

2021

Praxisfieber

Magazin für Medizinische Fachangestellte
in der Kinder- und Jugendarztpraxis



Foto: © diego cervo – stock.adobe.com

Sonderheft
Jungen-
gesundheit

bvki.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Inhalt

Jungen – das (etwas) andere Geschlecht	4
Was Jungen prägt – Testosteron und Co.	7
Hurra, es ist ein Junge! Der Stress, ein „richtiger Mann“ zu werden	9
Betreuung der Jungen bei J1 und J2 im Praxisalltag	12
HPV-Infektionen gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen und sind kein reines Frauenproblem!	15
Let's talk about sex	18
Denn sie wissen (nicht), was sie tun – Jungen in der Schule	20
Kleid statt Hose – Geschlechtsdysphorie bei Jungen	23
„Sie haben doch gesagt ...“ – Basics der Jungenmedizin	25
Jungen, das starke Geschlecht? – Jungen als Opfer von Gewalt	36
Von Peer to Peer – Jungen, die Rudelwesen	38
No risk, no fun? – Jungen und Risikoverhalten	40

Literaturangaben
bei den Verfassern

Liebe Leserin, lieber Leser,

die wegen der Corona-Pandemie ergriffenen Lockdownmaßnahmen treffen Kinder und Jugendliche besonders hart. Im Januar 2021 zeigten statistische Erhebungen, dass ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen an psychischen Störungen leidet. Im vorliegenden PRAXIS-fieber-Sonderheft zum Thema Jungenmedizin beschäftigen wir uns deshalb unter anderem auch mit der besonderen Situation von Jungen, die während der Pandemie wegen ihrer kleinen und größeren Besonderheiten noch einmal mehr als Mädchen zu leiden scheinen.

Hormone, genetische und epigenetische Faktoren, eine Kombination aus diesen und/oder vielen anderen Bedingungen: Warum sich Jungen so anders entwickeln als Mädchen, das beleuchten wir auf den folgenden Seiten. Und wir werfen einen Blick darauf, wie Jungen in der Kita und der Grundschule lernen und warum sie dazu Männer brauchen – aber viel zu selten erleben. Auch in der kinder- und jugendärztlichen Praxis und den Kinderkliniken begegnen Jungen überwiegend Frauen: Ärztinnen, Pflegerinnen und MFA – gut also, wenn alle die Basics der Jungenmedizin beherrschen.

In der Praxis spielen in puncto Jungenmedizin die beiden letzten Vorsorgeuntersuchungen J1 und J2 eine besonders wichtige Rolle. Neben der Überprüfung von Größe, Gewicht und Impfstatus geht es auch um die wichtigen Themen Übergewicht, Sucht, Probleme im persönlichen und familiären Bereich und Sexualität. Und – ein besonders sensibles Thema – darum, wie sich der Jugendliche zur Erkennung von Erkrankungen des äußeren Genitales selbst untersuchen kann. Dann spielt, falls noch nicht

erfolgt, auch die Aufklärung zur HPV-Impfung eine Rolle. Seit 2018 empfiehlt die STIKO, neben den Mädchen auch die Jungen möglichst vor dem 18. Lebensjahr mit einer Impfung zu versorgen.

Über Sexualität reden, insbesondere mit Jungs, fällt vielen Ärzt*innen, Pfleger*innen und MFA schwer. Ältere Mädchen und Frauen sind daran gewöhnt, über Sexualität zu reden, Gynäkolog*innen erheben immer eine Sexualanamnese. Let's talk about sex: Wie sprechen wir das Thema an, ohne peinlich zu werden, und wie können wir die Jungen für das Thema sensibilisieren? Und wie reagieren wir, wenn sich zum Beispiel herausstellt, dass das genetische Geschlecht nicht zum Empfinden des eigenen Körpers passt? Wenn es sich für einen jungen Menschen so anfühlt, als würde er im falschen Kleid oder der falschen Hose stecken, sind schnell alle überfordert. Was wissen wir über Geschlechtsdysphorie und was steckt hinter dem Begriff? Auch darum soll es in diesem Sonderheft gehen.

Erlebte Gewalt und Missbrauch spielen im Leben eines betroffenen Jungen eine gravierende Rolle. Können Kinder und insbesondere Jungen nach erlebter Gewalt „normal“ aufwachsen? Wie ist das Gruppen- und Risikoverhalten zu werten und wie finden sie ihre Rolle in der Gesellschaft? All diese Fragen beschäftigen uns in diesem Sonderheft.

Wir hoffen, dass Ihnen die Lektüre Freude bereitet und Sie dazu ermuntert, sich noch mehr mit dem Thema Jungenmedizin zu befassen.

Ihre Doris Schrage und Ralf Moebus

Jungen – das (etwas) andere Geschlecht

Jungen (umgangssprachlich auch „Jungs“ genannt) sind ...

- 1. Menschen – sie haben eine individuelle Persönlichkeit.**
- 2. männlichen Geschlechts – dies wirkt sich auf den Körper, die Psyche und das Sozialverhalten aus.**
- 3. in ihrer Kindheit oder Jugendphase, also in der Entwicklung. Sie sind noch nicht „fertig“. Diese Entwicklung ist an manchen Stellen gleich der der Mädchen (besonders bis zur Pubertät), an vielen Stellen aber anders (besonders ab der Pubertät – das „Erwachen der Männlichkeit“).**

Jungen unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Eigenheiten erheblich, schon allein nach ihrem Alter und ihrem Entwicklungsstand, dann aber auch nach elterlichen und gesellschaftlichen Einflüssen, dem sozialen Milieu, in dem sie aufwachsen, nach ihren Aneignungsmöglichkeiten und ihren gemachten Erfahrungen. Eine „normale“, „standardisierte“ oder „natürliche“ Entwicklung von Jungen gibt es dementsprechend nicht. Eines ist aber sicher: Die Jungen von heute sind die Männer von morgen. Wie sie das werden und wie sie dann sind – darauf haben auch die Frauen von heute einen großen Einfluss. Das bezieht sich nicht nur auf die Mütter, sondern auf alle Frauen, die in mehr oder weniger intensivem Kontakt zum Jungen stehen – also auch auf Sie als MFA.



Die „Herausforderungen“, ein Junge zu werden, ...

beginnen schon kurz nach der Zeugung in der ganz frühen Embryonalphase. Schon in der 8. bis 12. SSW entscheidet die auf dem Y-Chromosom gelegene genetische Information der „sex-determining region“ (SRY) über die Aktivierung des testisdeterminierenden Faktors (TDI). Dies bedingt, dass sich aus den undifferenzierten Gonaden die Hoden (Testes) entwickeln. Die von diesen produzierten Androgene, insbesondere das Testosteron, bewirken die weitere Differenzierung des inneren und äußeren männlichen Genitales sowie die geschlechtstypische Gehirnentwicklung. Eine Störung dieses Ablaufes führt trotz Vorliegen des XY-Kerngeschlechts unweigerlich zur Entwicklung eines weiblichen Organismus („Am Anfang war die Frau“). Die geschlechtstypische Gehirnentwicklung, die schon zu einem so frü-

hen Zeitpunkt der Embryogenese ihren Anfang nimmt, erklärt auch, wieso Jungen und Mädchen von Anfang an Verhaltensbesonderheiten aufweisen, die auf die Geschlechtsstereotypen hinweisen, wie sie später für Erwachsene angenommen werden und auch empirisch belegt sind (neonatales Imprinting). Dies trägt auch entscheidend dazu bei, dass Mütter und Väter mit ihren Söhnen schon im Säuglingsalter anders kommunizieren als mit ihren Töchtern.

Trotz einer erhöhten Anfälligkeit für Fehlbildungen und Erkrankungen – schon ab der frühen Embryonalphase beginnend – kann zum Glück gesagt werden: Die meisten Jungen sind gesund! Aber es gilt auch gleichermaßen, dass der Gesundheitszustand von Jungen teilweise alarmierend ist: Viele Statistiken zu Krankheiten werden von Jungen angeführt.

Das Jungenbezogene der Gesundheit ...

entsteht einerseits durch Männlichkeitsbilder, die Jungen von Medien, Gleichaltrigen und Erwachsenen vermittelt werden, andererseits durch die körperlichen Spezifika des männlichen Genitals und durch Wirkungen des Testosterons, insbesondere ab dem Jugendalter (Adoleszenz).

Entgegen dem immer noch vorherrschenden Meinungsbild in der Gesellschaft machen sich Jungen durchaus Gedanken um ihre Gesundheit. Sie sind also keine beratungsresistenten Gesundheitsidioten. Sie leben zwar im Durchschnitt risikoreicher als Mädchen, aber riskantes Verhalten wird gesellschaftlich gewünscht und als „männlich“ gefördert. Traditionelle Leitbilder von Männlichkeit verhindern eher ein positives Gesundheitsverhalten.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und anderen medizinischen Leistungen bis zur Pubertät sind bei Jungen und Mädchen annähernd gleich (insgesamt geringer in Abhängigkeit von Sozialstatus und Migrationshintergrund). Hingegen sind Unfallverletzungen bei Jungen signifikant höher als bei Mädchen. Hier spielt das ausgeprägtere Bewegungsverhalten – mit bedingt durch das Testosteron – wie auch die größere Experimentier- und Risikofreude (starke soziokulturelle Komponente) der Jungen eine entscheidende Rolle. Ab der Pubertät nehmen Jungen Beratungsangebote weniger in Anspruch. Aber wo gibt es ab dann überhaupt spezifische Zuständigkeiten und Angebote? Während Mädchen ab diesem Lebensabschnitt über eine geschlechtsspezifische Beratungs- und Betreuungsinstanz verfügen (Gynäkologen), gibt es eine solche für Jungen immer noch viel zu selten. Da, wo sie angeboten wird, wird sie mit großer Dankbarkeit angenommen („weil ich mich mal endlich aussprechen kann“).

Jungen zeigen also nicht per se ein schlechteres Gesundheitsverhalten. Vielmehr bieten die genetische Disposition, die traditionelle Leitbilder und die psychosozialen Lebensumstände eine Gefahr, dieses zu entwickeln! Das Spezifische, das Jungesein ausmacht, zu verstehen, ist die Basis, um gesundheitsförderndes Verhalten von Jungen zu unterstützen und ihnen eine gute Beratungs- und Betreuungsinstanz zu sein.

