

2.2 Sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät

Gunter Neubauer

Zusammenfassung

Sexuelle Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff, der in Bezug auf Kinder, und in unserem Zusammenhang insbesondere in Bezug auf Jungen, präzisiert und eingegrenzt werden muss. Mit Blick auf die kindliche Sexualität lässt er sich in der Regel nur basal auch auf (spätere) reproduktive Gesundheit beziehen; insofern geht es hier weniger etwa um die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten oder um sexuelle Störungen. Im Mittelpunkt des Interesses steht vielmehr die sexuelle Entwicklung von Jungen bis zur Geschlechtsreife, der Pubertät. Dazu gehören die körperliche und die psychosexuelle Entwicklung, ein »gesunder« Umgang mit dem eigenen Körper, die Bewältigung sozialer Entwicklungsaufgaben im Kontext der Sexualität und die Aneignung von Sexualwissen, ebenso wie Fragen der männlichen Geschlechtsrolle und der sexuellen Identität. Nicht zuletzt muss es gerade schon im Kindesalter und auch für Jungen um das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und den Schutz vor sexueller Gewalt gehen. Vor dem Hintergrund, dass sich in Vorstellungen über kindliche Sexualität wiederum gesellschaftliche Auffassungen von Sexualität insgesamt spiegeln, ist die sexuelle Gesundheit von Jungen zuletzt auch im Kontext institutioneller Rahmenbedingungen vor allem in Familie, Kindertageseinrichtung und Grundschule zu betrachten. Modellhafte Praxisprojekte oder informative Ansätze einer explizit jungenbezogenen Förderung der sexuellen Gesundheit zeigen sich dabei als Mangelware.

Summary: Sexual health of boys before puberty

Sexual health is a broad term that needs to be clarified and limited in relation to children and in our context, in particular towards boys. When considering the infantile sexuality, it can only refer to basal (later) reproductive health generally; insofar it is not so much related to the prevention of sexually transmitted diseases or the treatment of sexual disorders. The focus of interest is rather on the sexual development of boys until puberty. This includes the physical and psychosexual development; a »healthy« dealing with their own bodies, addressing social challenges in the context of growing up sexually and the acquisition of sexual knowledge; also questions concerning the male gender role and sexual identity. Not least, it is important to work against sexual violence already in infancy and even for boys as also for the right of sexual self-determination and protection. Finally against the background that, in turn, ideas about infantile sexuality reflect social conceptions of sexuality as a whole, the sexual health of boys is to be considered least in the context of institutional frameworks, particularly in family, day care and primary school. Exemplary practical projects or informational approaches that are explicitly related to sexual health promotion with boys are rather scarce.

Einleitung und Problemaufriss: »Alles dran? Alles drin? Alles drauf?«

Der Beitrag befasst sich mit »Alles dran, alles drin, alles drauf?« und spielt damit auf drei Dimensionen der sexuellen Gesundheit von Jungen an. Nach der Geburt wird häufig danach gefragt, ob auch »alles dran« ist, das heißt, ob der Körper gut ausgebildet ist (physische Dimension). Bei Jungen bezieht sich diese Frage nicht zuletzt auch auf Penis und Hoden als primäre, äußerlich sichtbare Geschlechtsmerkmale: *Es ist ein Junge ...* »Alles drin« bezieht sich dann nicht nur auf das verborgene Körperinnere, sondern vielmehr auf die kognitiven Konzepte von Körper und Sexualität, die sich ein Junge aneignen, die er entwickeln und internalisieren muss (psychische bzw. mentale Dimension). »Alles drauf« meint dagegen die Verhaltensebene, also die Anforderung, mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität aktiv und lebenspraktisch umzugehen (soziale Dimension).

Die sexuelle Gesundheit von Jungen im Kleinkind-, Vorschul- und Grundschulalter ist ein Thema, das zumeist im allgemeinen Diskurs über kindliche Sexualität [1] aufgeht und in der Regel nicht eigenständig, das heißt im Sinn expliziter Jungenbezüge, herausgearbeitet wird. Der Sache nach taucht es in vielfältigen und heterogenen Zusammenhängen auf, so etwa in Pädiatrie und Entwicklungspsychologie, Elementar- und Primarbildung, in der sozial- wie sexualpädagogischen Aus- und Weiterbildung, bei Sexualaufklärung und Familienbildung, in Kinder- und Jugendschutz, inklusive der dazugehörigen Präventionsfragen, sowie bei diversen Einrichtungen und Fachgesellschaften, die sich mit kindlicher Sexualität befassen – weshalb für das Thema ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Ansatz unabdingbar ist. Das Thema »Jungen und Sexualität« bzw. »Jungensexualität« wird dabei insgesamt zwar nicht gerade selten angesprochen, dies allerdings größtenteils im Zusam-

menhang mit Pubertät und Adoleszenz, also erst von zehn bis zwölf Jahren an aufwärts [2]. Dies zeigt sich insbesondere bei der spärlichen Literatur zu diesem Thema und gilt für den Bereich wissenschaftlicher Studien über Fachbücher und Elternratgeber bis hin zu Jungen- bzw. Kinderbüchern. Das in den 1990er Jahren noch deutlicher erkennbare Interesse an der schieren Jungenentwicklung und Jungensexualität [3–5] erscheint inzwischen von präventiven Zugängen und Fragestellungen weitgehend überdeckt zu werden.

Hinzu kommt, dass der Zusammenhang von »Jungen und Gesundheit« nach wie vor grundsätzlich unterbelichtet ist und mehrheitlich, wenn überhaupt, mit einem Problemfokus betrachtet wird [6, 7]. So ist es nicht überraschend, dass auch »Jungen, Sexualität und Gesundheit« selten positiv zusammengedacht, sondern eher von Gefährdungen her bestimmt wird – und insbesondere für die Zeit *vor der Pubertät* ein eher unbearbeitetes Feld ist. Daran wird deutlich, dass sexuelle Gesundheit in erster Linie immer noch im Zusammenhang mit Fortpflanzung und damit als reproduktive Gesundheit verstanden wird, was für Jungen im Kindesalter – also vor dem im eigentlichen Sinn »reproduktiven Alter« – eine naturgemäß geringere Bedeutung hat. In dieser Lebensphase ist dagegen eine Perspektive auf die sexuelle Entwicklung und auf sexuelle Rechte (z.B. Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit, Freiheit von Zwang, Missbrauch und Gewalt, Schutz vor Gesundheitsproblemen sowie Behandlung von Fehlbildungen und Erkrankungen) zwingend. Dies lässt sich auch aus der einschlägigen Definition der World Health Organization (WHO) ableiten [8].

Definition »Sexuelle Gesundheit« der Weltgesundheitsorganisation

»Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden.

Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen.

Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.

Es bleibt noch viel zu tun um sicherzustellen, dass Gesundheitspolitik und -praxis dies anerkennen und widerspiegeln« [8].

Wird diese Definition auf Jungen angewendet, dann ist danach zu fragen, wie Jungen körperliches, emotionales, mentales und soziales Wohlbefinden in Bezug auf ihre *eigene* Sexualität erfahren können, was also sexuelle Lebensqualität sowie ein befriedigendes, geschütztes Sexualleben bei Jungen ausmacht. Wie entwickeln Jungen – geschlechtsbezogen, das heißt *als Jungen* – eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und zu sexuellen Beziehungen? Welche Möglichkeiten, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, werden Jungen eingeräumt und wie machen sie von diesen Möglichkeiten Gebrauch? Dazu kommt ihr »Recht auf sexuelle Information« und ihr »Recht auf Lust« [9] – was im Entwicklungsverlauf sicher in umgekehrter Reihenfolge stehen müsste – sowie insgesamt ein positiver Zugang zur Sexualität in einer »Umgebung, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglicht« [9]. Im Licht dieser wahrlich emanzipatorischen, sexualfreundlichen Forderung gehört die sexuelle Gesundheit notwendig zur sexuellen Bildung von Jungen dazu, und dies sowohl auf individueller Ebene als Selbst-Bildung [10],

wie auch auf Ebene sexualpädagogischer Konzepte in Institutionen und im Bereich der Bildungspolitik.

Allerdings verbindet sich mit der Frage nach der sexuellen *Gesundheit* (bzw. einer sexuell gesunden Entwicklung) von Jungen oft auch die Frage nach der »gesunden« *Sexualität* (bzw. einer »gesunden« sexuellen Entwicklung) von Jungen. Mit der Umkehrung dieser Begriffe entsteht eine deutlich größere Spannung, weil nun einerseits Aspekte der sexuellen Aktivität von Jungen und ein Geschlechtsbezug stärker hervorgehoben werden, andererseits das »Ungesunde« (die »ungesunde« Entwicklung, das sexuelle »Ungesunde«) und entsprechende moralische Kategorien als Kontrast erscheinen. Insofern Diskurse um männliche Sexualität sehr oft eine deutlich männlichkeitskritische Komponente beinhalten, lädt sich der traditionelle Diskurs um die »gesunde« kindliche Sexualität dabei nochmals auf mit – teils kritischen, teils affirmativen – Bildern von Männlichkeit. Gerade in Bezug auf Jungen im Kleinkind-, Vorschul- und Grundschulalter sollte das jedoch nicht dazu führen, dass überwiegend Problemdiskurse zur Jungensexualität geführt und »externe« Schutz- und Belastungsfaktoren wie auch das Gelingen von männlicher sexueller Entwicklung übersehen werden.

