elementarer Bedeutung sind und die somit den Ausbildungsstand eines jeweiligen Teilnehmers vergleichbar und standardisiert erfassbar machen. Die Anwendungs- bzw. Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der Ausbildung entspricht ebenfalls ganz der Nutzung der ESG (s.o.).

8. „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT

Weil es bei der Diagnostik und Behandlung von Störungen der sexuellen Präferenz (Paraphilien) und Störungen des sexuellen Verhaltens (Dissexualität) potentiell auch um fremdgefährdendes Verhalten von Patienten geht, muss eine entsprechende Therapie besonders klar und eindeutig strukturiert und besonders gründlich und differenziert dokumentiert werden. Eine solche Dokumentation kann zum einen in Form von obligatorischen Stundenprotokollen erfolgen,

sollte aber idealiter auch unter Nutzung von standardisierten Dokumentationsverfahren vorgenommen werden. Der „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT (Ahlers et al. 2004a) dient dazu, die wesentlichsten bzw. wichtigsten Aspekte bei der Behandlung von Paraphilien und Dissexualität systematisch zu erfassen und mit einem rationellen Zeitaufwand dokumentieren zu können. Die Bearbeitung des DDT erfordert + / - 10 Minuten und umfasst inhaltliche beispielsweise folgende Bereiche: Identifikation und Integration der eigenen sexuellen Präferenz-Struktur, Perspektivenübernahme, Empathie, Verantwortungsübernahme, Impulsidentifikation und -kontrolle, Bedürfnisregulation und Befriedigungsaufschub u.s.w.. Weil der DDT dafür vorgesehen ist, nach jeder Behandlungsstunde ausgefüllt zu werden, ermöglicht er eine differenzierte und quantifizierte Verlaufsbeobachtung einer Behandlung auf Grundlage standardisierter Dokumentation und so auch den Vergleich zwischen verschiedenen Behandlern und Behandlungsformen (z.B. Einzel- versus Gruppentherapie, TP versus VT) und eignet sich damit ebenfalls zur Therapieevaluation.

9. „Forensisches Dokumentationssystem: Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S

In der medizinischen und der psychologischen Forschung gibt es seit langem das Bemühen, eine größtmögliche Qualitätssicherung, also eine bessere Vergleichbarkeit von Erkenntnisprozessen und Ergebnissen in forensischen Begutachtungen zu gewährleisten. Dies kann erreicht werden durch erhöhte Objektivität und Objektivierbarkeit und mehr Transparenz im diagnostischen Prozess sowie durch eine standardisierte Datenerhebung und -dokumentation, die als wichtigste Komponente der Qualitätssicherung in forensischen Begutachtungen gilt. Das ursprüngliche Ziel dieser Qualitätsoptimierung war es, die quantitativ hierarchisierten Entscheidungen, die von Gutachtern bei juristischen Zuordnungen verlangt werden, auf eine objektive und empirisch überprüfbare Datengrundlage zu stellen.

Das „Modul Sexualdelinquenz“ (Ahlers et al. 2000) sieht die Datenerhebung in verschiedenen Themenbereiche vor, in denen die minimal zu fordernde Informationsmenge bei forensischen Begutachtungen von Sexualstraftätern dokumentiert werden: Primärfamiliäre Situation (Einstellung zur Sexualität, Umgang mit Nacktheit), sexuelle Aufklärung, wichtige Parameter der bio-, psycho- und sozio-sexuellen Entwicklung: Alter bei Beginn der ersten Ereignisse mit