Die Entwicklung der Jungen ...

und Mädchen verläuft im Laufe der Kindheit körperlich annähernd gleich bezüglich Körperbau, Muskelmasse, Fettgewebsverteilung, Größe und Kraft. Erst in der Pubertät kommt es zu ent-

scheidenden Entwicklungsunterschieden. Mit dem Erwachen der Pubertät und der Beantwortung der Frage nach dem eigenen Ich stellt sich für Jungen auch die Frage nach der eigenen Männlichkeit und der Verortung als sexuelles Wesen. Ziel ist die Entwicklung hin zu einer – möglichst im Einklang mit dem jeweiligen sozialen Umfeld stehenden und sozial verträglichen – individuellen und authentischen Männlichkeit (balancierte Männlichkeit). In den meisten Fällen ist spätestens ab der Geburt biologisch sichtbar, dass es ein Junge ist. Wie er sich psychisch und sozial entwickeln wird, ist sehr stark Umwelteinflüssen unterworfen. Den Ausschlag für die psychosoziale Entwicklung und damit auch für die neurobiologische Entwicklung geben – so der aktuelle Stand der Diskussion – weniger die Gene als vielmehr das Abschauen und Lernen von den Rollenvorbildern. Neben individuellen Einflüssen vermögen auch Androgene (Geschlechtshormone/Testosteron), die zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden sind, bestimmte Verhaltensweisen dauerhaft zu prägen.

Jungen entwickeln sich also auch anders als Mädchen – ...

vor allem geistig und sozial. Schon bei der Geburt sind Mädchen „reifer“ und haben bis zur Pubertät ca. 2 Jahre Entwicklungsvorsprung. Erst danach schließen die Jungen endgültig auf. Die Entwicklung einer „eigenen Männlichkeit“ wird zur zentralen Entwicklungsaufgabe. Jungen setzen einiges daran, diesen Auftrag zu erfüllen. Das viel zitierte gesundheitliche Risikoverhalten, Körperästhetisierung (Tattoos etc.), Gestaltung von Sexualität und reproduktiver Gesundheit (Fortpflanzung) sowie Nutzung und Gestaltung medialer Angebote sind davon entscheidend geprägt. Die Entwicklung neuer Perspektiven des „modernisierten Mannseins“ ist stark durch Familie, Peers und Schule beeinflusst. Für diese gilt es wiederum, die widersprüchlichen Erwartungen an die Jungen zu reflektieren – das „**tägliche Jungs-Dilemma**“ positiv aufzulösen (s. u.).

Bernhard Stier

Ich soll:

- mich durchsetzen.
- mich immer wehren.
- möglichst cool sein.
- gute Noten schreiben.
- freundlich und aufmerksam sein.
- keine Sorgen machen.
- keine Angst haben.
- Spaß vertragen.
- tapfer sein.

Doch ich soll auch:

- rücksichtsvoll sein.
- kein Raufbold sein.
- Verständnis aufbringen.
- kein Streber sein.
- kein Weichei sein.
- nicht zu angepasst sein.
- nicht leichtsinnig sein.
- meine Gefühle zeigen.
- kein Draufgänger sein.

Was Jungen prägt – Testosteron und Co.

Testosteron ist ein Sexualhormon (Androgen), das bei beiden Geschlechtern vorkommt (wie auch die Östrogene), sich dabei aber in Konzentration und Wirkungsweise bei Mann und Frau unterscheidet.

In den ersten Wochen ihrer Entwicklung sind Embryonen geschlechtlich noch undifferenziert. Sehr frühzeitig, nämlich in der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche, kommt es, bei Vorhandensein der entsprechenden genetischen Anlage, zur Steuerung der typischen Ausbildung der primären Geschlechtsmerkmale (Penis, Hodensack mit Hoden und Nebenhoden, Samenleiter und Vorsteherdrüse) unter dem Einfluss von Testosteron.

Bei Jungen (und Männern) wird das Testosteron vorwiegend im Hoden produziert, bei Mädchen (und Frauen) in deutlich niedrigerer Konzentration in den Eierstöcken. Testosteron hat, ebenso wie die Östrogene, verschiedene Wirkungen auf diverse Organe. Insbesondere ist es für das „männliche Aussehen“ (der männliche Phänotyp) das wesentliche Hormon. Hier bewirkt es den Aufbau von Muskelmasse und der Fettspeicher sowie die Stärkung des Stützsystems aus Fett- und Bindegewebe. Auch für das Wachstum ist es maßgeblich verantwortlich. Es bewirkt den männlichen Wachstumssprint in der Pubertät, der mit dem Schluss der Wachstumsfugen endet.

Darüber hinaus sorgt es für die Spermienproduktion und bewirkt die Reifung der Spermien. Auch die Gestalt und Größenzunahme von Penis und Hoden sowie die Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale (Bartwuchs und typische Körperbehaarung) ist testosteronabhängig. Bereits als Neugeborene haben Jungen fast so viel Testosteron im Körper wie erst wieder in der Vorpubertät. Nach kurzem Absinken hat sich der Testosteronspiegel im Alter von 4 Jahren fast verdoppelt. Dadurch werden Jungen aktiver, lauter, protziger, aber auch launischer. Ab ca. dem 5. Lebensjahr sinkt der Hormonspiegel, um dann in der Pubertät sprunghaft deutlich anzusteigen. Bei Jungen



erhöht sich der Testosteronspiegel vom 9. bis zum 15. Lebensjahr um den Faktor 25, was zu einem 3-mal stärkeren Sexualtrieb führt als bei gleichaltrigen Mädchen. Testosteron ist neben dem Oxytozin das wichtigste Bindungshormon beim Menschen. Zusammen sind sie „Teamplayer“ im Beeinflussen des Sozialverhaltens.

Nach wie vor geistert das eigentliche „Sozialhormon“ Testosteron als Gewalt- und Aggressionshormon durch die Medien und hat sich, obwohl längst widerlegt, so in den Köpfen der Menschen eingebrannt. Studienergebnissen zufolge scheint es Ehrlichkeit und prosoziales Verhalten zu fördern, bei Männern wie bei Frauen. Testosteron steht im Dienst der Statussicherung. Nach wie vor weitestgehend unbekannt ist, dass Testosteron sogar die Neigung zu Lügen reduziert und eine wichtige Bedeutung bezüglich des sozialen Zusammenhalts hat. Jungen sind Rudelwesen und Testosteron ist ein Kitt für den sozialen Zusammenhalt.

Studien zeigen immer wieder, dass Jungesein deutlich mehr mit negativen Attributen assoziiert ist als Mädchensein. Das zeigt sich schon im Kindergarten und setzt sich in der Schule fort. Ein neuer Blickwinkel auf Jungen kann helfen, die positiven Seiten des Jungeseins mehr in den Fokus zu nehmen. Dazu folgende Beispiele:

Jungen sind ...

- Draufgänger.
- Rudelwesen.
- Raufbolde.
- Schatzsucher.
- Kaputtmacher.
- Zappelphilippe.
- ...

Negativer Blick: Jungen sind ...

- unvernünftig.
- hierarchieorientiert.
- aggressiv.
- zu waghalsig.
- zerstörerisch.
- unsozial und nervig.
- ...

Positiver Blick: Jungen sind ...

- risikobereit.
- teamfähig.
- konkurrenzfähig.
- kreativ.
- neugierig.
- lebendig und lebhaft.
- ...

Der beste Weg der Jungenförderung bis hin zu einer balancierten Männlichkeit führt über die Förderungen der Stärken des Jungen und seines Jungeseins. Das wird ihm helfen, seine Schwächen auszugleichen.

Bernhard Stier

Hurra, es ist ein Junge!

Der Stress, ein „richtiger Mann“ zu werden

„Ihre Männlichkeit ist für Jungen der Hauptstressfaktor im Leben. Das ständige Sichbeweisenmüssen gegenüber Gleichaltrigen, aber auch der schulische Rahmen an sich belasten sie.“ Das stellen die Autoren des Männergesundheitsberichts 2013 fest.

Gerade im Gesundheits- und Bildungssektor ist die Umgebung der Jungen sehr stark durch Frauen geprägt. Während meiner Praxistätigkeit gehörte es – leider! – zu den großen Ausnahmen, dass die Väter mit ihren Jungen die Praxis aufsuchten. Für Fragen rund um das Thema Gesundheit waren und sind die Mütter zuständig. Hatte ich hin und wieder auch mal einen Vater am Telefon, z. B. um Befunde zu besprechen, so wurde – ehe ich überhaupt dazu kam, Einspruch zu erheben – der Hörer sofort an die Mutter des Jungen weitergegeben. „Der Doktor?! Ich gebe Ihnen mal meine Frau.“ Und weg war er! Was lernen die Jungen daraus? Alles, was mit Gesundheit zu tun hat, ist die Domäne der Frauen – und ich als „Mann“ habe damit nichts zu tun! Nicht viel anders ist es im Bildungssektor – angefangen schon im Kindergarten. Überall Frauen, von Männern kaum eine Spur. Wer mal erlebt hat, wie Jungen sich begeistert um einen Erzieher scharen, spürt den Hunger, den Jungen nach mehr Männlichkeit in ihrer Umgebung haben. Untersuchungen zeigen deutlich, dass sich das

weibliche Umfeld mit naturgegebenen Eigenarten der Jungen schwertut. Jungen sind oft zu wild, zu dominant und zu kämpferisch. Natürlich – besser naturgegeben – sind sie so! Wir wissen längst, dass das Testosteron das laterale, das „einseitig hirnige“ Denken fördert (Lateralisation des Denkens). In der Entwicklungsgeschichte des Menschen hatte und hat dies eine wichtige Bedeutung. Männer sind dadurch primär schneller im Erfassen bestimmter Situationen (früher als Jäger überlebenswichtig). Das geht aber auf Kosten der Genauigkeit. Frauen