Jungen – Sexualität – Gesundheit

Für ein umfassendes Verständnis der sexuellen Gesundheit von Jungen im Entwicklungszusammenhang empfiehlt sich ein eher weiter Begriff von Sexualität, der sich nicht auf genitale Sexualität beschränkt, sondern alle sexuell-geschlechtlichen Lebensäußerungen integriert. Dabei kann [6, S. 30] nochmals unterschieden werden zwischen

1. spezieller Jungengesundheit (die im biologisch-medizinischen Sinn gesunde Entwicklung der männlichen Sexualorgane und des Urogenitalbereichs),

2. allgemeiner Jungengesundheit (Sexualität von Jungen als heterogener Gesamtpopulation genderbezogen betrachtet) und
3. relativer Jungengesundheit (sexuelle Entwicklung im Vergleich zwischen Jungen und Mädchen).

Eine in dieser Weise vielschichtige Betrachtung findet sich in der Literatur nur selten. Darüber hinaus beginnt eine Perspektive auf kulturelle Vielfalt meist erst ab der Pubertät [11, 12].

Sexuelle Entwicklung von Jungen

Zu Beginn der sexuellen Entwicklung von Jungen konzentriert sich das Interesse auf Geschlechtszugehörigkeit und -bestimmung, auf das »alles dran« und umgekehrt auf die sogenannten »Störungen der Geschlechtsentwicklung« (englisch DSD: disorders of sex development) [13] – insbesondere Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane (ICD-10-GM-2016 Q53-Q55), ein unbestimmtes Geschlecht (Q56) oder Chromosomenanomalien wie das Klinefelter-Syndrom (Q98). Hervorzuheben ist, dass betroffene Kinder bei grundsätzlich gleichen Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsbedürfnissen zunächst vor allem kompetente medizinische Unterstützung brauchen, ihre Eltern dagegen gute, fundierte Beratung und gegebenenfalls psychosoziale Begleitung. Dies auch deshalb, weil Fehlbildungen und Phänomene anatomischer oder genetischer Uneindeutigkeit (Intersexualität) Eltern stark herausfordern, und weil selbst relativ häufige jungenspezifische Krankheitsbilder eher unbekannt und tabuisiert sind [14]. Das betrifft zum Beispiel schon den Unterschied zwischen Vorhautverengung (Phimose) und -verklebung (in Teilen der Pädiatrie gilt das Phimose-Thema als aufgebauscht) oder auch die Empfehlung, Hypospadie (Harnröhrenspalte) oder Hodenhochstand möglichst frühzeitig zu behandeln (d.h. im 12.–18. bzw. 6.–12. Lebensmonat). Zu berücksichtigen ist dabei, dass

auch eine frühzeitige und erfolgreiche Hypospadie- oder Phimose-Behandlung zu Beeinträchtigungen der psychosexuellen Entwicklung führen kann (z.B. sexuelle Hemmungen, durchschnittlich spätere erste Sexualkontakte). Mehr Augenmerk brauchen auch Aufklärung und Nachsorge. Eine Befragung ehemaliger Phimose- und Hypospadiepatienten im Erwachsenenalter zeigte, dass das offene Gespräch mit dem Jungen altersabhängig gegebenfalls vor, aber auf jeden Fall nach der Operation als Voraussetzung für eine gute Verarbeitung gelten kann [5]. Umgekehrt deutete sich an, dass aus fehlender Aufklärung und Nachsorge gewisse Ängste, Schwierigkeiten und Belastungen des Sexuallebens entstehen können.

Bei der Beschreibung des weiteren Entwicklungsverlaufs von Jungen sehen wir eine Dominanz psychoanalytischer Zugänge, die im Wesentlichen das Freud'sche Phasenmodell (orale Phase 1.–2., anale Phase 2.–3., phallische bzw. ödipale Phase 3.–5., Latenzphase 5.–11., genitale Phase ab dem 12. Lebensjahr, siehe Tabelle 1) variieren [1, 15, 16]. Der Fokus liegt hier weniger auf der (sexuellen) Gesundheit als auf allgemeinen Entwicklungsaufgaben, insbesondere die der psychosexuellen Identitätsentwicklung. Indem es dabei um Identifikation mit Männlichkeit und Weiblichkeit geht, kommt auch eine Geschlechterdifferenzierung ins Spiel. Daraus entstehen modellhafte Normalverläufe mit Orientierungsfunktion, von denen wiederum Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung – im Jungenalter etwa »Überbesetzung« des Penis und Kastrationsangst – abgeleitet werden [17]. Eine Differenzierung etwa nach sozialen Milieus oder sexuellen Kulturen steht dagegen nicht im Zentrum des Interesses. Während psychoanalytischen Modellen immer wieder ein gewisser Androzentrismus vorgehalten und deren universale Gültigkeit infrage gestellt wird, kann jedoch positiv hervorgehoben werden, dass kindliche Sexualität hier einfach als gegeben betrachtet wird. In diesem Sinn wäre eine Untersuchung bzw. Darstellung der sexuellen Entwicklung

Tab. 1: Ein psychoanalytisches Modell der psychosexuellen Entwicklung von Jungen [7, S. 107]

| Alter | Entwicklungsverlauf von Jungen |
|-------|--|
| 0–1,5 | orale Phase; Entdeckung des Penis, genitale Masturbation |
| 1,5–3 | anale Phase; Lustgewinn durch Kontrolle analer und urethraler Funktionen |
| 4–6 | infantil-genitale Phase; Bewusstwerden der Geschlechterunterschiede und der Geschlechtskonstanz, Angst vor dem Verlust des Penis und davor, genital minderwertig ausgestattet zu sein, ödipaler Konflikt |
| 7–10 | Latenzzeit; manifeste Sexualisierungen, »Triebdruck« und sexuelle Interessen nehmen ab, Masturbation als Spannungsregulativ für psychische Stabilität |
| 11–12 | Vorpubertät; Herausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale, Zunahme von Erektionen und von sexuellen Empfindungen, Prägenitalität, Anpassung des Körperbilds, präadoleszente Regression |
| 13–14 | Pubertät; Spermarie und Ejakularie, regelmäßige Masturbation, Zunahme sexueller Phantasien, gleichzeitig Abwehr genitaler Impulse |

von Jungen (und Mädchen) wünschenswert, die sich weniger am überkommenen Modell als an gegenwärtigen Entwicklungsphänomenen orientiert.

Zur sexuellen Entwicklung von Jungen gehört die körperliche Selbsterkundung, der Erwerb von Kenntnissen über Geschlechterunterschiede sowie die geschlechtstypische Ausprägung der Körperscham im Kindergartenalter. Scham reguliert Intimität und Privatsphäre und ist insbesondere mit Geschlechtsorganen und Sexualität verknüpft. Das Empfinden von Scham ist zwar universal, muss aber kulturell erlernt und bewältigt werden: Ihre positive Funktion darf nicht in blockierende Schamhaftigkeit umschlagen. Eltern gehen dabei weit hin von Unterschieden in der Schamentwicklung zwischen Jungen und Mädchen aus: So assoziieren sie Schamhaftigkeit eher mit Weiblichkeit und erwarten sie bei Mädchen zeitlich früher. Demgegenüber lassen sich Geschlechterunterschiede beim Beginn sowohl von Selbst- als auch von Fremdscham nicht bestätigen [18, 19]. Allerdings schämen sich Jungen früher vor ihren Müttern als vor ihren Vätern und auch insgesamt früher vor weiblichen Personen als vor männlichen. Außerdem zeigt sich, dass sich Jungen mehr als Mädchen vor weiblichen Personen schämen, während sich beide gleichermaßen vor männlichen schämen. Weibliche

Scham gilt deshalb als heterosexuell, männliche als heterosexuell und homosexuell. Insgesamt ist bei Jungen mehr Scham anzutreffen, sowohl als Selbstscham wie auch als Fremdscham. Als basaler Teil von Geschlechtsrollenentwicklung wird dies auf unterschiedliche körperliche Interaktion von männlichen und weiblichen Erwachsenen im kindlichen Umfeld zurückgeführt, außerdem darauf, dass Jungen, anders als Mädchen, vor allem mit Präsenz und Betreuung des Gegengeschlechts konfrontiert sind.

Über eine mehr oder weniger geschlechtstypische Erfahrung von Nähe, Fürsorge, Körperkontakt, Scham usw. erfahren Jungen eine spezifische sexuelle Körpersozialisation. Sie entsteht durch Integration und Ausschluss bestimmter körperlicher Praktiken und führt zur Entwicklung eines Geschlechtskörpers, der von männlichen Körperbildern und entsprechenden somatischen Kulturen bestimmt wird [20]. Dazu gehören »männliche« Bewegungsmuster, der Ausschluss »weiblicher« Körperzugänge, ein geschlechtstypischer Umgang mit körperlichen Risiken und Grenzen und ein zunehmend funktionales Verständnis von Körperlichkeit. Die Sexualisation von Jungen kann entsprechend verstanden werden als Wechselspiel zwischen »Verkörperlichungsprozessen«, die das männliche Erleben und das Geschlecht des Körpers formen, und »Vergeschlechtlichungsprozessen«,

die das leibliche Erleben von Geschlechtlichkeit und den Körper als Jungenkörper beeinflussen. Über die Körperbiografie und das Körpergedächtnis prägt sich auf diese Weise mittel- und langfristig eine individuelle und häufig geschlechtstypische Beziehung zwischen Körper, Emotionalität und Kommunikation aus [5]. In der Begleitung von Jungen ist hierbei darauf zu achten, dass ihr Repertoire möglichst breit bleibt und nicht zu einer körperlichen, emotionalen und kommunikativen Verhärtung führt.