sexueller Bewusstseins- und Identitätsbildung (z.B. dem Einsetzen der Sekundärbehaarung, des ersten Samenergusses, der ersten Selbstbefriedigung, des ersten Geschlechtsverkehrs, der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc.), Alter des Partners bzw. der Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr und bei der ersten partnerschaftlichen Beziehung etc., ggf. erlittene gewaltlose und / oder gewaltsame sexuelle Übergriffe und deren Häufigkeit, die sexuelle Orientierung in den Begleitphantasien bei der Selbstbefriedigung, das Alter und Geschlecht des jüngsten Phantasiepartners bei der Selbstbefriedigung, paraphile Phantasieinhalte sowie deren Integriertheit in das Selbstkonzept des Probanden bzw. das Ausmaß, in dem mögliche paraphile Phantasieinhalte ich-fremd oder ich-vertraut (ego-dyston vs. ego-synton) in das Persönlichkeitsgefüge des Probanden integriert sind. Das „Modul Sexualdelinquenz“ basiert auf Operationalisierungen nach DSM-IV (APA 1996) und ist ein Teil des „Forensisch-psychiatrischen Dokumentations-Systems“ FPDS, welches bereits in einigen Universitätskliniken in Deutschland erprobt wurde (vgl. Ahlers et al. 2004).

Datenerhebungsinstrumente

- Ahlers Ch. J. & Beier K. M. (2000): „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA.
- Ahlers Ch. J. & Bellardi A. M. (2000): „Sexualmedizinische Allgemein-Anamnese“ SAA.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. (2000): „Forensisches Dokumentationssystem, Modul: Sexualdelinquenz“ FDS-S.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2001): „5 x 3 der Sexualmedizin“ SEXMED-5x3.
- Ahlers Ch. J., Goecker D., Beier K. M. (2001a): „Sexualmedizinischer Fragebogen bei chronischen Erkrankungen“ SFCE.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2002): „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2003): „Evaluationsbogen zur sexualmedizinischen Gesprächsführung“ ESG.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2004): „Evaluationsbogen zu forensisch-sexualmedizinischen Kenntnissen“ EFSK.
- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Beier K. M. (2004a): „Dokumentationsbogen zur Dissexualitäts-Therapie“ DDT.
- Beier K. M., Ahlers Ch. J., Mundt I. A., Loewit K. K. (2002): „Inventar zu Dimensionen von Sexualität“ 3-D.

Literatur

- Ahlers Ch. J., Schaefer G. A., Wille R., Beier K. M. (2004): Das Modul Sexualdelinquenz im Forensisch-psychiatrischen Dokumentationssystem (FPDS). *Sexuologie* 11 (1/2).
- Arentewicz G., Bulla R., Schoof-Tams K., Schorsch E. (1975): *Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen. Erfahrungen mit 23 Paaren*. Köln: Wissenschafts-Verlag.
- Bailes, S.; Creti, L.; Fitch, C. S.; Libman, E.; Brender, W.; Amsel, R. (1998): Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures (251-255)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bancroft, J. (2000): Die Medikalisierung sexueller Probleme. *Zeitschrift für Sexualforschung* 13, 69-76.
- Basson, R. (2003): Biopsychosocial Models of Women's sexual Response: Applications to Management of „Desire Disorders“. *Sexual Relationship and Therapy* 18 (1) 107-115.
- Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. (2003a): Nähe, Bindung und Liebe sind schützende Faktoren – Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Delisle et al. (Hrsg.): *Schluss mit Lust und Liebe? München: Reinhardt Verlag*.
- Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. (2003b): Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Gaebel, W.; Hartung, H. P. (Hrsg.): *Psyche, Schmerz, sexuelle Dysfunktion*. Berlin: Springer.
- Beier, K. M.; Loewit, K. K. (2004): *Lust und Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie*. Berlin: Springer.
- Beier, K. M.; Ahlers Ch. J. (2004 a): Auswirkungen von Morbus Parkinson auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro* 30 (8) 449-452.
- Beier, K. M.; Ahlers Ch. J. (2004 b): Auswirkungen von Multipler Sklerose auf Sexualität und Partnerschaft. *Psycho-neuro* 30 (10) 463-567.
- Brähler, E.; Böhm A. (1988): *Einstellungen zur Sexualität und sexualmedizinische Kenntnisse*. Berlin: Springer.
- Brähler, E.; Holling, H.; Leutner, D.; Petermann, F. (Hrsg.) (2002): *Brickenkamp – Handbuch psychologischer Tests (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß B. (Hrsg.) (2003): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Brener, M. M.; Rhode A. (2002): The German Version of the Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Systematic Validation and Concept of Evaluation*. *Int J Impotence Res* 2002, 14 (Supplement 4) 79-90.
- Brener M. M.; Kriston L.; Zahradnik H.-P.; Härtner M.; Rhode A. (2004): Überprüfung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit des deutschen Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 64, 293-303.
- Budenberg C. (1994): Sexualanamnese, Sexualberatung, Sexualtherapie. *Therapeutische Umschau* 51 (2) 104-109.
- Büsing, S.; Hoppe, C.; Liedtke; R. (2001): Sexuelle Zufriedenheit von Frauen – Entwicklung und Ergebnisse eines Fragebogens. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51, 68-75.