sind durch das primär mehr beidseitige Hirnhälften beschäftigende Denken zwar etwas langsamer, aber dafür genauer. Um nun dieses „Handicap“ der Männer etwas auszugleichen, fördert das Testosteron die Bewegung. Schon im Mutterleib bewegen sich Jungen statistisch gesehen mehr als Mädchen. Das setzt sich nach der Geburt über das ganze Leben hinweg fort. Bewegung fördert bekanntlich das Denken und so könnte man etwas überspitzt sagen: Wer Jungen zum Stillsitzen verdammt, hindert sie am Denken. Jungen müssen sich also naturgegeben mehr bewegen als Mädchen. Hinter so manchem ADHS steckt eigentlich nur ein bewegungsfreudiger Junge. Und so wundert es nicht, dass Jungen die Diagnose ADHS 4-mal häufiger erhalten – nicht selten zu Unrecht, wie Studien zeigen konnten. Jungen haben zudem wenig Raum, über ihre Gefühle zu sprechen. Das betrifft vor allem auch ihre sexuelle Entwicklung, die wesentlich stärker tabuisiert ist als bei Mädchen. Das Gespräch der Mutter über die erste Regelblutung ist zum Glück völlig normal, doch welcher Vater spricht mit seinem Sohn über den ersten Samenerguss? Meist ist es – wenn überhaupt – die Mutter, die dieses Thema zur Sprache bringt. Auch die Gleichaltrigen-Gruppe (Peer-Gruppe) fällt, im Gegensatz zu den Mädchen, aus, denn für Jungen wäre es absolut peinlich und ein No-Go, dieses Thema mit Freunden zu besprechen. Aber auch homo- und bisexuelle Neigungen kommen selten zur Sprache. Dabei führt diese Verdrängung nicht selten zu Depressionen und sogar Suizidgedanken. All das passt nicht zur „Männlichkeit“.

In westlichen Gesellschaften werden Jungen so sozialisiert, dass sie wahrnehmen, aufgrund ihrer körperlichen Fähigkeiten, Kraft und Sportlichkeit bewertet zu werden. Die individuelle Wahrnehmung, wie der Körper bewertet

wird, spielt eine wichtige Rolle. Gesellschaftliche Normen bezüglich Körperidealen werden über vielfältige Kanäle verbreitet: vom direkten Umfeld im Elternhaus, der Peer-Gruppe und Schule, den Massenmedien wie TV, Radio, Printmedien und Internet – insbesondere den sozialen Medien –, aber auch von Produkten wie Spielzeug.

Das Elternhaus ...

spielt eine große Rolle bezüglich der Vermittlung von Normen und Grundhaltungen sowie Verhaltensweisen. Die Eltern beeinflussen diese durch direkte und indirekte Kommunikation mit ihren Kindern in Bezug auf die verschiedenen Regeln, Sanktionen und Erwartungen. Sehr deutlich wird dies z. B. im Hinblick auf die Einstellung zum Ausgehverhalten der Söhne bzw. Töchter. Es ist nach wie vor unklar, ob dieser Einfluss mehr durch geschlechtsspezifische Einstellungen, häusliche Arbeitsteilung und die erlebte Familienstruktur vermittelt wird oder eher von der Haltung und Einstellung der Mutter bzw. des Vaters geprägt ist. Dabei sind enge Zusammenhänge zwischen Kommunikationsstil innerhalb der Familie einerseits und dem Umgangsstil in erotischen Beziehungen andererseits besonders augenfällig.

Die Peer-Gruppe ...

ist – besonders ab der Pubertät – geprägt durch häufige Rangeleien unter Jungen als tägliche Verteidigung einer herausgeforderten Männlichkeit. Entscheidend ist nicht so sehr, den Wettbewerb zu gewinnen, sondern vielmehr, sich ihm zu stellen und ihn durchzustehen. Das bedarf einer andauernden Anstrengung, Jungesein zu beweisen, vor allem aber zu vermeiden, von den Gleichaltrigen mit Weiblichkeit, Weich-

heit oder Homosexualität (besonders ab der Pubertät) in Verbindung gebracht zu werden. Mit den vielfältigen Wettbewerbsspielen in der männlichen Peer-Gruppe wird ein wesentliches Merkmal von Männlichkeit eingeübt: die Wettbewerbsorientierung.

Die Schule ...

ist die Bühne, auf der täglich das Schauspiel „Wie bin ich ein richtiger Junge?“ ausprobiert und eingeübt wird. Sowohl die Kommunikation mit dem Lehrpersonal als auch ihre gelebte Männlichkeit (bzw. Weiblichkeit) beeinflusst die Männlichkeits- und Weiblichkeitsentwicklung der Schüler und Schülerinnen. Ebenso tut dies die schulische Sexualerziehung. Diskriminierungserfahrungen in der Schule verstärken nicht selten die Hinwendung zur Demonstration „echter Männlichkeit“ und führen ggf. zu einer Art „aggressiver Kapitulation“.

In einer Klassenkonstellation, die nach wie vor mehr durch Alters- denn durch Entwicklungsähnlichkeiten geprägt ist, muss es in der frühen und mittleren Jugendphase zwangsläufig zu Leistungsungleichheiten kommen. Die Jungen sind durch den späteren Pubertätseintritt und den späteren körperlichen und geistigen Entwicklungsfortschritt benachteiligt. Diese Benachteiligung wird verstärkt durch ein Bildungssystem, welches in seiner Struktur den Eigenschaften früher Männlichkeitsentwicklung zuwiderläuft. Es ist für Jungen im Hinblick auf ihre männliche Entwicklung schlichtweg wenig attraktiv, gute Noten zu produzieren. Cool ist eher der Rückzug und „stille“ Protest. Die Kompensation schlechterer schulischer Leistungen kann – Stichwort demonstrierte Männlichkeit – deutlich besser über sportliche Aktivitäten erfolgen.



Vielfach erleben Jungen den Anspruch, ihre Männlichkeit stets neu beweisen zu müssen. Demzufolge setzen sie einiges daran, diesen Anspruch zu erfüllen. Das Bedrückende dabei ist, dass das individuelle und authentisch Männliche bei Jungen damit untergraben und nicht selten zugeschüttet wird. Der Psychotherapeut Björn Süfke hat über die zugeschütteten Männerseelen einen psychologischen Reiseführer verfasst: „Die Schwierigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen, ist für viele Männer ein ernstzunehmendes Problem, welches aber keineswegs individuell zu pathologisieren ist. Vielmehr kann der mangelnde Zugang zu eigenen Gefühlen als Grundproblem der männlichen Identität generell betrachtet werden.“ In der Arbeit mit Jungen ist es daher sehr wichtig, dass sie über ihre Gefühle zu sprechen üben, lernen, ihre eigenen Grenzen und die anderer wahrzunehmen, und zu akzeptieren, dass sie auch etwas nicht schaffen können, sie Angst haben dürfen und nicht die Angst in Lust umwandeln müssen.

Bernhard Stier

Betreuung der Jungen bei J1 und J2 im Praxisalltag

In unserer kinder- und jugendärztlichen Praxis betreuen und beraten wir unsere Patienten rund um die Themen Vorsorge sowie körperliche und geistige Entwicklung. Jungen sind uns besonders wichtig.



Das benachteiligte Geschlecht

In den letzten 20 Jahren stand in Pädagogik und im Gesundheitswesen oft die Entwicklung und Förderung der Mädchen im Vordergrund. Jungen und ihre besonderen Bedürfnisse gerieten dadurch ein wenig in den Hintergrund. Die Interessen der Jungen liegen anders, ihre psychische und physische Entwicklung vollzieht sich langsamer, sie sind dementsprechend schüchterner. Verstärkt wird dies insbesondere, da viele Väter und/oder männliche Vorbilder nicht verfügbar sind und weil Förderprogramme wie „Stark wie Pippi Langstrumpf“ für Jungen nicht angeboten werden. In ihrer privaten und schulischen Lebenswelt begegnen Jungen hauptsächlich Frauen: Müttern, Erzieherinnen und Lehrerinnen. Viele Lehrer und Erzieher kommen mit typischem Jungenverhalten nicht (mehr) klar. Ihr eher unangepasstes, „wilderer“, risikofreudigeres Verhalten wird nicht als Ressource gesehen, sondern als Störung oder „Aufälligkeit“.

Die Zahlen sprechen für sich: Bei Jungen wird wesentlich häufiger ADHS diagnostiziert als bei Mädchen. Störungen der zentral-auditiven Verarbeitung sollen etwa doppelt so viele Jungen wie Mädchen haben. Auch bei den Kindern, die eine Klasse wiederholen, ist die Quote der Jungen bereits in der Grundschule höher als die der Mädchen.

Erweiterte Vorsorge als Beziehungchance

Wir bestellen Säuglinge und Kleinkinder gerne für den Vormittag ein, Jugendliche treffen sich vorwiegend nachmittags bei uns. Reine Jungensprechstunden bieten wir nicht an, denn Wartezeiten vor einer Untersuchung oder nach einer Hyposensibilisierung werden im Jugendwartezimmer schon mal sehr kurzweilig. Das ist auch für uns immer wieder nett mit anzusehen.

Für unsere Praxis sind die erweiterten Vorsorgen (U10–J2) wichtige Gelegenheiten, um den Kontakt zu den Heranwachsenden zu halten, zu festigen oder zu erneuern. Man kann beobachten, dass Jugendliche im Allgemeinen – und Jungen im Speziellen – immer häufiger neutrale Vertrauenspersonen brauchen, die sie weder in ihrem Umfeld noch in der Familie finden. Unsere Praxis bemüht sich, ein solcher Ansprechpartner zu sein. Manchmal hat ein Besuch aus scheinbar banalem Grund einen ernstesten Hintergrund.

An eine bevorstehende Vorsorgeuntersuchung J1 erinnert bei uns das zuständige Gesundheitsamt. Wir erinnern nicht aktiv. Die J1 hat sich aber etabliert und wird gut angenommen. Irritierend ist, dass sie in (fast) keinem Vorsorgeheft auftaucht und die Eltern keine Erinnerung im U-Heft bzw. hinterher keine Dokumentation haben.

Der Termin wird meistens durch die Erziehungsberechtigten/Betreuungspersonen vereinbart.