Im Umgang mit Jungen prägen Auffassungen von Sexualität und Körperlichkeit der Eltern und der Fachkräfte immer auch deren Umgang mit der Jungensexualität und dem Jungenkörper. Spontane Erektionen im Kindesalter und mehr noch Selbsterkundung und Selbstbefriedigung führen nicht selten zu Irritationen, wenn der Sinn dieses Verhaltens nicht verstanden und aus einer Erwachsenenperspektive heraus negativ beurteilt wird. Gleichzeitig scheint der Penis im Fokus zu stehen, was sich etwa im Variantenreichtum bei der Benennung, am Sitzpinkeldiskurs oder bei der Frage nach der richtigen Penishygiene beim Jungen zeigt. Klare, adäquate Bezeichnungen auch für die männlichen Genitalien zu erlernen ist unerlässlich. Umgekehrt wird die Neigung von Jungen zu sexuellen Verbalisierungen nicht immer gerne gesehen, obwohl sie ein wichtiges Element der Auseinandersetzung und Annäherung zur eigenen Sexualität darstellt: Bestimmte Bereiche und Begriffe werden jedoch tabuisiert, obwohl sie für ein umfassendes Sexualwissen wichtig wären [21]. Für die drei Wissensbereiche »Geschlechtsunterschiede«, »Geschlechtsorgane« und »sexuelle Aktivitäten« zeigen sich bei 2- bis 6-jährigen Kindern noch keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen [22, 23]. Im Grundschulalter zeigen sich Jungen dann etwas weniger interessiert an Information und Sexualaufklärung als Mädchen, auch wenn über die Hälfte von ihnen trotzdem mehr darüber wissen möchte [24]. Bei den 8- bis 14-Jährigen nimmt das Interesse an Sexual-

aufklärung gegenüber anderen Körperthemen ab. Jungen interessieren sich dabei weniger für Schwangerschaft und Verhütung, sondern zeigen sich unbekümmerter und lustorientierter. Eltern und Väter dienen ihnen in geringerem Umfang als Informationsquelle, dagegen bevorzugen sie interaktive Medien (Computerspiele, Internet) und audiovisuelle Präsentationen, die auch etwas zeigen. Entsprechend haben sie häufiger als Mädchen Erfahrungen mit Pornografie [25, 26].

Vor dem Hintergrund solcher Beobachtungen erscheint das Konzept der Latenzzeit heute vielen als überholt, gerade auch im Blick auf die Sexualität und das sexuelle Interesse von Jungen. Latenz meint ursprünglich eine Art sexueller Entwicklungsverzögerung: Die psychosexuelle Entwicklung stagniert, weil das sexuelle Interesse durch gegenläufige Impulse nicht ausagiert werden kann. Dass dies heute anders wahrgenommen wird, liegt vor allem am veränderten gesellschaftlichen Umgang mit Sexualität. Dazu kommt das Phänomen der Akzeleration – das mittlere Pubertätsalter ist im letzten Jahrhundert um etwa zwei Jahre gesunken, wobei der etwa einjährige Entwicklungsnachsprung der Jungen konstant geblieben ist. Dabei stellen sich für eine Beurteilung der Entwicklung auf der Jungenseite allerdings mehrere Probleme: Erstens gibt es eine große Varianz in der Reifeentwicklung; zweitens ist die Datenlage schlecht und veraltet; drittens ist der erste Samenerguss (Spermarche) als Indikator für die Geschlechtsreife ein verdecktes, in der Regel nicht beobachtetes und messbares Phänomen; viertens ist der Stimmwechsel (Mutation), der hilfswise herangezogen wird, ein relativ spätes Reifemerkmal. Zudem lässt sich grundsätzlich feststellen: »Repräsentative Ergebnisse zur Reifeentwicklung bei Jungen, speziell zum Merkmal Mutation, sind in Deutschland kaum publiziert« [27, S. 682]. Die KiGGS-Studie (2003–2006) ermittelte den Median für die Mutation Stufe 1 (Stimme schwankt) auf 13,5 Jahre und für die Stufe 2 (Stimme tief) auf 15,1 Jahre. Mit 14 Jahren ist

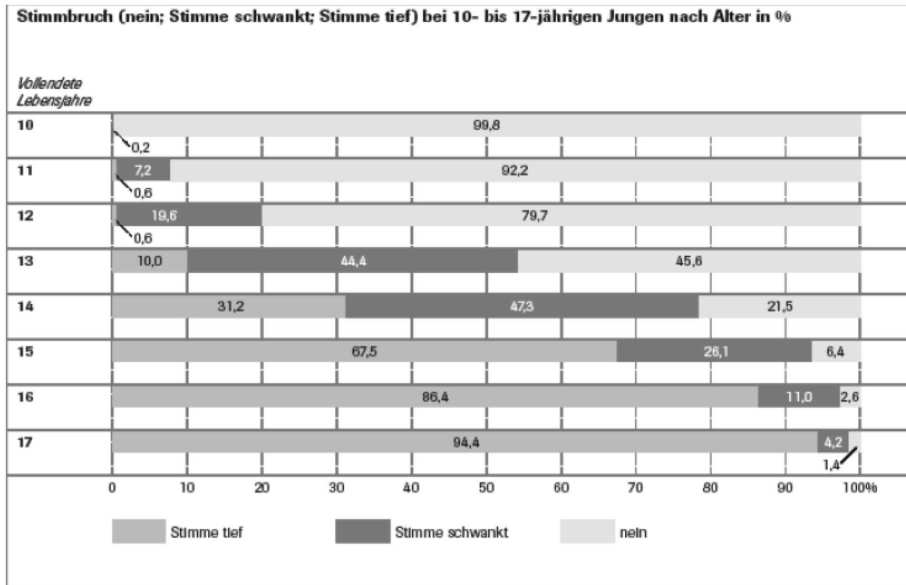


Abb. 1: Stimmbruch bei 10- bis 17-jährigen Jungen nach Alter in Prozent [28, S. 21]

bei etwa einem Drittel, mit 15 Jahren bei etwa zwei Dritteln der Jungen der Stimmwechsel vollzogen (vgl. Abbildung 1) [28]. Eine Reifestudie von 1985 (!) datiert den durchschnittlichen Beginn der pubertären Genitalentwicklung bei Jungen auf 11,1 Jahre, die Spermarie auf 13,8 Jahre. Ende der 1990er Jahre wird die Spermarie auf 12,5 Jahre datiert [27, S. 677].

Die Geschlechtsreife von Jungen bildet eine deutliche Zäsur in der sexuellen Entwicklung. Wird sie nicht als Beginn, sondern als biologischer Abschluss der Pubertät verstanden, auf welchen die Adoleszenz folgt, treten Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben des Jugendalters umso deutlicher hervor: soziale und körperliche Integration von Genitalität und Sexualität insgesamt, Partnersuche und partnerschaftliche sexuelle Praxis, Weiterentwicklung der sexuellen Identität usw. Außerdem verändert sich die rechtliche Beurteilung kindlicher Sexualität: Mit Vollendung des 14. Lebensjahrs endet die Kindheit und auch die Schutzaltersgrenze vor sexuellem Missbrauch, die Sexualmündigkeit ist erreicht. Jungen (und

Mädchen) können nun über ihre Sexualität in dem Sinn frei verfügen, dass der einvernehmliche Geschlechtsverkehr und andere sexuelle Handlungen im Prinzip weder für einen Minderjährigen noch für einen gegebenenfalls älteren Geschlechtspartner strafbar sind [29].

Experteninterviews zur sexuellen Gesundheit von Jungen

Um Material über die für das Kindesalter teils spärliche Literatur hinaus zu gewinnen, wurden im Zusammenhang mit diesem Beitrag insgesamt zwölf Personen (fünf Frauen, sieben Männer) zur sexuellen Gesundheit von Jungen befragt, davon je zwei Personen aus den Bereichen Eltern- und Familienbildung, Kindertageseinrichtungen, Grundschule, Kinder- und Jugendmedizin, außerdem vier Personen mit sexualpädagogischer Expertise. Die Ergebnisse dieser Befragung [30] können an dieser Stelle nur skizzen- und thesenhaft dargestellt werden. Insgesamt zeigte sich, dass der Begriff

der sexuellen Gesundheit für viele Fachkräfte noch eher ungewöhnlich ist und es nicht leichtfällt, diesen in einem geschlechtsbezogenen Sinn auf Jungen anzuwenden. Die folgenden Thesen müssten entsprechend weiter untersucht und diskutiert werden:

1. Der Penis als Symbol männlicher Sexualität erfährt von klein auf eine hohe familiäre und öffentliche Aufmerksamkeit, etwa bei Fragen der Hygiene, in der Vielfalt von Bezeichnungen, beim Diskurs zur Erziehung zum Sitzpinkeln und in Bezug auf Erektionen. Diese Aufmerksamkeit ist ambivalent.
2. Hinsichtlich Häufigkeit und Intensität von Selbstbefriedigung werden keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen im Kindesalter wahrgenommen, allerdings bei der »Technik«. Jungen scheinen sich häufiger direkt manuell zu stimulieren, was Erwachsene eher zur Intervention veranlassen mag als bei Mädchen, deren Selbstbefriedigung eher indirekt und nicht-manuell beobachtet und berichtet wird.
3. Die sexuelle Entwicklung von Jungen wird mit einer gewissen männlichen Aktivitätserwartung begleitet, was sich auch in Bezeichnungen wie »der kleine Mann«, »der Stammhalter« zeigt. Dabei sind kulturelle Differenzierungen notwendig.
4. Gleichzeitig gibt es eine eigene, kritische Aufmerksamkeit auf sexuelles Interesse und explorative sexuelle Aktivität von Jungen, oft verbunden mit der Befürchtung von »zu viel« an sexuellem Interesse und einer Gefahr der Grenzüberschreitung.
5. Der Druck, sich eindeutig in einer männlichen Geschlechtlichkeit zu verhalten und zu zeigen, ein »richtiger« Junge zu sein und Mann zu werden, ist für Jungen höher. Untypisches Jungenverhalten dagegen fällt eher auf, es wird häufig kommentiert oder sanktioniert.
6. »Männliche« somatische Kulturen [31], die sich Jungen aneignen, können ihre sexuelle Gesundheit beeinträchtigen, indem bestimmte Formen von Nähe, Berüh-

rung oder Entspannung abgewertet werden und Zugänge in körperliches, emotionales und soziales Wohlbefinden nur noch ausschnitthaft möglich sind. Auf der anderen Seite sind Gleichaltrigengruppen im positiven Sinn immer auch ein Ort der Selbstvergewisserung, Lebensbewältigung und des sozialen Lernens.

7. In der sexuellen Entwicklung werden bei Jungen eher offene Bewältigungsformen und externalisierendes Verhalten wahrgenommen, zum Beispiel als Verbalisierungen, Sexualisierungen, Grenzüberschreitungen im Kindergarten- und Grundschulbereich. Dies steht im Kontext mit Männlichkeits- und Potenzvorstellungen, die auch als ein interaktiver Prozess zwischen Erwachsenen und Jungen verstanden werden müssen.
8. Eine Latenzzeit als sexuelles Moratorium lässt sich heute (nicht nur bei Jungen) nicht mehr feststellen. Stattdessen wird, wenn auch nicht bei allen Jungen gleichermaßen, ein mehr oder weniger durchgängiges sexuelles Interesse beobachtet.
9. Das im Durchschnitt spätere Einsetzen der pubertären Entwicklung (»Entwicklungsnachsprung«) scheint ein Teil der Jungen als tendenziell beschämend und depotenzierend zu erleben: Der Entwicklungsvorsprung von Mädchen führt Behauptungen männlicher Überlegenheit gleichsam ad absurdum und muss bewältigt werden.
10. Der erste Samenerguss von Jungen ist informativ wie erzieherisch kaum »vorbereitet« und begleitet. Jungen müssen ihn im Prinzip alleine bewältigen, was verunsichernd und isolierend wirken kann. Es wäre wichtig, hierbei sensibel und frühzeitig anzusetzen, bevor es zu peinlich für dieselben wird.

Abschließend wurden die Befragten gebeten, Indikatoren für die sexuelle Gesundheit von Jungen im Kindesalter zu entwickeln. Benannt wurden unter anderem die Entwicklung von

Tab. 2: Prävalenz der Vorhautbeschneidung [32, S. 846]

| Prävalenz der Vorhautbeschneidung (0–17 Jahre) in % – KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 | | | | | |
|---|--------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Gesamt | 10,9% | | | | |
| Migration | »Ja« – 15,3% | | »Ja, türkisch« (sic!) – 27,5% | | »Nein« – 9,9% |
| Wohnort | »Ost« – 9,5% | | | »West« – 11,1% | |
| Struktur | »ländlich« – 9,5% | | | »städtisch« – 12,0% | |
| Sozialstatus | »Niedrig« – 12,3% | | »Mittel« – 10,2% | | »Hoch« – 8,8% |
| Alter | »0–2 Jahre« – 1,6% | »3–6 Jahre« – 10,1% | »7–10 Jahre« – 14,7% | »11–13 Jahre« – 13,3% | »14–17 Jahre« – 11,6% |

Scham zur selbstbewussten Wahrung der körperlichen und sexuellen Integrität, ein unbefangener Umgang mit dem eigenen Körper, der angemessene körperliche Nähe zu anderen wie auch die Selbsterkundung und Selbstbefriedigung mit einschließt, die adäquate Benennung der eigenen Genitalien und körperlicher Empfindungen, die Fähigkeit zu Genuss und Selbststeuerung, der Verzicht auf externalisierendes Zur-Schau-Stellen männlicher Potenz und alle Formen der Gewalt im Zusammenhang mit Sexualität, ein gesundes sexuelles Interesse im Allgemeinen und ein gewisses Interesse an der eigenen sexuellen Entwicklung sowie an generellen Informationen über Sexualität und nicht zuletzt die Erfahrung, dass eigene körperliche, soziale und sexuelle Grenzen respektiert werden. Dies wäre nochmals ausführlich darzustellen und altersbezogen zu differenzieren.

Problemdiskurse zur sexuellen Gesundheit von Jungen

Nach der eingangs zitierten Definition der WHO ist sexuelle Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens und »nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen«. So wünschenswert eine grundsätzlich positive, salutogenetische Perspektive auf die sexuelle Gesundheit von Jungen auch ist: Ein Blick auf problematische bzw. problematisierte Aspekte kann jedoch sowohl in Hinblick auf die Sache selbst als auch vor dem Hin-

tergrund aktueller gesellschaftlicher Debatten nicht einfach ausgelassen werden. Ein Teil davon – zum Beispiel die Frage nach sexuell grenzverletzenden Verhalten – zeigt sich vor allem im institutionellen Kontext etwa von Kita und Grundschule (s. u.), ein anderer Teil – zum Beispiel Vorhautbeschneidung und sexualisierte Gewalt gegen Jungen – betrifft eher mediale, politische und fachliche Debatten. Für Letzteres gibt es auch Bezüge zu den aktuellen Migrationsbewegungen, vor allem hinsichtlich des hohen Anteils beschnittener, beschneidungsgewohnter und beschneidungsoffener Muslime unter den Geflüchteten sowie hinsichtlich der Erfahrung sexualisierter Gewalt auf der Flucht bei Jungen und unbegleiteten minderjährigen (männlichen) Ausländern (UMA).

Vorhautbeschneidung von Jungen

Die Vorhautbeschneidung betrifft in Deutschland etwa jeden zehnten Jungen. Bei den vorliegenden Daten [32] kann dabei nicht zwischen medizinisch indizierter und kulturell-religiös motivierter Beschneidungspraxis unterschieden werden. Im städtischen Kontext und in den westlichen Bundesländern, mehr noch bei Migration und Türkeistämmigkeit als Differenzierungskriterium, finden sich größere Durchschnittswerte, umgekehrt sinkt die Rate bei höherem Sozialstatus (siehe Tabelle 2).

Ob dieses Thema überhaupt zur sexuellen Gesundheit und damit hierhergehört, ist umstritten. Dabei geht es in der Regel kaum um

die durchaus berechnete Frage, ob etwa bei Phimosen zu früh und zu häufig beschnitten wird, sondern vielmehr um eine kulturell-religiös motivierte Beschneidungspraxis. Dabei wird sowohl seitens der sogenannten Beschneidungsbefürworter wie auch seitens ihrer Gegner gerne auch gesundheitlich argumentiert, wobei die Frage, ob eine Beschneidung der sexuellen Gesundheit von Jungen nützlich oder abträglich ist, nicht ganz einfach zu beantworten ist. Kontrovers diskutiert werden bereits die – je nach Perspektive entweder parteiischen oder verharmlosenden – Begrifflichkeiten (»Beschneidung«, »Zirkumzision«, »Befürworter« usw.). Vorbereitet durch eine Bewertung der medizinisch nicht indizierten Zirkumzision an nicht einwilligungsfähigen Jungen als rechtswidrige Körperverletzung [33], führte ein entsprechendes zweitinstanzliches Urteil des Landgerichts Köln in einem Einzelfall (Az. 151 Ns 169/11) im Mai 2012 zu einer breiten und äußerst kontrovers geführten gesellschaftlichen Debatte, in die hinein der Deutsche Bundestag bereits im Dezember 2012 neu den § 1631d BGB beschloss:

Beschneidung des männlichen Kindes (§ 1631d BGB)

- (1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.
- (2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

Zweifeln die einen nun die Verfassungsmäßigkeit dieser Neuregelung an, weil damit der Jungenkörper ohne Rücksicht auf das Kindeswohl quasi zur »Zwangsbeschneidung« freigegeben ist (so z.B. die Kampagne »Mein Körper gehört mir!« der Giordano-Bruno-Stiftung) und die negative Religionsfreiheit der Jungen eingeschränkt wird, empfinden andere das Gesetz gleichsam als Voraussetzung und Garantie für jüdisches und muslimisches Leben in Deutschland. Sehen die einen bei Beschneidungsgegnern nur rassistische, antisemitische und antimuslimische Einstellungen am Werk [34], erkennen die anderen in der religiös-rituellen, medizinisch nicht begründeten Genitalbeschneidung nicht einwilligungsfähiger Jungen »ein trauriges Vermächtnis« [35]. In diesem Zusammenhang wird auch die ethische sowie vor allem rechtlich unterschiedliche Bewertung der Beschneidung von Jungen und Mädchen kritisiert und als Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz in Art. 3 Abs. 1 GG betrachtet. Die wesentlichen Argumente der sogenannten Befürworter und die Argumente der Gegner der Beschneidung bzw. ihrer rechtlichen Zulassung lassen sich in vier Argumentationslinien (religiöse, rechtliche, politische und medizinische) bündeln (siehe Tabelle 3, [36]).