- Christmann, F.; Hoyndorf, S. (1988): Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen. In F. Christmann (Hrsg.): *Heterosexualität. Ein Leitfaden für Therapeuten* (o.A.). Berlin: Springer.
- Clayton, A. H.; Mc Garvey, E. L.; Clavet, G. J. (1997): The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). Development, Reliability and Validity. *Psychopharmacology Bulletin* 33 (4) 731-745.
- Crombach-Seeber, B.; Crombach, G. (1986): Fragebogen zur sexuellen Interaktion - Neugestaltung. Tübingen: dgvt.
- Davis C. M.; Yarber W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G.; Davis, S. L. (Hrsg.) (1998): *Handbook of Sexuality – Related Measures*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deegner, G. (1984): *Anamnestischer Elternfragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Derogatis, L. R.; Melisaratos, N. (1979): The Derogatis Sexual Functioning Inventory. A multidimensional Measure of Sexual Functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy* 5 (3), 244-281.
- Derogatis, L. R. (1997): The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF / DISF – SR). An Introductory Report. *Journal of Sex and Marital Therapy* 23 (4), 291-304.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (2001): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen. *Urologe (A)* 40, 331-339.
- Dittmar, F.; Kockott, G.; Nusselt, L. (1977): Ein einfaches Instrument zur Messung von Gefühlen, angewendet als Kriterium des Therapieerfolges bei Erektionsstörungen. In G. Kockott (Hrsg.): *Sexuelle Störungen: Verhaltensanalyse und -modifikation* (o.A.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Engfer, A. (1978): PASE. Erstellung eines Fragebogens zur „Sexualität in Paarbeziehungen“. München: Psychologisches Institut der Universität München.
- Fahrner, E. M. (1984): FUSS. Selbstunsicherheit bei Patienten mit funktionellen Sexualstörungen: Ein Fragebogen zur Diagnostik. *Mitteilungen/ Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 4, 15-16.
- Fahrner, E.-A.; Kockott, G. (2002): *Sexualtherapie. Ein Manual zur Behandlung von Funktionsstörungen bei Männern*. Göttingen: Hogrefe.
- Giommi, R. (2003): Psychological Diagnosis in Sexology. *Journal of endocrinological Investigation* 26 (3) 106-108.
- Glick H. A.; Mc Carron, T. J.; Althof, S. E.; Corty, E. W.; Willke, R. J. (1997): Construction of Scales for the Center for Marital and Sexual Health (CMASH). *Sexual Functioning Questionnaire*. *Journal of Sex and Marital Therapy* 23 (2) 103-117.
- Gnirss-Bornet, R.; Sieber, M.; Buddeberg, C. (1995): Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie von Erektionsstörungen in einer Spezialsprechstunde. *Zeitschrift für Sexualforschung* 8, 12-23.
- Green, R.; Wiener, J. (Hrsg.) (1980): *Methodology in Sex Research*. Proceedings of the Conference held in Chevy Chase, Maryland November 18 and 19, 1977. Fishers Lane: Rockville, Md..
- Hahlweg, K. (1996): Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD). Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, U. (1989): *Inhalte und Funktionen sexueller Phantasien*. Stuttgart: Enke.
- Hartmann, U. (1996): *Spritze und Gespräch. Integrative Therapie sexueller Funktionsstörungen beim Mann*. *Sexualmedizin* 18 (11) 302-305.