Schon bei der Terminvergabe informiert das Praxisteam, dass die J1-Vorsorge auf Wunsch des Patienten mit oder ohne Begleitung der Eltern erfolgen kann, damit die Eltern darauf vorbereitet sind.

Wenn der Jugendliche zur J1 kommt, ist er die Hauptperson und wird persönlich, noch vor der Begleitperson, begrüßt.

Zur Überbrückung der Wartezeit bekommt der Jugendliche einen Fragebogen zur Anamnese-Erhebung. Dieser Fragebogen wird uns durch die Firma Sanofi (MSD) zur Verfügung

gestellt und dient während des Arzt-Patienten-Gesprächs als Gesprächsleitfaden. Die Erfahrung zeigt, dass wir über den Fragebogen besser mit den Jugendlichen ins Gespräch kommen, z. B. in schwierigen Situationen oder bei Konflikten.

Weiterhin werden im Vorfeld der ärztlichen Untersuchung Größe, Gewicht und RR gemessen, Hör- und Sehtest inkl. Lang/Stereo und Ishihara-Tafel durchgeführt und eine Urinprobe untersucht.

Bei uns erfolgt die J1 vorwiegend mit Arzt, dokumentierender MFA und Patienten.

Während der Vorsorge wird (bei uns von der den Arzt begleitenden MFA) routinemäßig der Impfstatus erhoben und geprüft. Ausstehende Impfungen werden angeboten, Risiken und Wirkung besprochen. Oftmals entscheiden sich die Jungen z. B. für eine HPV- oder Hepatitis-A-Impfung, selbst wenn die Eltern kritisch eingestellt sind. Neben den obligaten Untersuchungen der J1 (inkl. Untersuchung der Genitalien) besteht hier die Gelegenheit und der zeitliche Rahmen, in einer vertrauensvollen Atmosphäre zwischen Arzt und Patient alle Belange und Probleme des Jugendlichen anzusprechen und Lösungswege zu zeigen. Häufige Themen betreffen die persönliche Entwicklung in Bezug auf den gleichgeschlechtlichen Freundeskreis und/oder auf Mädchen, Sexualität, Konflikte im sozialen Umfeld oder auch eventuellen Drogenkonsum. Diese Gespräche werden auf Wunsch selbstverständlich auch ohne MFA geführt. Bei der körperlichen Untersuchung geht die MFA immer raus, z. B. um Impfstoff zu holen.

Wir haben für jede von uns durchgeführte Vorsorge Info-Päckchen vorbereitet. Bei der J1

geben wir den Jungen gerne unterschiedliche Infomaterialien mit: HPV-Impf-Flyer und Material der BZgA („In meiner Straße“ (derzeit vergriffen), „Wie geht’s – wie steht’s“, „Sex ’n’ tipps Jungenfragen“, „Sex ’n’ tipps Verhütung“, „Sex ’n’ tipps erste Liebe“, Infos über Alkohol „Wissen, was geht“, „Cocktails zum Selbermischen“). Früher haben wir auch den BVKJ-Flyer „Achte auf Deine Nüsse“ mitgegeben, dieses Thema findet sich aber im Flyer „Wie geht’s – wie steht’s“ ab Seite 82 und wird aktiv angesprochen.

Wenn die Eltern anwesend sind, werden sie zum Abschlussgespräch dazugeholt, dann geht es ausschließlich um eventuelle Folge Termine oder weitere Diagnostik. Im Vertrauen Besprochenes unterliegt selbstverständlich der Schweigepflicht.

Ist das Vertrauensverhältnis bei der J₁ erstmal erneuert und/oder aufgebaut, kommen die Jugendlichen gerne ohne Begleitung, z. B. im Krankheitsfall direkt von der Schule aus. Es bestätigt ihr Vertrauen in uns. Sie fühlen sich wahrgenommen und mit ihren persönlichen Anliegen ernst genommen. Unser Praxisteam begleitet die Jungen gerne auf diesem schwierigen Weg hin zum Erwachsenwerden.

Die Abschlussuntersuchung – kurz vor dem 18. Geburtstag – ist die J₂, die von einigen Krankenkassen übernommen wird. Hierzu laden wir aktiv ein, vor allem wenn die Jugendlichen längere Zeit nicht mehr bei uns waren. Der Ablauf ist der J₁ sehr ähnlich.

Die J₂ ist für uns quasi die Abschlussuntersuchung, bevor die jungen Erwachsenen meistens für mehrere Jahre ohne Bindung an eine Hausarztpraxis sind. Wir schließen Impflücken.

Wir stehen den jungen Erwachsenen immer mit offenem Ohr und unserem gesamten Wissen zur Verfügung.

Es ist für uns alle ein wirklicher Vertrauensbeweis, wenn diese mittlerweile erwachsenen ehemaligen Patienten als junge Eltern mit ihren eigenen Kindern wieder zu uns finden – zu Besuch oder zur Behandlung.

Cordula Prisett

HPV-Infektionen gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen und sind kein reines Frauenproblem!

Infektionen mit HPV sind sowohl bei der Frau als auch beim Mann sehr verbreitet. Es wird davon ausgegangen, dass HPV-Infektionen zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen gehören.

Was ist HPV?

Humane Papillomviren, abgekürzt HPV, zählen zu den häufigsten durch Intimkontakte übertragenen Viren. Bisher sind mehr als 200 Virustypen bekannt. Einige dieser Viren sind für die Bildung von gutartigen Feigwarzen an den Genitalien verantwortlich, andere Typen sind maßgeblich an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und weiteren Krebsarten an Vulva, Vagina, Anus, im Mund-Rachen-Bereich oder am Penis beteiligt.

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 7.850 Frauen und Männer an HPV-bedingten Krebsarten.

Wie kann man sich anstecken?

Humane Papillomviren werden über direkten Kontakt von Mensch zu Mensch übertragen. Über kleinste Verletzungen der Haut bzw.

Schleimhaut kann das Virus in den Körper eindringen, vor allem über Intimhautkontakt.

Krankheitsbild

Eine Infektion mit HPV bleibt anfangs häufig unbemerkt, da sie zunächst oft beschwerdefrei verläuft. In den meisten Fällen heilt die Infektion dank einer wirksamen Immunabwehr innerhalb etwa eines Jahres ohne gesundheitliche Probleme wieder ab. Betroffene wissen daher oft gar nicht, dass sie eine HPV-Infektion haben oder bereits hatten.



Einige HPV-Typen können einige Wochen nach der Ansteckung Genitalwarzen (auch Feigwarzen oder Kondylome genannt) auslösen. Genitalwarzen sind die häufigste HPV-bedingte Erkrankung im äußeren Genitalbereich.

Bei einer anhaltenden Infektion mit bestimmten krebsauslösenden HPV-Typen können sich bei einigen Menschen über viele Jahre bestimmte Krebsvorstufen oder Krebsarten entwickeln.

Sollten sich Jungen gegen HPV impfen lassen?

Jungen und Männer sind nicht nur potenzielle Überträger des Erregers, sondern können genau wie Frauen an Genitalwarzen oder später an HPV-bedingten Krebsarten erkranken.

Seit Juni 2018 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die HPV-Impfung für Jungen analog zu Mädchen im Alter von 9–14 Jahren (Nachholimpfung bis zum Alter von 17 Jahren). Die Empfehlung zur HPV-Impfung für Mädchen besteht bereits seit 2007.

Erste Ergebnisse einer Datenbank-Analyse zeigten, dass die Anzahl der Jungen, die die erste HPV-Impfdosis erhalten haben, seit der Empfehlung durch die STIKO am Robert Koch-Institut deutlich angestiegen ist: Mit etwas mehr als 51.000 ersten Impfdosen bis April 2019 lag die Anzahl auf vergleichbarem Niveau wie bei Mädchen.

Die HPV-Impfung kann einer Infektion mit bestimmten HPV-Typen und bestimmten damit assoziierten Erkrankungen vorbeugen.

Die Kosten für die HPV-Impfung werden für alle Kinder und Jugendlichen zwischen 9 und 17 Jahren von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt und können über die Versichertenkarte abgerechnet werden.

*Vielen Dank an die Firma
MSD Sharp & Dohme GmbH,
die uns diesen Beitrag
zur Verfügung gestellt hat.*



Innovation hat man uns eingeimpft: Seit 1898.

Neben einer Vielzahl von Therapeutika erforschen und entwickeln wir seit über 100 Jahren Impfstoffe. Diese können einen Schutz vor Erregern wie zum Beispiel Masernviren, bestimmten Pneumokokken und Humanen Papillomviren bieten. Und als einer der weltweit größten Impfstoffhersteller arbeiten wir weiter an neuen Impfstoffen wie beispielsweise gegen das Ebolavirus.

Erfahren Sie mehr auf: www.msd.de

Let's talk about sex

Den richtigen Zeitpunkt zum Gespräch über Sexualität mit Jungen zu finden, fällt nahezu allen Beteiligten schwer – Eltern, Lehrer*innen, Medizinischen Fachangestellten und Ärzt*innen. Die Distanziertheit zu „da unten“ bemerken wir schon bei der ersten Vorstellung bei der U3, wenn Mütter und Väter von Jungen besorgt nachfragen, wie „Schnäpperle“, „Schnippis“ und „Pillermänner“ denn richtig sauber gemacht würden, schließlich kenne man sich ja damit nicht wirklich gut aus und wolle auch nichts verkehrt machen. Die gesamte Kindheit wird von mehr oder weniger witzigen Bezeichnungen des männlichen Genitales begleitet, bis dann im Rahmen der Pubertät aus dem Schnippi ein Penis wird.

Spätestens wenn Jungen merken, dass mehr als Urinlassen zu den Möglichkeiten des Penis gehört, werden auch Sorgen des Jugendlichen wach, ob denn nun alles in Ordnung ist mit dem Genitale. Andere Jungen sind vielleicht schon weiter in der Pubertät fortgeschritten, auch prahlen nicht wenige Jungen mit sexuellen Erlebnissen. Sexuelle Neugierde und Masturbation sind in Familien zumeist tabuisierte Themen, die dunkle Seite der Sexualität – sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) – werden beim Besuch in der Praxis viel eher angesprochen als die Sorgen und Ängste in Zusammenhang mit gelingender sexueller Beziehungsaufnahme zum bevorzugten Geschlecht. Die Aufnahme von Partnerbeziehungen zum anderen oder gleichen Geschlecht mit einer erotischen oder sexuellen Komponente muss als eine der



wichtigsten Entwicklungsaufgaben im Jugendalter angesehen werden.