Es ist interessant, dass die Genderaspekte der Genitalbeschneidung bislang nur wenig diskutiert und reflektiert wurden: Was ist der Hintergrund dafür, eine männliche Religionszugehörigkeit durch Beschneidung auch körperlich zu manifestieren, weibliche Zugehörigkeit dagegen nicht in einer ähnlichen Weise? Warum gilt »männliche« Jungenbeschneidung (nicht zuletzt rechtlich betrachtet) als weitgehend akzeptable, eventuell sogar gesunde Körpermodifikation, während »weibliche« Mädchenbeschneidung per se und in jeder Form als Verstümmelung skandalisiert und illegalisiert wird? Warum sprechen Argumente, die gegen die weibliche Genitalbeschneidung vorgebracht werden, nicht auch gegen die männliche? Was sind Beitrag und Bedeu-

Tab. 3: Argumentationslinien von Beschneidungsbefürwortern und -gegnern [36, S. 107]

| | »Beschneidungsbefürworter« | »Beschneidungsgegner« |
|------------------------|--|---|
| religiöse Argumente | <ul style="list-style-type: none"> Ein Verbot der B. ist ein massiver Eingriff in das Grundrecht der Religionsfreiheit – außerdem Indiz für eine zunehmende Abwehrhaltung gegenüber dem Religiösen und der Ablehnung religiöser Erziehung. Zumindest im Judentum ist die B. ein konstitutives Element der Religionsausübung; jüdisches Leben in Deutschland wird ggf. unmöglich gemacht. B. ist nicht nur Brauchtum, sondern essenzieller Glaubensinhalt. | <ul style="list-style-type: none"> B. ist zumindest im Islam nicht konstitutiv und ggf. bis zum Erreichen der Religionsmündigkeit aufschiebbar. Selbst im Judentum gibt es Widerstand gegen die B. sowie eine Debatte um eine Reform des Beschneidungsgebots. Eltern entscheiden sich vorrangig nicht religiös, sondern aus sozialem Druck für eine B. Auch innerhalb der Religionsgemeinschaften ist eine Reflexion über Glaubenspraktiken angebracht. |
| Rechtliche Argumente | <ul style="list-style-type: none"> Das Erziehungsrecht der Eltern (Art. 6.2 GG) und das Recht auf freie Religionsausübung (Art. 4.1 und 4.2 GG) sind stärker zu gewichten als die körperliche Unversehrtheit B. ist zwar Körperverletzung, kann aber durch Einwilligung der gesetzlichen Vertreter gerechtfertigt sein. Wer die B. zur Aufnahme in eine Glaubensgemeinschaft veranlasst, handelt zum Wohl des Jungen. Die Vorenthaltung der B. ist ein Angriff auf die »religiöse Unversehrtheit«. | <ul style="list-style-type: none"> Das Recht des Jungen auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2.2 GG) und auf eine gewaltfreie Erziehung ist stärker zu gewichten als Erziehungsrecht und Religionsfreiheit; das Kindeswohl hat Vorrang. Nach Art. 24.3 der UN-Kinderrechts-Konvention sind Bräuche, die gesundheitsschädlich sind, abzuschaffen. Eine religiöse Definition des Kindeswohls ist fragwürdig und im Fall der B. eine Bagatellisierung des Eingriffs in die körperliche Unversehrtheit. |
| Politische Argumente | <ul style="list-style-type: none"> Die breit geäußerte internationale Kritik schadet dem außenpolitischen Ansehen des Landes; Deutschland isoliert sich international und macht sich lächerlich. Die hohen Ablehnungsraten in der Bevölkerung gegen B. belegen antisemitische bzw. islamfeindliche Einstellungen (B. als vermeintlich archaisches Blutritual) und Traditionen (z. B. Verbot der B. im Nationalsozialismus) Der Umschwung vom Desinteresse an der B. zum Vorwurf massenhafter Körperverletzung ist bedenklich. | <ul style="list-style-type: none"> Der Vorwurf antireligiöser Vorurteile und des Vulgärrationalismus stellt eine Verunsachlichung der Debatte dar. Chance eines Dialogs: »Statt sich auf nicht verhandelbare Maximalpositionen zurückzuziehen, sollten die Religionsgemeinschaften die aktuelle Diskussion zum Anlass nehmen, um über eine Vereinbarung von körperlicher Unversehrtheit und Religionsfreiheit nachzudenken.« |
| Medizinische Argumente | <ul style="list-style-type: none"> Eine B. schützt vor Infektionen, ist gesundheitsfördernd und wirkt sich positiv auf das Sexualleben aus. Die WHO empfiehlt die B. seit 2008 als Präventionsmaßnahme gegen HIV-Infektionen in Afrika. Ein Verbot der Beschneidung treibt die Betroffenen in die Illegalität und führt zum Anstieg gesundheitlicher Risiken. | <ul style="list-style-type: none"> Es gibt keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass die B. krankheitsmindernde Auswirkungen hat. Angenommene medizinische Vorteile sind in Deutschland sowie im Fall der B. minderjähriger Jungen irrelevant. Auch eine fachgerecht durchgeführte B. birgt nicht zu vernachlässigende gesundheitlichen Risiken; die Komplikationsrate ist gerade im Säuglingsalter erhöht. Die Sinnhaftigkeit bzw. Zulässigkeit einer B. ohne klare medizinische Indikation ist anzuzweifeln; so rät etwa der BDU von einer B. ab, falls nicht zwingende medizinische Gründe vorliegen. Eine B. fügt den betroffenen Jungen erhebliches Leid zu; die psychologischen bzw. traumatisierenden Folgen einer B. sind noch weitgehend unerforscht. |

tung der Jungenbeschneidung für die soziale Konstruktion von Männlichkeit und die Geschlechterordnung im aktuellen gesellschaftlichen und religiösen Kontext?

Die Auseinandersetzung um die Jungenbeschneidung hält, wenn auch mit weniger Vehemenz und Öffentlichkeit, weiter an. Sie wird bei Fachtagungen diskutiert und hat einiges an Literatur hervorgebracht, darunter auch (kritische) Eigenberichte von Betroffenen, die negative Spätfolgen und Traumatisierungen berichten. Angesichts eines Anteils von immerhin etwa 10% beschnittenen Männern in Deutschland wird gegenwärtig vor allem Toleranz und ein pragmatischer Umgang verlangt. Trotzdem fordern (neben anderen) nach wie vor etwa der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) wie die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) als Dachorganisation aller pädiatrischen Fachgesellschaften, dem *nil-nocere*-Grundsatz (»nicht schaden«) folgend, die Aufhebung von § 1631d BGB: Bis zum Erreichen der Einwilligungsfähigkeit sollen medizinische Eingriffe nur dann unternommen werden, so die Forderung, wenn sie der Förderung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Die Ethikkommission der DAKJ hat aktuell eine neue Stellungnahme unter anderem zum Schmerzempfinden und zu hygienischen Anforderungen im rituellen Kontext vorgelegt [58]. Zu wünschen ist, dass bei den medizinischen, rechtlichen, politischen, interkulturellen und interreligiösen Auseinandersetzungen um die Vorhautbeschneidung der Abbau von Stereotypen und Vorurteilen sowie die Förderung von Akzeptanz und Diversität nicht zu kurz kommen.

Sexueller Missbrauch von und sexualisierte Gewalt gegen Jungen

Die Gewalterfahrung von Jungen ist insgesamt höher als die von Mädchen. Jungen sind einerseits häufiger auf der Täterseite, aber genauso auch auf der Opferseite anzutreffen – wobei sie

nicht zuletzt häufiger als Mädchen zum Opfer körperlicher elterlicher Gewalt werden [37]. Die gesellschaftliche Wahrnehmung für diese Zusammenhänge ist eher gering und setzt sich beim sexuellen Missbrauch fort, wo in Bezug auf Jungen eine »Mauer des Schweigens« [38] diagnostiziert wird. Noch immer dauert es an, Jungen als Opfer und die Vulnerabilität von Jungen angemessen anzuerkennen – gerade auch in Zusammenhängen, in denen Jungen überproportional oder ausschließlich betroffen sind. Der systematische sexuelle Missbrauch an der Odenwaldschule etwa ist seit Ende der 1990er Jahre öffentlich. Auslöser einer neuerlichen »Missbrauchsdebatte« waren dann erst die Vorgänge im Frühjahr 2010 im Canisius-Kolleg Berlin, im Internat der Abtei Ettal, bei den Regensburger Domspatzen und in weiteren Einrichtungen, vor allem im Bereich der katholischen Kirche. Ein Runder Tisch »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (2010–2011) wurde daraufhin von der deutschen Bundesregierung initiiert. Zuvor war schon ein Runder Tisch »Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren« (2009–2011) auf Beschluss des Bundestags eingerichtet worden. Nicht nur bei der Arbeit am Runden Tisch stellte sich immer wieder heraus, dass Gewalt und Missbrauch gegen Jungen und Mädchen zu einem guten Teil bekannt waren, aber von Verantwortlichen, Politik und Öffentlichkeit weitgehend ignoriert wurden. Dass missbrauchte *Jungen* bei der »Aufarbeitung« häufig ihr Geschlecht »verlieren« und zum Beispiel medial oder in Berichten und Ergebnissen oft zu misshandelten *Kindern* werden, ist dabei nicht nur ein (höchst fragwürdiger) Detail.