- Heim, D.; Strauss, B. (2001): Klinisch-Psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion: Die Bedeutung psychosozialer Faktoren. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 30 (2) 97-103.
- Heim, D.; Strauss, B. (2003): Differentialdiagnostik der erektilen Dysfunktion mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ein Überblick. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 12, 5-13.
- Heinemann L. A. J.; Potthoff P.; Heinemann K.; Pauls A.; Ahlers Ch. J.; Saad F. (2004) „Scale for Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders?“ *Journal of Sexual Medicine* (in press).
- Hirschfeld, M. (1908): Zur Methodik der Sexualwissenschaft: Der Psychobiologische Fragebogen. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1, 681-705; 684-695.
- Hirschfeld, M. (Hrsg.) (1921): *Der Psychobiologischer Fragebogen* (5. Aufl.). Berlin: Institut für Sexualwissenschaft.
- Hoyndorf, S.; Reinhold, F.; Christmann, F. (1995): *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Jones, L. (2002): The Use of validated Questionnaires to assess Female Sexual Dysfunction. *World Journal of Urology* 20 (2) 89-92.
- Kirby, D. (1998): Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents. In: C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.), *Handbook of Sexuality – Related Measures* (35-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Klinger, O. J.; Loewit, K. K. (1996): Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) – Konzeption und erste Ergebnisse zur Validität. *Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie* 17, 268-275.
- Kröger, C.; Hahlweg, K.; Braukhaus, C.; Fehm-Wolfsdorf, G.; Groth, T. (2000): Fragebogen zur Erfassung partnerschaftlicher Kommunikationsmuster (FPK). Reliabilität und Validität. *Diagnostica* 46, 189-198.
- Langer, D.; Hartmann, U. (1992): *Psychosomatik der Impotenz*. Stuttgart: Enke.
- Libman, E.; Rothenberg, I.; Fichten, C. S.; Amsel, R. (1985): The SSES-E: A Measure of Sexual Self- Efficacy in Erectile Functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy* 11 (4), 233-247.
- LoPiccolo, J.; Steger, J. C (1974): The Sexual Interaction Inventory: A new Instrument for Assessment of sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 3 (6) 585-595.
- Madersbacher, S. (2004): *Sexuelle Störungen der Frau – eine Querschnittsuntersuchung*. 19 th Congress of the European Association of Urology (EAU). Wien, Österreich.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1970): *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown and Company.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. (1993): *Liebe & Sexualität*. Berlin: Ullstein.
- Mazer, N. A.; Leiblum, S. R.; Rosen, R. C. (2000): The Brief Index of Sexual Functioning for Women (BISF-W): A new Scoring Algorithm and Comparison of Normative and Surgically Menopausal Populations. *Menopause. The Journal of the North American Menopause Society* 7 (5) 350-363.
- Meston, C. M.; Derogatis, L. R. (2002): Validated Instruments for Assessing Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 28 (Supplement 1) 155-164.