Aufklärung findet vornehmlich im privaten Bereich und in der Schule statt. In den kinder- und jugendärztlichen Praxen geben wir oft schon bei den Vorsorgeuntersuchungen Broschüren mit, die BZgA hält eine Vielzahl von Aufklärungsmaterialien bereit, die genutzt werden können. In der BZgA-eigenen Studie „Jugendsexualität 2015“ zeigen die Autoren jedoch klar auf, dass die Broschüren von höchstens 10% der Jugendlichen genutzt werden. 50% der Jungen nutzen das Internet als Quelle mit weitem Abstand vor Büchern mit 18%. Gegenüber Mädchen eine geringere Akzeptanz besteht gegenüber Jugendzeitschriften mit 30% bei Jungen und 46% bei Mädchen. Umso wichtiger ist es für uns, in den kinder- und jugendärztlichen Praxen nicht nur Broschüren weiterzugeben, sondern dabei auch weitere Informationen zu vermitteln. Das Internet

steckt voller Informationen, auf die alle Praxismitarbeiter*innen hinweisen können, es ist von erheblicher Bedeutung, dass der Jugendliche bemerkt, dass Rückfragen nicht nur erlaubt, sondern ausdrücklich erwünscht sind. Dennoch müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass wir in den Praxen für Jugendliche zu Fragen der Sexualität nicht als bevorzugte Vertrauenspersonen wahrgenommen werden, ebenso wenig Lehrer*innen. Jungen vertrauen sich eher ihren Müttern als ihren Vätern an (41% zu 19%), was auf den ersten Blick ungewöhnlich erscheint, jedoch aufgrund der in der Regel engen Mutter-Jungen-Beziehung logisch ist. Die Hauptvertrauenspersonen der Jugendlichen beider Geschlechter finden sich im eigenen Freundeskreis. Trotz umfassender Möglichkeiten, sich zu informieren, bleiben Jugendliche mit ihren Fragen oft allein und sind auf den ersten Samenerguss meist nicht wirklich vorbereitet. Sexuelle Aufgeklärtheit nimmt mit der Schulbildung zwar zu, dennoch ist es von herausragender Bedeutung, wie im Elternhaus mit dem Thema umgegangen wird. Tabuisierung ist noch immer häufig, besonders in Familien mit Migrationshintergrund.

Während für Mädchen in der Sexualentwicklung kompetente ärztliche Gesprächspartner*innen in der Frauenheilkunde zur Verfügung stehen, die sich nahezu exklusiv mit dem weiblichen Geschlecht im Wortsinn befassen, gibt es keine Männerheilkunde. Die Urologie befasst sich erst im späteren Alter mit Sexualitätsproblemen wie zum Beispiel erektiler Dysfunktion, Kinderwunschbehandlung oder Kohabitationschwierigkeiten. Gerade die Kohabitation, der Geschlechtsverkehr, hat eine besondere Bedeutung bei unseren Jugendlichen, auch wenn das Alter zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs seit einigen Jahren immer höher wird.

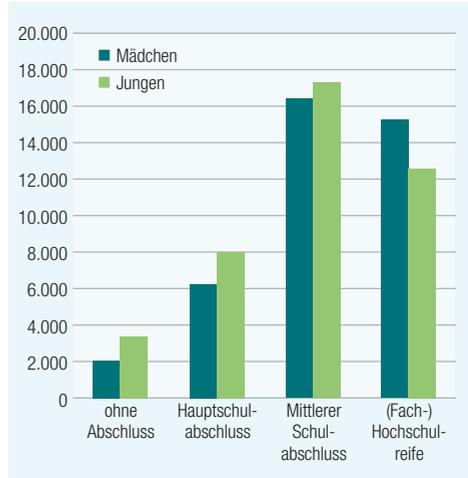
Während des Besuches in der Arztpraxis erwarten 10% der Jungen Informationen zur Homosexualität, 18% zur Verhütung und je 30% zu Sexualpraktiken bzw. Geschlechtskrankheiten. Auch wenn der seit Jahren anhaltende Trend zur Verhütung beim ersten Verkehr ungebrochen positiv ist, bleiben noch weiterhin Aufgaben bei der Beratung der Jungen in der Praxis. Kondome werden von 73% der Erstverkehrler genutzt – auch wenn dieser Anteil hoch erscheint, ist insbesondere die Anwendung noch zu oft fehlerhaft und das Wissen zum rechtzeitigen Überziehen nicht allgemein verfügbar. Als Hauptgrund dafür, beim ersten Verkehr nicht verhütet zu haben, geben Jungen an, dass der Verkehr zu spontan beschlossen wurde. Informationen zu Geschlechtserkrankungen scheinen für die Jungen eine größere Rolle zu spielen. Entscheidend für das Gelingen einer Aufklärung ist auch, dass der Jugendliche nicht den Eindruck gewinnt, dass mit jedem Verkehr die Gefahr sexuell übertragbarer Erkrankungen einhergeht.

Für die gelingende Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung ist es von herausragender Bedeutung, dass eine vertrauensvolle Basis geschaffen wird. Dies ist nicht erst beim Kontakt Ärzt*in/Patient*in der Fall, sondern beginnt mit der Terminvereinbarung. Spezielle Sprechstunden für Jugendliche, vielleicht sogar Jungensprechstunden, besondere Zeiten ohne anschließenden Termindruck und jugendgerechtes Setting sind neben einer authentischen Ansprache wichtig. Der Jugendliche muss das Gefühl vermittelt bekommen, in der Praxis willkommen zu sein und mit seinen Bedürfnissen angenommen zu werden, und motiviert werden, wiederzukommen, wenn er den Bedarf hat.

Ralf Moebus

Denn sie wissen (nicht), was sie tun – Jungen in der Schule

Jungen werden häufiger von der Einschulung zurückgestellt, sie besuchen häufiger eine Förderschule, sie verlassen die Schule häufiger ohne einen formalen Abschluss und erreichen seltener das Abitur als Mädchen. Einige dieser Geschlechtsunterschiede werden für das Beispiel des Schuljahres 2019 in Abbildung 1 veranschaulicht. Die Abbildung wurde auf der Grundlage der Angaben des Statistischen Bundesamtes (2021) erstellt. Die in der Abbildung deutlich werdenden Unterschiede sind nicht damit zu erklären, dass sich Mädchen und Jungen in ihrer generellen Intelligenz unterscheiden würden. Wodurch sind sie also dann zu erklären?



Jungen bekommen – gemessen an ihren fachlichen Leistungen – schlechtere Noten als Mädchen. Das ist auch der Grund dafür, warum sie nach der Grundschule seltener für das Gymnasium und häufiger für eine Schule mit geringwertigen Abschlusszertifikaten empfohlen werden. Ursachen für die schlechteren Noten liegen wiederum darin, dass Jungen ein zu den schulischen Anforderungen weniger passendes Sozialverhalten und eine geringere Kompetenz zum selbstgesteuerten Lernen zeigen. So beschrieben Lehrkräfte in verschiedenen Studien, dass Jungen weniger motiviert und weniger gut organisiert in ihrem Arbeitsverhalten als Mädchen seien und häufiger stören oder aggressives Verhalten zeigen würden, was die Lehrkräfte dann auch veranlasst, den Jungen – bei gleicher Leistung – schlechtere Noten

zu geben als den Mädchen. Kuhl und Hannover (2010) fanden z. B. heraus, dass die besseren Noten, die Mädchen im Fach Deutsch in der 4. Klasse bekamen, dadurch erklärt werden konnten, dass ihre Lehrkräfte ihnen eine höhere Kompetenz bei der Steuerung und Organisation ihres eigenen Lernprozesses attestierten.

Auch die Mädchen und Jungen selbst beschreiben ihr Verhalten in der Schule als unterschiedlich. So stimmen Jungen z. B. Aussagen wie „Ich lasse mich leicht ablenken“ oder „Ich mache Dinge, die sich im Moment gut anfühlen, die ich später aber bereue“ stärker zu als Mädchen. Außerdem geben Jungen an, weniger Zeit mit Hausaufgaben zu verbringen als Mädchen. Auch Eltern beschreiben ihre Söhne als weniger selbstgesteuert und gut organisiert in ihrem Lernverhalten als ihre Töchter. Ein Mangel an Selbststeuerung geht nicht nur mit schlechten Schulnoten einher, sondern wird auch für aggressives Problemverhalten verantwortlich gemacht, das bei Jungen häufiger beobachtet wird als bei Mädchen: Hier wird ein Ärgerimpuls spontan in Verhalten übersetzt, ohne eigene Ziele und mögliche Konsequenzen abzuwägen.

Die Unterschiede im Arbeits- und Sozialverhalten haben nicht nur zur Folge, dass Jungen schlechtere Noten und damit ungünstigere Schulpfehlungen bekommen, sondern sie werden von den Lehrkräften auch anders behandelt als Mädchen. Hannover, Koeppen und Kreuzmann (2021) baten Lehrkräfte, ihr eigenes Verhalten gegenüber Schülerinnen und Schülern auf verschiedenen Verhaltensfacetten zu beschreiben. Die Ergebnisse zeigten, dass Lehrerinnen und Lehrer sich gegenüber Jungen stärker fordernd-streng, ermahnend und ignorierend verhielten als gegenüber Mädchen. Sie

verhielten sich also Jungen gegenüber weniger warm und gleichzeitig strenger, kontrollierender und stärker lenkend. Dieses Verhalten der Lehrkräfte trägt möglicherweise dazu bei, dass Jungen in der Schule weniger motiviert mitarbeiten. Denn geringe Wärme und Zuwendung der Lehrkraft fördert die Motivation des Kindes oder Jugendlichen genauso wenig wie eine überstarke Strenge und Kontrolle, durch die Kinder und Jugendliche in ihrem Autonomieerleben eingeschränkt werden.