Die Altersgrenze für den Straftatbestand des sexuellen Missbrauchs liegt in Deutschland nach § 176 StGB bei 14 Jahren, danach greifen die Tatbestände der sexuellen Nötigung und der Vergewaltigung (§ 177 StGB). Die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) beim

Bundeskriminalamt weist zuletzt etwa 10% der angezeigten Missbrauchsfälle im Vorschulalter und 90% zwischen sechs und 14 Jahren aus. Dabei kommt wohl nur etwa jeder zwanzigste Missbrauch zur Anzeige, davon wiederum nur jeder fünfte Fall zur Verhandlung. Die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs an Jungen ist allerdings ähnlich unklar wie Dunkelziffer, Aufdeckungsrate (50–70% erst im Erwachsenenalter oder nie) und Aufdeckungslatenz, der Zeit zwischen dem ersten Missbraucherlebnis und der Aufdeckung [39]. So gibt es bei den Annahmen zum Jungenanteil erhebliche Unterschiede: Sie schwanken zwischen einem Zehntel (= ca. 30.000 pro Jahr) bis zu einem Drittel (= ca. 100.000 pro Jahr). Bis zum Jugendalter werden (zurückhaltend geschätzt) mindestens etwa 3% aller Jungen Opfer eines sexuellen Missbrauchs, wobei auf neun männliche Täter eine weibliche Täterin kommt. Dabei berichten Jungen zunehmend häufiger von einem Missbrauch durch Frauen. Täter und Täterinnen sind den Jungen weit überwiegend bekannt und kommen meist aus der Familie oder dem sozialen Umfeld (vgl. dazu auch Kapitel 5.1 und 5.3 in diesem Band).

Dass auch Jungen recht häufig von Missbrauch und sexualisierter Gewalt betroffen sind, sollte seit den jüngsten Skandalen und den Runden Tischen eigentlich als bekannt vorausgesetzt werden. Die gesellschaftliche, fachliche und politische Aufmerksamkeit hält damit allerdings nicht immer Schritt, was sich etwa an der Diskussion um die Dunkelziffer bei Jungen zeigt. Es spricht vieles dafür, dass kulturelle Verdeckungstraditionen (z. B. ein vorwiegend männliches/weibliches Täter-Opfer-Schema, die vermeintliche Unvereinbarkeit der Opferrolle mit Männlichkeit) die Wahrnehmung und Verfolgung von Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung von Jungen schmälern, weshalb hier das Dunkelfeld stärker aufzudecken wäre. Dazu müssen insbesondere die Hilfesuche betroffener Jungen wahrgenommen sowie mehr und bessere Hilfsangebote gemacht werden [39]. Stär-

ker herauszuarbeiten und gegebenenfalls therapeutisch zu begleiten wären dabei auch die Folgen einer Missbrauchserfahrung für die sexuelle Gesundheit von Jungen. Hier kann auf einen ersten guten Grundbestand einer Praxis der jungenbezogenen Prävention, Intervention und Hilfe [40] zurückgegriffen werden. Primäre Zielsetzung sollte es sein, Jungen insgesamt besser zu schützen und jugendspezifische Gefährdungen zu verringern.

Institutionelle Rahmenbedingungen

Sozialisation und damit auch Sexualisation von Jungen findet immer in einem institutionellen Kontext statt [41]. Abgesehen von der Familie als Primärkontext betrifft dies, gerahmt von Politik, Öffentlichkeit und Medien, vor allem Eltern- und Familienbildung, Kindertageseinrichtungen und die Grundschule. Dazu gehört die jungenbezogene sexualpädagogische Ausbildung der Fachkräfte. Im Bereich der Eltern- und Familienbildung gibt es zwar einige Angebote zur kindlichen Sexualentwicklung – explizite Geschlechterdifferenzierung und Jungenbezüge sind aber eher marginal. Bei Elternabenden zeigt sich allerdings immer wieder, dass männliche Identitätsfindung gleichsam unter besonderer Beobachtung und Normalerwartung steht [42]. Nicht wenigen Eltern wird es zum Problem, wenn ihr Junge sich nicht jungentypisch, sondern mit eher »weiblichen« Präferenzen in Kleidung, Spiel und Gesellung entwickelt. Sie stellen dies in einen Zusammenhang mit der Frage der sexuellen Identität und Orientierung und wünschen sich eine Prognose – bis hin zur verdeckt geäußerten Befürchtung: »Ist denn bei meinem Sohn alles in Ordnung? Wird er vielleicht mal schwul?« Dem ist entgegenzuhalten, dass hier weder Prognosen noch Entwicklungserwartungen angezeigt sind. Darüber hinaus konfrontiert dies auch mit der latenten Abwertung von Homosexualität und verweist auf einen nach wie vor hohen Aufklärungsbedarf bei Jungen-Eltern.

Auch das Auftreten oder Ausbleiben von Erektionen im Kindesalter ist oft Anlass zur Sorge.

Neuere Themen sind der Umgang mit transidenten Kindern [43] und die Akzeptanz sexueller Vielfalt, was sich etwa an der kontroversen Debatte um die Bildungsplanreform 2016 in Baden-Württemberg zeigt. Dort wurde inzwischen eine Leitperspektive »Bildung für Toleranz und Akzeptanz von Vielfalt« formuliert. Eine aktuelle bundesweite Übersicht zu Richtlinien und Lehrplänen zur Sexualerziehung ist momentan leider nicht verfügbar. Ihre letzte Version zeigte – bei aller Unterschiedlichkeit in einzelnen Bundesländern – eine Tendenz zur Familien- und Fortpflanzungsorientierung, während Homosexualität, Selbstbefriedigung und der Lustaspekt als von geringerer Bedeutung eingeschätzt wurden [44, 45]. Gleichzeitig wurde ein Vorrang der Sachkompetenz vor sozialen, personalen und methodischen Kompetenzen identifiziert, was gewisse Zweifel daran erlaubt, ob sexuelle Bildung durchgängig als Handlungskompetenz betrachtet wird. Außerdem wird immer wieder auf eine Informationspflicht gegenüber Eltern rekurriert, hinter die das subjektive Recht auf sexuelle Information (s. o.) zurückzutreten scheint. Geschlechterdifferenzierung und Jungenbezüge in den Bildungsplänen für Kindertageseinrichtungen und Grundschulen wären ein lohnender eigener Untersuchungsgegenstand.

Kindergarten/Kindertageseinrichtungen

Mit dem Eintritt in die Kita beginnen »sexualpädagogische Herausforderungen« [46] – mehr als im familiären Rahmen finden Jungen hier sexuelle Entwicklungsanregungen durch Gleichaltrige und Ältere: Die Fachkräfte müssen mit Phänomenen wie Selbstbefriedigung, gemeinsamen Körpererkundungen (Doktorspiele), sexuellen Rollenspielen, Fragen zu Sexualität usw. kompetent umgehen. Obwohl geschlechterbezogene Faktoren für Bildungsprozesse im Kindergartenalter eine zentrale

Bedeutung haben [47], ist dies fachlich-konzeptionell meist wenig ausgearbeitet. Positive Jungenbezüge etwa im Gesundheitskontext sind selten [48]. Umgekehrt fallen sexuelle Lebensäußerungen kleiner Jungen eher auf und werden problematisiert [21], ohne dass Kompetenzen in der sexualpädagogischen Arbeit mit ihnen entfaltet sind. Wie insgesamt in der Kinder- und Jugendhilfe ist der Umgang mit Sexualität meist auch in der Kita eher passiv-abwartend, problemorientiert und reaktiv, situativ und implizit (d. h. nicht regelmäßig oder konzeptionell verankert) sowie wenig geschlechterbezogen [49]. Unklar ist oft die Abgrenzung zwischen »normalem« und »sexuell auffälligem« Verhalten, wodurch die sexuelle Neugier und Aktivität von Jungen in Verdacht gerät, die als sexuelles Problemverhalten gedeutet wird und zu professioneller Hilfslosigkeit führt. Angebote im Fortbildungsbereich sind zunehmend präventiv und von Kontrollerwartungen motiviert. Sie thematisieren Grenzen, Missbrauch, Gewalt, sexuell grenzverletzendes Verhalten (zwischen Kindern), wobei die Balance im Sinn einer grundsätzlich sexualfreundlichen Haltung nicht immer leicht ist. In der Praxis wird eher an Schutzkonzepten als an umfassenden sexualpädagogischen Konzepten gearbeitet: Kinder sollen vor allem geschützt, gestärkt und begleitet werden [50]. Vor diesem Hintergrund wäre eine aktuelle geschlechterdifferenzierende Untersuchung kindlicher Sexualität im Kita-Kontext besonders wünschenswert.