- Meston, C. M. (2003): Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy* 29, 39-46.
- Nobre, P. J.; Pinto-Gouveia, J. (2003): Sexual Modes Questionnaire: Measure to assess the Interaction among Cognitions, Emotions, and sexual Response. *The Journal of Sex Research* 40 (4) 368-382.
- Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997): The International Index of Erectile Function (IIEF). A multidimensional Scale for Assessment of erectile Dysfunction. *Urology* 49 (6) 822-830.
- Rosen, R. C.; Cappellari, J. C.; Smith, M. D.; Lipsky, J.; Pena, B. M. (1999): Development and Evaluation of an abridged, 5-item Version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic Tool for Erectile Dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 11, 319-326.
- Rosen, R. C.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C.; Shabsigh, R.; Ferguson, D.; D'agostino, R. (2000): The Female Sexual Function Index (FSFI). A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of female sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy* 26, 191-208.
- Rosen, R. C.; Cappelleri, J. C.; Gendrano, I. N. (2002): The International Index of Erectile Dysfunction (IIEF): A State of the science Review. *International Journal of Impotence Research* 14, 226-244.
- Rust, J.; Golombok, S. (1985): The Golombok-Rust Inventory of sexual Satisfaction (GRISS). *British Journal of Clinical Psychology* 24, 63-64.
- Rust, J.; Golombok, S. (1986): The GRISS: A psychometric Instrument for the Assessment of Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 15 (2), 157-165.
- Schaefer, G. A.; Englert, H. S.; Ahlers, Ch. J.; Roll, S.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2003): Erektionsstörungen und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. *Sexuologie* 10 (2/3) 50-60.
- Schneider-Düker, M.; Kohler, A. (1988): Die Erfassung von Geschlechtsrollen – Ergebnisse zur Deutschen Neukonstruktion der Bem-Sex-Role-Inventory BSRI. *Diagnostica* 34 (3) 256-270.
- Simons, J. S.; Carey, M. P. (2001): Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior* Vol. 30 (2): 177-219.
- Snell Jr., W. E.; Papini, D. R. (1989): The Sexuality Scale: An Instrument to Measure Sexual-Esteem, Sexual-Depression, and Sexual-Preoccupation. *Journal of Sex Research* 26, 256-263.
- Snell Jr., W. E. (1998): The multidimensional sexual Approach Questionnaire. In C. M. Davis., W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures (507-508)*: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Snell Jr., W. E.; Fisher, T. D.; Walters, A. S. (1993): The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report Measure of psychological Tendencies associated with human Sexuality. *Annual Review of Sex Research* 6, 27-55.
- Spector, I. P.; Carvey, M. P. (1990): Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the empirical Literature. *Archives of Sexual Behavior* 19 (4) 389ff.
- Spector, I. P.; Carey, M. P.; Steinberg, L. (1996): The Sexual Desire Inventory: Development, Factor Structure and Evidence of Reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy* 22 (3) 175-190.
- Strauß, B.; Heim, D (1999): Standardisierte Verfahren in der empirischen Sexualforschung. Eine tabellarische Übersicht. *Zeitschrift für Sexualforschung* 12 (3) 187-236.
- Strauß, B.; Schumacher, J. (Hrsg.) (2005): *Klinische Interviews und Ratingskalen. (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 3)* Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, J. F.; Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (1994): Self – Report Assessment of Female Sexual Function: Psychometric Evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. *Archives of Sexual Behavior* 23 (6) 627-643.
- Ter Kuile, M. M.; Van Lankveld, J. J. D. M.; Kalkhoven, P.; Van Egmond, M. (1999): The Glombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS): Psychometric Properties within a Dutch Population. *Journal of Sex and Marital Therapy* 25, 59-71.
- Thorne, F. C. (1966): The Sex Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 22, 367-374.
- Wendt, H. (1979): *Integrative Sexualtherapie*. München: Pfeiffer.
- Westhoff, G. (1993): *Handbuch psychosozialer Messinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- Whitley, M. P. (1975): Sexual Satisfaction Inventory. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Hrsg.): *Handbook of Sexuality – Related Measures (519-520)*: Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wilson, G. D. (1988): Measurement of Sex Fantasy. *Journal of Sex and Marital Therapy* 3 (1) 45-55.
- Zimmer, D. (1989): *Fragebogen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP) (2. Aufl.)*. Tübingen: dgvt.

Adressen der Autoren

Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Dipl.-Psych. Gerard. A. Schaefer, Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité, Freie- und Humboldt-Universität zu Berlin, Luisenstr. 57, 10117 Berlin, www.sexualwissenschaft-berlin.de