Was können Eltern und Lehrkräfte tun?

Wie kann die schulische Entwicklung von Jungen günstig beeinflusst werden? Jungen brauchen Unterstützung darin, sich stärker selbst zu kontrollieren und zu regulieren. Selbstkontrolle umfasst die Fähigkeit, absichtsvoll die eigene Aufmerksamkeit zu steuern (z. B. sich nicht durch eine Störung ablenken zu lassen) und eigenes Verhalten so zu aktivieren oder auch zu unterdrücken, dass selbst gesetzte Ziele erreicht werden können (z. B. sich selbst veranlassen können, eine unangenehme Aufgabe zu erledigen, oder Ärger so regulieren können, dass man nicht mit einer Aggression reagiert). Lehrkräfte und Eltern können Jungen zu mehr Selbstkontrolle verhelfen, und zwar auf zweierlei Weise: Einerseits geht es bei Selbstkontrolle darum, dass das Kind oder der Jugendliche sich klarmacht, welches Ziel verfolgt werden soll. Ziele sollten idealerweise selbst gesetzt und nicht von den Eltern oder Lehrkräften vorgegeben werden. Und dann geht es darum, Jungen darin zu unterstützen, dass sie Handlungen initiieren, durch die sie sich ihren Zielen annähern, und kontinuierlich überprüfen, *ob* sie sich diesen Zielen annähern. Eine Form der Unterstützung kann darin bestehen, dass Jun-

gen üben, ihren aktuellen Wissens- oder Kompetenzstand realistisch einzuschätzen. Weitere Formen der Stützung von Selbstkontrolle stellen individuelle Entwicklungsgespräche oder Lerntagebücher dar. Jungen mit noch geringen Selbststeuerungskompetenzen könnten von solchen Maßnahmen nicht nur beim Lernen, sondern auch durch ein stärker angepasstes Sozialverhalten profitieren, bei dem eigene Bedürfnisse durch vorausschauende Abwägung mit den Bedürfnissen anderer in Einklang gebracht werden.

Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit besteht darin, dass Interaktionen zwischen Mädchen und Jungen durch Eltern oder Lehrkräfte befördert werden. Im Vorschulalter beginnend bis in die Pubertät hinein interagieren Jungen und Mädchen, wenn sie die Wahl haben, sehr viel häufiger mit Gleichaltrigen ihres eigenen als mit Gleichaltrigen des anderen Geschlechts. Über die miteinander verbrachte Zeit werden sich die Beteiligten immer ähnlicher, denn sie haben immer mehr gemeinsame Erfahrungen und damit typischerweise auch gemeinsames Wissen, gemeinsame Interessen und Verhaltensgewohnheiten. Dies bedeutet, Jungen können in ihrem Arbeits- und Sozialverhalten profitieren, wenn sie in der Schule regelmäßig mit Mädchen zusammenarbeiten, die ihnen in diesen Domänen meist überlegen sind. Solange Lehrkräfte nicht eingreifen, interagieren Jungen meist kaum mit ihren Mitschülerinnen, sie haben also keine Chance, von den Mädchen zu lernen, wie man das eigene Lernen organisiert oder wie man eigene Interessen durchsetzen kann, ohne dabei die Interessen anderer zu verletzen. (Umgekehrt profitieren natürlich auch die Mädchen davon, wenn sie häufiger mit Jungen zusammenarbeiten, von denen sie Dinge lernen können, die in Mädchengruppen prakti-

ziert geteilt werden – z. B. Umgang mit Alltagstechnik, sportliches Engagement).

Und schließlich müssen Jungen vor negativen Stereotypen bewahrt werden, die möglicherweise mitverantwortlich sind für das andere Verhalten, das Lehrkräfte ihnen gegenüber – im Vergleich zu Mädchen – zeigen. Kinder, Jugendliche und Lehrkräfte haben gleichermaßen Vorurteile, nach denen Jungen insbesondere in der Schule mehr stören und sich weniger angemessen verhalten würden. Selbst wenn es zutreffen sollte, dass Jungen tatsächlich ein weniger angepasstes Verhalten zeigen, können solche negativen Erwartungen, die an sie gerichtet werden, genau dieses negative Verhalten begünstigen und wahrscheinlicher machen. Lehrkräfte sollten sich also stets aufmerksam selbst beobachten, um sicherzustellen, dass sie Jungen in gleichem Maße mit Zuwendung begegnen und ihnen im gleichen Maße Autonomie gewähren, wie sie dies gegenüber Mädchen tun.

Bettina Hannover

Kleid statt Hose – Geschlechtsdysphorie bei Jungen



Häufiger als gedacht experimentieren Jungen im Vorschulalter meist vorübergehend mit der weiblichen Geschlechtsrolle. Dabei fallen diese Jungen in unserer Gesellschaft interessanterweise stärker auf als Mädchen, die sich jungenhaft benehmen. Bleibt es bei einer reinen Ablehnung einer typischen Jungen-Rolle („Der 5-jährige Lars benimmt sich eher mädchenhaft“), so geht man von einer medizinisch völlig irrelevanten Geschlechtervarianz aus.

Kommt aber der ausdrückliche Wunsch dazu, dem weiblichen Geschlecht anzugehören, und hält dies mindestens 6 Monate in allen Lebensbereichen (Familie, Kindergarten/Schule, Freundeskreis) an, so besteht der Verdacht auf eine **Geschlechtsdysphorie**. Dieser Begriff ersetzt die veralteten Begriffe „Geschlechtsidentitätsstörung“ oder „Transsexualismus“, die nicht mehr verwendet werden sollten. Die Jungen bevorzugen dann das Tragen von weiblicher Kleidung, wünschen sich lange Haare, spielen überwiegend mit Mädchen und bevorzugen mädchenstypische Farben und Spielzeuge. In Fantasiespielen („Vater-Mutter-Kind-Spiel“) oder beim Verkleiden werden gerne weibliche Rollen eingenommen (z. B. Prinzessin, Meerjungfrau). Oft werden Handtücher, Schürzen und Schals zur Imitation von langen Haaren verwendet. Spielzeuge, Spiele und Aktivitäten, die in unserer Gesellschaft für Jungen

typisch sind, werden abgelehnt. Die Ablehnung von körperlichen Geschlechtsmerkmalen (v. a. Penis) kann so weit gehen, dass Kinder davon sprechen, den Penis „weghaben“ zu wollen, oder gar versuchen, diesen abzuschneiden. Die klinische Symptomatik ist individuell sehr variabel und stark vom Entwicklungsstand abhängig.

Wie reagieren die Mitmenschen?

Manchmal nehmen die Kinder die Symptomatik bei sich selbst gar nicht als störend wahr und zeigen nur wenig Leidensdruck, insbesondere wenn das geschlechtsuntypische Verhalten von der Familie und dem weiteren Umfeld akzeptiert wird. Die Reaktionen der Eltern auf das unerwartete Verhalten reichen von Ablehnung und Bestrafung bis zur völligen Akzeptanz und gelegentlich auch Überidentifikation mit dem Wunschgeschlecht des Kindes. Die Angst vor sozialer Ausgrenzung ihrer Kinder ist häufig eine große Sorge von Eltern bei betroffenen Kindern. Das Finden und Aufrechterhalten von Freundschaften in Kindergarten und Grundschule kann für die Kinder auch deutlich erschwert sein, da sie oft irritierend auf Mitmenschen wirken (meist mehr auf Erwachsene als auf andere Kinder).

Nimmt das zu?

Die Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter ist eine insgesamt seltene Entwicklungsauffälligkeit, die aktuell aber zunehmend diagnostiziert wird. Gründe dafür werden in einem größeren Problembewusstsein für Geschlechtsidentitätskonflikte aller Altersstufen, in der Informationsverbreitung durch das Internet, einer höheren medialen Berichterstattung und in der Verfügbarkeit neuer Behandlungskonzepte gesehen. Von einem tatsächlichen Anstieg der Häufigkeit ist eher nicht auszugehen.

Bleibt das dauerhaft so?

Die große Unsicherheit bei Familien besteht in der Frage, ob die weibliche Geschlechtsidentität bei diesen Kindern lebenslang persistiert oder ob sich das Empfinden „auswächst“. Trotz aller bisheriger Forschung kann diese Frage bislang niemand beantworten. Bei vermutlich ca. 60% dieser Kinder verändert sich das Empfinden der weiblichen Geschlechtsrolle im Verlauf noch. Aufgrund dieser Unsicherheit sollten möglichst alle Entwicklungswege für die Kinder offengehalten werden und bis nach dem Einsetzen der Pubertät alle Maßnahmen vermieden werden, die nicht wieder rückgängig zu machen sind. Wichtig ist weiterhin, dass die Entwicklung einer Geschlechtsidentität weder durch Psychotherapie noch durch die Veränderung des Erziehungsstils oder gar die Wegnahme von Kleidungsstücken oder Spielzeug beeinflusst werden kann und soll.

Hilfe, meine Pubertät setzt ein!

Wenn die Symptomatik bei Eintritt in die Pubertät (meist mit ca. 12 Jahren) persistiert, erleben die Kinder ein zunehmendes Leiden am eige-

nen Körpergeschlecht. Dem Beginn des Bartwuchses (ca. 14 Jahre) und dem Stimmbruch (ca. 15 Jahre) wird mit großen Ängsten begegnet. In Einzelfällen kann hier der Einsatz von pubertätshemmenden Medikamenten sehr entlastend sein. Diese Maßnahme ist vollständig reversibel und damit keine Entscheidung, die nicht zurückgenommen werden kann. Persistiert dann die Geschlechtsdysphorie über die frühe Jugendzeit hinaus (14–15 Jahre), kann bei manchen Patienten der Einsatz von geschlechtsangleichenden Hormonen sinnvoll sein. Wichtig ist, dass die empfundene Geschlechtsrolle zuvor ausgiebig in einer **Alltagserprobung** sozial in allen Lebenslagen ausgelebt wird. Spätestens dann suchen sich die Jugendlichen auch einen Mädchennamen aus, mit dem sie dann unbedingt auch in Kliniken und Arztpraxen vom gesamten medizinischen Personal angesprochen werden sollten. Dafür ist keine rechtliche Änderung des Vornamens notwendig.