Grundschule

In Bezug auf Entwicklungsthemen im Grundschulalter wird die Sexualentwicklung kaum thematisiert [51], obwohl die Annahme einer psychosexuellen Latenzphase durchaus fragwürdig ist. Dazu kommt, dass sexuelle Interessen und Aktivitäten mit zunehmendem Alter teils nur verdeckter ausgelebt werden. Im Vordergrund schulischer Sexualaufklärung stehen Fruchtbarkeit, Fortpflanzung, Schwan-

gerschaft und Geburt, weniger Sexualität »an sich« oder eine Vorbereitung auf die pubertäre Entwicklung. Jungen interessieren sich aber vor allem für ihre eigene Geschlechtlichkeit wie ebenso für die von anderen Jungen und Mädchen: Sie beobachten Geschlechterunterschiede und die Art und Weise, wie ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Sexualität umgehen; sie sehen sich mit zunehmender Medialisierung und medialer Sexualität konfrontiert – und sie registrieren, wie Lehrkräfte ihnen mit diesem Thema begegnen, was sie dazu zu sagen und zu vermitteln haben. Dabei wird schulische Aufklärung von vielen Jungen eher negativ bewertet – was Lehrkräfte häufig mit Schamphänomenen begründen, was aber auch mit den einseitigen thematischen Zugängen und der fehlenden Möglichkeit zu Selbstbezügen erklärt werden könnte. Obwohl Jungen ein großes Interesse an sexuellen Themen mitbringen, gelingt es zu wenig, dieses positiv aufzugreifen und produktiv zu bearbeiten [52]. Schulische Sexualaufklärung darf sich deshalb bei Jungen nicht von vorhandenen Kenntnissen, eigenen Erfahrungen und der anstehenden Entwicklung abkoppeln – und sich darauf beschränken, vor unrealistischen Erwartungen, Leistungsdruck und Sex als Konsumgut präventiv zu warnen.

Medien der Sexualaufklärung

Für Jungen wie für Eltern oder Fachkräfte gibt es mit wenigen Ausnahmen [53] wenig einschlägiges Material zum Thema »Sexuelle Gesundheit von Jungen im Kindesalter«. In dieser Altersspanne ist ein geschlechtsübergreifender Ansatz vorherrschend. Dazu kommt, dass sich das Thema unter vielen Oberthemen verbirgt und meist nicht explizit benannt oder positiv (Gesundheit!) hervorgehoben wird. Bei einer Stichwortsuche auf den Seiten der BZgA (Jungen, Sexualität, Gesundheit) finden sich so vor allem Treffer zu Missbrauch und Prävention. Allerdings ist die informative, empfehlenswerte BZgA-Broschüre

»Wie geht's – wie steht's« [54] mit einer Auflage von inzwischen über 2,5 Millionen vermutlich das Top-Medium jungenbezogener Sexualaufklärung. Laut Untertitel bietet sie »Wissenswertes für männliche Jugendliche und junge Männer«. Ähnlich adressiert ist etwa – neben einigen anderen – die pro-familia-Broschüre »Untenrum gesund!« [55], mit allerdings nochmals deutlichem Fokus auf die »urogenitale Gesundheitsvorsorge«. Auch auf dem Buchmarkt gibt es eine ganze Reihe von Jungenratgebern (für Jungen wie für Eltern), die im Kontext der pubertären Entwicklung ansetzen – mit Titeln wie »Das Jungenfragebuch« oder »Alles, was Jungen wissen wollen«. Aufklärungsmedien für die Zeit vor der Pubertät beziehen sich dagegen ganz überwiegend auf Jungen und Mädchen als Kinder. Mit ganz wenigen Ausnahmen – zwei sollen im Folgenden herausgehoben werden – setzen sie nicht jugendspezifisch an (vgl. auch den aktuellen Leitfaden »Offen gestanden – Das männliche Genitale« des BVKJs für Ärztinnen und Ärzte,[59]).

»Mann, oh Mann :-(Das geht unter die Gürtellinie!«

Diese schmale zwölfseitige Broschüre, herausgegeben vom bvjk – Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte [56], bietet »Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen.« Sie erklärt in einfacher Sprache Aufbau, Funktion und Gesundheit des Penis (etwas überspitzt als »wichtigstes männliches Identifikationsmerkmal« charakterisiert) und schneidet dabei eher indirekt auch die Diskussion um die Beschneidung an, indem sie die Schutz- und sexuelle Funktion der Vorhaut thematisiert. In Bezug auf Vorhautverengung und -verklebung unterscheidet sie die ubiquitäre natürliche bzw. physiologische Phimose, die keiner Behandlung bedarf, von der pathologischen Phimose,

die, wenn medizinische Probleme auftreten bzw. spätestens in der Pubertät zu behandeln ist, um Urinieren, Hygiene und Sexualität komplikationslos zu ermöglichen. Betont wird, dass die Vorhaut kein überflüssiger Körperteil ist, weshalb eine Beschneidung aus medizinischen Gründen als Behandlungsmethode immer nur ultima ratio bleiben sollte.

Jungen und Sexualität. Von der Geburt bis zur Pubertät

Dieses mit acht Seiten ebenfalls knappe Faltblatt, herausgegeben von der ajs – Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg [57], wendet sich in erster Linie an Eltern, aber auch Fachkräfte finden hier eine kompakte erste Information und Grundorientierung. Der Inhalt des Faltblatts folgt dem Entwicklungsgang vom Säuglings- und Kleinkindalter über das Kindergarten- und Grundschulalter bis zur Pubertät. Skizziert werden psychosexuelle Entwicklungsaufgaben, normales bzw. »typisches« Jungenverhalten sowie pädagogische Haltungen für einen guten Umgang mit Jungensexualität. Nicht ausgespart werden dabei genitales Interesse, Selbstbefriedigung und gleichgeschlechtliche sexuelle Begegnungen wie auch Doktorspiele, provokative Sexualisierungen und sexuelle Norm- und Moralverstöße.

Empfehlungen und Schlussfolgerungen

Empfehlungen für die Gesundheitspolitik

Die sexuelle Gesundheit von Jungen bis zur Pubertät hat viele Facetten, die bislang kaum systematisch erfasst wurden, weil in diesem Alter die kindliche Sexualentwicklung allgemein im Vordergrund steht. Eine Perspektive auf die sexuelle Gesundheit im Sinn der WHO-Definition ist in diesem Zusammenhang noch

wenig etabliert. Außerdem liegen repräsentative jungenspezifische Daten zur sexuellen Entwicklung nur in geringem Umfang und zu meist mit einem veralteten Informationsstand vor, sodass kein wirklich umfassendes aktuelles Bild gezeichnet werden kann. Das politische und das Forschungsinteresse konzentriert sich jeweils auf das Jugendalter und zunehmend auf präventive Kontexte. So ist es wenig erstaunlich, dass kaum geeignete themenspezifische Medien für Jungen selbst, für Eltern oder für Fachkräfte vorliegen. Diese müssten Jungenbezüge explizieren und einen spezifischen Informations- und Aufklärungsbedarf abdecken. Modelle guter Praxis konnten nicht ermittelt werden, weil der institutionelle Ansatz in Elternbildung, Kindertageseinrichtung und Schule in der Regel geschlechterübergreifend ist und dabei nur wenig Material bezüglich quantitativer und qualitativer Geschlechterdifferenzierung geboten wird.

Empfehlungen für die Sexualforschung

Es wäre wünschenswert, die wissenschaftliche Basis zur sexuellen Entwicklung von Jungen (und Mädchen) zu aktualisieren und zu verbreitern, wobei ein interdisziplinärer – medizinischer, sexualwissenschaftlicher, entwicklungspsychologischer und erziehungswissenschaftlicher – Ansatz verfolgt werden sollte. Von dort aus ergeben sich Umsetzungsmöglichkeiten im Bereich der Neugestaltung von Aufklärungsmedien, außerdem Ansatzpunkte für Information, Bildung und Aufklärung vor allem im Bereich der Eltern- und Familienbildung sowie bei der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften.

Schlussfolgerungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass die jungen- und geschlechterbezogene Handlungskompetenz noch entwicklungsfähig ist. Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung, die sexuelle Gesundheit im Jungenal-

ter aufgreifen, könnten durchaus geschlechterübergreifend angelegt werden – sie müssten aber dem Qualitätsanspruch einer Geschlechterdifferenzierung substanziell und nicht nur nominell genügen. Das Thema der Vorhautbeschneidung von Jungen sollte nicht als abgeschlossen gelten, sondern weiter im offenen Diskurs gehalten werden. Die Gewaltbetroffenheit von Jungen allgemein wie insbesondere bei sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt bedarf nachhaltiger Aufmerksamkeit und verstärkter präventiver Bemühungen. Nicht nur hierbei wäre immer wieder Bezug darauf zu nehmen, was die sexuelle Gesundheit von Jungen im positiven Sinn auszeichnet.

Literatur

- 1 Quindeau I, Brumlik M (Hrsg.). Kindliche Sexualität. Weinheim: BeltzJuventa; 2012.
- 2 Matthiesen S. Jungensexualität. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2012:254–266.
- 3 Rohrmann T. Zur Entwicklung männlicher Sexualität. Von der Geburt bis zum »ersten Mal«. In: Karatepe H, Stahl C (Hrsg.), Männersexualität. Reinbek: Rowohlt; 1993.
- 4 Rohrmann T. Junge, Junge – Mann, o Mann. Die Entwicklung zur Männlichkeit. Reinbek: Rowohlt; 1994.
- 5 Winter R, Neubauer G. Kompetent, Authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Köln: BZgA; 1998.
- 6 Neubauer G, Winter R. (2010): Jungengesundheit in Deutschland. Themen, Praxis, Probleme. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.), Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. München: Zuckschwerdt; 2010:30–70.
- 7 Neubauer, Gunter; Winter, Reinhard (2013): Sorgenlos oder unversorgt? Zur psychischen Gesundheit von Jungen. In: Weissbach L, Stiehler M (Hrsg.), Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber; 2013:103–140.
- 8 WHO-Regionalbüro für Europa (Hrsg.). Definition »Sexuelle Gesundheit« 2011 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.
- 9 BZgA (Hrsg.) Definitionen von sexueller und reproduktiver Gesundheit. [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.bzga-whocc.de/?uid=949b1b22b43c30c11b95cc5ca265b743&id=Seite4002>.
- 10 Neubauer, G. »Sexuelles Lernen«, »Sexuelle Bildung« oder »Sexuelle Kompetenz« – was wie ankommt, entscheiden immer noch Kinder und Jugendliche selbst. ajs-Informationen. 2014;1:4–10.
- 11 BZgA (Hrsg.) Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Schwerpunkt Migration. Köln: 2010.
- 12 BZgA (Hrsg.) Sexualität und Migration. Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. Köln: 2010.
- 13 Holterhus PM. Störungen der Geschlechtsentwicklung. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:66–73.
- 14 Stier B, Schmittbecher P. Jungenspezifische Krankheitsbilder. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:74–110.
- 15 Hopf H, Die Psychoanalyse des Jungen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014.
- 16 Philipps IM. Wie sexuell ist kindliche Sexualität?. http://www.isp-dortmund.de/vortrag_Philipps_-_Kindliche_Sexualitat.pdf.
- 17 Schmauch U. Probleme der männlichen sexuellen Entwicklung. In: Sigusch V (Hrsg.), Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme; 2006:36–42.
- 18 Schuhrke B. Kindliche Körperscham und familiäre Schamregeln. Ausgewählte Ergebnisse einer Interviewstudie. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:9–13 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=358>.
- 19 Schuhrke B. Kindliche Körperscham und familiäre Schamregeln [Studie]. Köln: BZgA; 2003 [zitiert am 12.07.2016]. <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=349>.
- 20 Neubauer G, Göger B. Körper. In: Ehlert G, Funk H, Stecklina G (Hrsg.), Wörterbuch Soziale Arbeit und Geschlecht. Weinheim und München: Juventa; 2011:239–244.
- 21 Neubauer G. »Sex« im Kinderhaus: Auch kleine Jungen tun's. In: Winter R (Hrsg.), Stehveruche. Tübingen: Neuling; 1993:39–53.
- 22 Volbert R. Sexualwissen von 2–6jährigen Kindern. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:5–8 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=357>.

- 23 Volbert R. Sexualwissen von Kindern. In: BZgA (Hrsg.), Wissenschaftliche Grundlagen – Teil 1 »Kinder«, Köln: BZgA; 1999:139–174.
- 24 Leitzgen AM. Aufklärung aus Kindersicht. Eine Befragung 6- bis 12-jähriger Kinder zu Sexualwissen und Körpergefühl. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2009;3:42–46 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1248>.
- 25 Millhoffer P Selbstwahrnehmung, Sexualwissen und Körpergefühl 8–14-jähriger Mädchen und Jungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 1998;2:14–18 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=359>.
- 26 Millhoffer P. Wie sie sich fühlen, was sie sich wünschen – eine empirische Studie über Mädchen und Jungen auf dem Weg in die Pubertät. Weinheim: Juventa; 2000.
- 27 Kahl H, Schaffrath Rosario A, Schlaud M. Sexuelle Reifung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2007;50:677–685 [zitiert am 12.7.2016]. DOI 10.1007/s00103-007-0229-3.
- 28 Kahl H, Schaffrath Rosario A. Pubertät im Wandel – wohin geht der Trend? Sexuelle Reifeentwicklung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung 2007;3:21.
- 29 Barabas F. Jugendrecht und Sexualerziehung. In: Schmidt RB, Sielert U. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2013.
- 30 Neubauer G. Sexuelle Gesundheit von Jungen. Auswertung von explorativen Experteninterviews [Manuskript]. Tübingen: 2016.
- 31 Kolip P. Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen: Leske und Budrich; 1997.
- 32 Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50:836–850.
- 33 Stehr M, Putzke H, Dietz HG. Zirkumzision bei nicht einwilligungsfähigen Jungen – Strafrechtliche Konsequenzen auch bei religiöser Begründung. Dtsch Arztebl. 2008;105(34–35):A 1778–80 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/61273>.
- 34 Çetin Z, Voß HJ. Interventionen gegen die deutsche Beschneidungsdebatte. Münster: edition assemblage; 2012.
- 35 Franz M (Hrsg.). Die Beschneidung von Jungen: Ein trauriges Vermächtnis. Göttingen: V&R; 2014.
- 36 Jacobs A. Argumente der Beschneidungsdebatte. Analysen und Argumente In: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.), Berlin; 2012:107 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.kas.de/wf/doc/kas_31896-544-1-30.pdf?120822161630.
- 37 forsa. Gewalt in der Erziehung (Eltern). Tabellenband. Berlin: 2011.
- 38 Bange D. Sexueller Missbrauch an Jungen: Die Mauer des Schweigens. Bern: Hogrefe; 2007.
- 39 Mosser P. Wege Aus Dem Dunkelfeld: Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012.
- 40 Mosser P, Lenz HJ (Hrsg.). Sexualisierte Gewalt gegen Jungen: Prävention und Intervention: Ein Handbuch für die Praxis. Wiesbaden; Springer VS; 2013.
- 41 Böhnisch L. Männliche Sozialisation. Eine Einführung. Weinheim: BeltzJuventa; 2013.
- 42 Rohrmann T, Thoma P. Jungen in Kindertagesstätten. Ein Handbuch zur geschlechtsbezogenen Pädagogik. Freiburg i.Br.: Lambertus; 1998.
- 43 Brill S, Pepper R. Wenn Kinder anders fühlen. Identität im anderen Geschlecht: Ein Ratgeber für Eltern. München: Reinhardt; 2011.
- 44 Hilgers A. Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexualaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BZgA; 2004 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.dgg-ev-bonn.de/conpresso/_data/BZgA_KMK2004.pdf.
- 45 Hilgers A. Sexualerziehung in der Grundschule. Inhalte, Werte und Normen in den Richtlinien und Lehrplänen der 16 Bundesländer. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2009;3: 18–21 [zitiert am 12.7.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1250>.
- 46 Wanzeck-Sielert C. Psychosexuelle Entwicklung des Kindes und sexualpädagogische Herausforderungen. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. 2003;4: 6–11 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=459>.
- 47 Rohrmann T, Wanzeck-Sielert, C. Jungen und Mädchen in der KiTa. Körper, Gender, Sexualität. Stuttgart: Kohlhammer; 2014.
- 48 Neubauer G. Mit oder ohne Geschlecht? Jungenbezogene Gesundheitsbildung und -erziehung in Kindertageseinrichtungen. In: Stier B, Winter R (Hrsg.), Jungen und Gesundheit. Ein interdisziplinäres Handbuch für Medizin, Psychologie und Pädagogik. Stuttgart: Kohlhammer; 2013:281–288.
- 49 Winter R. Sexualpädagogik in der Jugendhilfe. In: Schmidt RB, Sielert U. Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Weinheim: Juventa; 2013.
- 50 Maywald J. Sexualpädagogik in der Kita: Kinder schützen, stärken, begleiten. Freiburg: Herder; 2013.
- 51 Zach U. Entwicklungsthemen in der mittleren Kindheit. Forum Sexualaufklärung und Familien-

- planung. 2009; 3: 3–7 [zitiert am 12.07.2016]. <http://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1249>.
- 52 Winter R. Jungen – Schule – sexuelle Bildung. Jungen in der schulischen Sexualerziehung. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 2008;1: 13–17 [zitiert am 12.07.2016] <http://forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=1092>.
- 53 Klein C, Schatz G (Hrsg.). Jungenarbeit präventiv! Vorbeugung von sexueller Gewalt an Jungen und von Jungen. München: Reinhardt; 2010
- 54 Neutzing R. Wie geht's – wie steht's? Wissenswertes für männliche Jugendliche und junge Männer. Köln: BZgA; 2002.
- 55 Gnielka M. Untenrum gesund! Urogenitale Gesundheitsvorsorge für Jungen und Männer. Eine Informationsbroschüre mit Hinweisen zur Präventionsarbeit. pro familia Landesverband NRW (Hrsg.). Wuppertal: 2008 [zitiert am 12.07.2016]. http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/untenrum_gesund.pdf.
- 56 Stier B, Lichtenheldt M. »Mann, oh Mann« Das geht unter die Gürtellinie! Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Hrsg.). Köln: o. J. [zitiert am 12.07.2016]. http://www.kinderaerzte-im-netz.de/fileadmin/pdf/Broschueren_Dr._B._Stier/Bvkj-com-0161_Vorhautbrosch.pdf.
- 57 Heim A. Jungen und Sexualität. Von der Geburt bis zur Pubertät. ajs – Aktion Jugendschutz Baden-Württemberg (Hrsg.). ajs-Kompaktwissen. Stuttgart: ajs; 2014.
- 58 DAKJ – Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Kommission für ethische Fragen (2016). Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen. <http://dakj.de/wp-content/uploads/2016/12/2016-dakj-beschneidung-jungen.pdf> (13.02.2107).
- 59 BVKJ – Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (2016). Das männliche Genitale. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte für die (Vorsorge-)Untersuchung und Beratung von Eltern und Patienten. https://www.kinderaerzte-im-netz.de/fileadmin/pdf/Broschueren_Dr._B._Stier/160318_Das_maennliche_Genitale.pdf (17.02.2107).