Wo gibt es Hilfe?

Aufgrund der Seltenheit des Phänomens fühlen sich Erzieher, Lehrer, aber auch medizinisches Personal oft im Umgang mit den Kindern und in der Beratung überfordert. In Deutschland existieren mehrere medizinische Spezialsprechstunden für Kinder und Jugendliche mit Geschlechtsdysphorie. Eine möglichst frühzeitig beginnende Verlaufsdiagnostik der Kinder erleichtert die möglichen Indikationsstellungen für oder gegen geschlechtsangleichende Maßnahmen im Entwicklungsverlauf. Viele Familien profitieren auch von der Vernetzung in Selbsthilfegruppen (z. B. www.trans-kinder-netz.de; www.dgti.org).

Das entscheidende Ziel, diesen Kindern über die Geschlechtsidentität hinaus eine möglichst altersgerechte Entwicklung zu ermöglichen, darf nie aus dem Blick verloren werden.

Florian Daxer, Thomas Lempp

„Sie haben doch gesagt ...“

Basics der Jungenmedizin

Jungenmedizincheck – testen Sie Ihr Wissen (ankreuzen, Auflösung im Text)

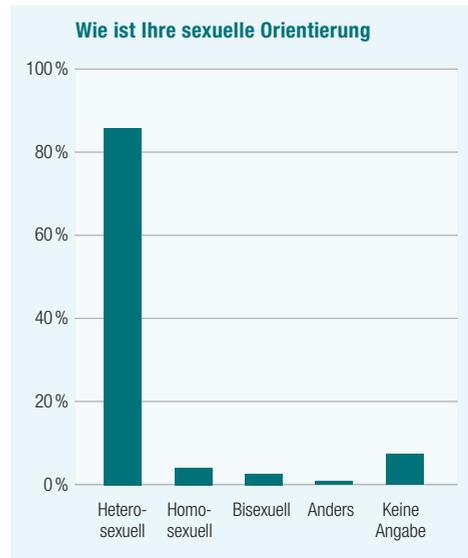
Wie häufig ist die echte Vorhautverengung (primäre Phimose)?	bis zu 1,5%	~ 1,5–5%	~ 5–10%
Wie viele Männer sind weltweit beschnitten?	5–15%	15–30%	> 30%
Wie viele Reifgeborene haben einen Hodenhochstand?	~ 1–3%	~ 3–6%	~ 2–9%
Wie hoch schätzen Sie die Häufigkeit der Hodenkrampfadern (Varikozele) bei Jugendlichen?	3–5%	5–10%	15–20%
Homosexuelle Jungen sind gesellschaftlich genauso akzeptiert wie homosexuelle Mädchen.	richtig	falsch	weiß nicht
Der Lichen sclerosus ist eine durch Geschlechtsverkehr übertragene Erkrankung.	richtig	falsch	weiß nicht
Die Hypospadie sollte wegen des Narkoserisikos immer erst nach dem 3. Lebensjahr operiert werden.	richtig	falsch	weiß nicht
Wie sieht die Therapie beim Pendelhoden aus?	Hormontherapie über 4 Wochen	Hodenfixierung im Skrotum (Orchidopexie)	keine
Jungen sind bezüglich der Verhütung inzwischen genauso engagiert wie Mädchen.	richtig	falsch	weiß nicht
Ursache des „Ziehens in der Leiste“ ist bei Jungen in der Pubertät auf die Größenzunahme des Hodens zurückzuführen.	richtig	falsch	weiß nicht
Ursache einer Penis-/Vorhautentzündung (Balanitis/Balanoposthitis) ist immer eine Pilzinfektion (z. B. mit Candida albicans)	richtig	falsch	weiß nicht
Wie häufig ist die natürliche (physiologische) Vorhautenge?	~ 70%	~ 80%	> 90%
Hodenkrampfadern sind harmlos und bilden sich meist zurück.	richtig	falsch	weiß nicht
Bei einer Zyste im Nebenhoden (Spermatozele) besteht selten Operationsbedarf.	richtig	falsch	weiß nicht
Bei Hornzipfelchen (Hirsuties papillaris penis) müssen immer sexuell übertragene Erkrankungen (STDs) ausgeschlossen werden.	richtig	falsch	weiß nicht
Bis zu welchem Winkel bedarf die Peniskrümmung (Penisdeviation) keiner Therapie?	< 20°	< 30°	< 40°



Nach wie vor nutzen Jungen im Jugendalter die gesundheitliche Beratungskompetenz der Kinder- und Jugendarztpraxis zu selten. Zum einen liegt das sicherlich daran, dass es ihnen schwerfällt, über ihre Krankheiten zu sprechen – als Junge und Mann ist man grundsätzlich gesund, manchmal „bis zum Umfallen“. Zum anderen ist ihnen aber vielfach nicht bekannt oder bewusst, dass sich Kinder- und Jugendärzte mit „Jungskrankheiten“ auskennen. Die Urologie ist erst recht keine Anlaufstelle, denn die ist „etwas für ältere Männer oder wenn operiert werden muss“. Daher sollte für uns Kinder- und Jugendärzte das Augenmerk unbedingt darauf gelegt werden, unsere Zuständigkeit für die Jungen schon durch Aushänge und Broschürenmaterial deutlich zu machen (siehe <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/mediathek/broschueren-und-informationsflyer/>), ohne dabei die Mädchen zu vergessen. Das entbindet uns nicht von der Pflicht, neben der Empathie für die Nöte der Jungen auch Expertise in

Jungenmedizin zu haben oder zu erwerben. Man wird erstaunt sein, wie schnell sich dies herumspricht und wie dankbar das Angebot angenommen wird. Jede Gesundheitsberatung von Jungen sollte, wenn irgend möglich, auch zum Gespräch über Verhütung genutzt werden (Mädchen sind immer noch besser informiert). Hierzu gehört nebenbei auch die Information zu Impfungen, wie z.B. der Hepatitis-B- und der HPV-Impfung. Es ist auch von großem Vorteil, wenn Mädchen ihren Freund zum Gespräch über Verhütung mitbringen und ihn so in die Verhütungsplanung mit einbinden. Dies fördert die kommunikative Kompetenz zu diesem Thema gerade bei Jungen (Stichwort: Vaterschaftsverhütung). Das vertrauensvolle und offene Gespräch über Sexualität ist zudem sehr gut dazu geeignet, auch den Kontakt der Jugendlichen zu ihren Eltern enger und vertrauensvoller zu gestalten.

Viel zu selten im Fokus: Homosexualität



Gemessen an der Häufigkeit homosexueller Orientierung in unserer Gesellschaft (ca. 4% – hohe Dunkelziffer) erfahren wir in der Kinder- und Jugendarztpraxis zu selten über das Coming-out homosexueller Jugendlicher. Nach wie vor besteht ein deutlicher Unterschied in der Akzeptanz von Homosexualität bei männlichen gegenüber weiblichen Jugendlichen in der Öffentlichkeit. Dies kommt z. B. in der Reaktion auf die Sichtbarkeit von Homosexualität in der Öffentlichkeit zum Ausdruck. Wenn 2 Männer sich in der Öffentlichkeit ihre Zuneigung zeigen, z. B. indem sie sich küssen, trifft dies auf viel geringere Akzeptanz als bei Frauen. Den Jugendlichen ist diese Problematik durchaus bekannt.

So ergibt eine Untersuchung bezüglich der Lebenssituation und Diskriminierungserfahrung von homosexuellen Jugendlichen in Deutschland einen zeitlichen Unterschied zwischen dem inneren (Durchschnittsalter 13,5 Jahre) und dem äußeren Coming-out (Durchschnittsalter 16,7 Jahre) bei homosexuellen/bisexuellen Jungen von 3,2 Jahren (bei Mädchen sind dies 0,9 Jahre). Die Zeit zwischen dem inneren und dem äußeren Coming-out muss als sehr problematische Lebensphase angesehen werden.

Die Selbstmordrate ist bis zu 7-fach erhöht, Experimentierverhalten mit Übergang zum Risikoverhalten nehmen zu, die Mobbinggefahr steigt erheblich an. Erschwerend kommt hinzu, dass homosexuelle Jugendliche sich selten in die Betreuung von Ärzten mit Fragen rund um ihr Coming-out begeben. Gerade bei Jungen ist daher bei jedem Arztbesuch auf mögliche „Hidden Agendas“ (also versteckte Botschaften) zu achten (z. B. unklare Thoraxschmerzen, depressive Stimmungslage etc.). Trotz aller scheinbar zunehmenden Akzeptanz von unterschiedlicher

sexueller Orientierung in unserer aufgeklärten westlichen Gesellschaft gelingt es zurzeit immer noch nicht, Jugendliche (vor allem männliche) bei einer Coming-out-Problematik ausreichend gut zu begleiten.

Was brauchen – und erwarten – Jungen von uns, wenn sie die Praxis aufsuchen?

- Verschwiegenheit und Empathie
- Ausreichend Möglichkeiten, über ihre Fragen und Zweifel zu sprechen
- Ärzte mit jungemedizinischer Expertise und geschultes Personal, um an relevante und bedeutsame Informationen heranzukommen
- Gendergerechte, jungenspezifische Informationen über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Gesundheit überhaupt
- Kontakt mit Botschaften und Rollenmodellen, die eine genderegerechtere Interaktion mit Mädchen unterstützen, besonders im Hinblick auf Genderstereotypen, Einstellung zur Sexualität und Sexualverhalten
- Freier Zugang zu Kondomen und Förderung der Bewusstheit bezüglich STDs inkl. des Wissens über HIV-/Aids-Risiken und HPV-Infektionen sowie Informationen zu Impfungen und anderen Schutzmöglichkeiten

Wenn es gelingt, diesen Erwartungen gerecht zu werden, haben wir eine treue Klientel dazu gewonnen und werden sicher das ein oder andere Mal die Dankbarkeit spüren, dass endlich jemand greifbar ist, der sich um seine Belange kümmert.

Krankheitsbilder – das Wesentliche (eine kleine Auswahl)

Justin (15 Jahre) kommt in die Praxis mit unklarem „Ziehen“ in der rechten Leiste. Er hat seit Kurzem eine Freundin.

Differenzialdiagnostisch muss an Folgendes gedacht werden:

- Leistenbruch, Schenkelbruch
- Muskel- oder Sehnenverletzungen (z. B. Sportlerleiste)
- Gelenkerkrankungen
- Nervenentzündungen
- Erkrankungen der Harnorgane (z. B. Harnsteinleiden)
- Erkrankungen der Geschlechtsorgane (z. B. Hodenschmerzen)
- Lymphknotenschwellungen (z. B. verursacht durch Infektionen, in seltenen Fällen durch Tumore)

Häufig verbirgt sich hinter der geschilderten Symptomatik eine „Hidden Agenda“. Diese reicht von der „versteckten“ Aufforderung, das Genitale zu untersuchen, weil der Junge etwas Auffälliges bemerkt hat, bis zur Sorge über eine zu geringe Penisgröße – wie in unserem Fall (siehe auch für die Penisgröße Veale et al. 2014). Nicht selten besteht auch der nur verklausulierte Wunsch nach einem Gespräch. Die Beschwerden ernst zu nehmen und dabei hervorzuheben, wie verantwortungsvoll es war, die Ordination aufzusuchen, ist eine wesentliche Grundlage der Arzt-Patient-Beziehung. Eine unauffällige körperliche Untersuchung gibt immer Anlass, nach einem psychosomatischen Grund der Beschwerden zu forschen. Dieser kann im sozialen Umfeld (Eltern, Peers, Schule), in der Partnerschaft oder auch der sexuellen Orientierung liegen.

Eichelentzündung (Balanitis), meist in Kombination mit einer Vorhautentzündung (Posthitis) → dann als Balanoposthitis bezeichnet

Die Ursachen einer Balanitis/Balanoposthitis können im Kindesalter rein irritationsbedingt sein (z. B. durch Urin, Seifen, Duschgels oder Manipulation) oder aber durch Verletzungen oder Pilze (z. B. *Candida albicans*), Bakterien oder andere krankmachende Keime verursacht werden. Im Kleinkindalter spielen meist mangelhafte Hygienemaßnahmen und ggf. auch ein erzwungenes Zurückschieben der Vorhaut oder Lösung einer Vorhautverklebung (völlig out!) eine Rolle. Im Jugendalter muss außerdem an durch Geschlechtsverkehr übertragene Erkrankungen gedacht werden. Mangelnde wie auch übertriebene Reinigung („Reinlichkeitsbalanitis“) sind weitere Ursachen. Dabei kann es zu Verletzungen der Vorhaut kommen. Auch Verletzungen der Vorhaut durch Selbstbefriedigung spielen eine Rolle. Wechselseitige Infektionen der Sexualpartner („Ping-Pong-Infektion“), häufig wechselnde Partnerschaften sowie inkonsequenter Kondomgebrauch begünstigen das Auftreten. Eine Balanitis/Balanoposthitis selbst ist keine sexuell übertragene Erkrankung. Sie ist eher ungewöhnlich bei beschnittenen Patienten (aber nicht ausgeschlossen!). Eine Vorhautverengung begünstigt aber die Erkrankung. Bestimmte Sexualpraktiken wie z. B. Analverkehr (bei Jugendlichen nicht so selten) sind ebenfalls als Ursache zu bedenken. Eine Unterweisung in die Penishygiene ist essentiell (siehe Broschüre „Mann-oh-Mann“ (<https://www.bvkj-shop.de/infomaterial/broschuere-mann-oh-mann.html#>) – in deutscher, türkischer und arabischer Sprache).

Phimose: wann, was, wie tun? (Siehe S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose“, Stand 15.09.2017)

Die Vorhaut (Präputium) ist ein physiologischer Bestandteil des männlichen äußeren Genitales. Sie dient zum Schutz der Eichel vor Austrocknung, Schmutz, Verletzungen, Infektionen und Sensibilitätsverlust. Darüber hinaus ist sie wichtig für die sexuellen Empfindungen, da ihre Innenseite extrem dicht mit Nervenendungen besetzt ist. Ihre Entfernung bedarf der medizinisch begründeten Indikationsstellung. Ohne wirksame Einwilligung ist die Beschneidung (Zirkumzision) eine rechtswidrige Körperverletzung.

Das Krankheitsbild Vorhautverengung (primäre Phimose – bis zu ca. 1,5%) ist von der entwicklungsbedingt nicht zurückschiebbaren Vorhautenge und der narbigen Vorhautverengung (sekundäre Phimose) des Jungen zu unterscheiden. Vom Vorliegen dieser physiologischen Phimose kann bei 96% der unbehandelten neugeborenen Jungen ausgegangen werden. Eine Vorhautverklebung ist keine Phimose und bedarf keiner Therapie! Reifungsvorgänge bedingen eine Auflösung der physiologischen Phimose bei der deutlichen Mehrheit der Knaben im Alter von 3–5 Jahren. Im Alter von ca. 7 Jahren können ca. 50% der Jungen ihre Vorhaut weitgehend zurückziehen, was für die Hygiene wichtig ist. Allerdings besteht selbst im Alter von 13 Jahren noch bei 8% der Jungen eine entwicklungsbedingte Vorhautenge. Auch Verklebungen zwischen innerem Vorhautblatt und der Eichel sind ebenso wie die gelblich schimmernden Epithel-Talg-Einschlüsse ein vorübergehendes Entwicklungsphänomen. Sie können sich infizieren, bedürfen aber primär keiner Behandlung.

Merke: Eine Manipulation und das Zurückziehen der Vorhaut am Penis des Neugeborenen und Säuglings ist – auch aus Gründen der Hygiene – völlig unnötig und zu unterlassen. Eine Aufplusterung (Ballonierung) der Vorhaut ist normal, solange sie kurzfristig ist (Sekunden) und anschließend ein kräftiger Urinstrahl erfolgt.

Besonderheiten bei Vorschulkindern

Frühzeitig erfolgt die Eigenmanipulation am Penis. Der Junge weiß am besten, wie weit er schmerzfrei die Vorhaut zurückziehen kann. Auch eine Vorhautverklebung löst sich von selbst und bedarf keiner Therapie.

Besonderheiten bei Schulkindern/ Jugendlichen

Es gilt im Prinzip das vorher Gesagte. Etwa 8% der Jugendlichen im Alter von 13 Jahren haben noch eine physiologische Vorhautenge. In der Regel erfolgt ihre Behebung spätestens in der Pubertät durch den Testosteroneinfluss, welcher die Vorhaut geschmeidig macht und es so ermöglicht, sie bei Hygienemaßnahmen über die Eichel zu streifen (niemals ruckartig oder forciert). Sollte dies nicht der Fall sein, sollte die



Therapie immer primär durch eine Salbenbehandlung erfolgen. Selten wird eine Beschneidung zum Zeitpunkt der Pubertät notwendig.

Hinweis: Weltweit sind über 30% der Männer beschnitten! Leider werden viel zu viele (die meisten!) Jungen im Alter zwischen 0 und 4 Jahren ungerechtfertigter Weise beschnitten (zirkumzidiert). So werden z.B. die physiologische Vorhautenge, noch bestehende (harmlose) Vorhautverklebungen und/oder Vorhautalgebilagerungen (Smegmaretentionszysten) oft als krankhafte Phimose mit Indikation zur Zirkumzision fehlgedeutet.

Indikationen zur Beschneidung bei

Phimose:

- Zustand nach Paraphimose mit Vernarbungen (relative Indikation)
- Therapie des Lichen sclerosus
- Miktionshindernis mit fortbestehender Ballonierung und abgeschwächtem Urinstrahl
- Verhinderung von Harnwegsinfektionen bei deutlich gesteigertem Risiko (hochgradiger Blasen-Harnleiter-Nieren-Reflux, komplexe Harntraktfehlbildungen, neurogene Blasenentleerungsstörung mit wiederholten Harnwegsinfekten (relative Indikation))
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr bzw. Hindernis beim Geschlechtsverkehr
- Wiederholte Balanitis/Balanoposthitis mit – infolge der Narbenbildung – Beschwerden oder Beeinträchtigung des Urinierens

Die Komplikationsrate liegt selbst bei fachlich qualifizierten Krankenhäusern bei ca. 5–6% (Blutungen, Infektionen, Verengung der Harnröhre, Verwachsungen etc.).

Lichen sclerosus (S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose“ Stand 15.09.2017)

Lichen sclerosus ist eine lymphozytär vermittelte, chronisch entzündliche Hauterkrankung. Es gibt Hinweise für einen zugrunde liegenden Autoimmunprozess. Infektiöse Ursachen konnten bisher nicht bewiesen werden. Gehäufte Verbindungen mit Autoimmunerkrankungen wie Vitiligo, Hashimoto-Thyreoiditis und Diabetes mellitus Typ 1 sind mehrfach beschrieben worden.



Merke: Bei bis zu 34% aller Beschneidungen aufgrund einer pathologischen Phimose wurde histologisch ein Lichen sclerosus nachgewiesen! Daher sollte bei jeder erworbenen Phimose an das Vorliegen eines Lichen sclerosus – auch im jüngeren Kindesalter – gedacht werden (ggf. Gewebsuntersuchung = Histologie).

In vielen Fällen sieht man bei der Erstuntersuchung bereits eine weißlich porzellanartig verhärtete Vernarbung der Vorhaut als typischen weißlichen Ring, die zu einer zunehmenden Vorhautverengung geführt hat. Die Haut ist sehr empfindlich und reißt leicht ein, was wiederum Infektionen mit nachfolgender Entzündung begünstigt.

Diagnose und Differenzialdiagnose

Die Diagnose des Lichen sclerosus kann häufig bereits aufgrund des typischen klinischen Bildes, wenn daran gedacht wird, gestellt werden. Wegen der möglichen Komplikationen (z. B. Verengung der Harnröhre im Harnröhrenausgang = Meatusstenose) sollte die Diagnose ggf. histologisch gesichert werden. Bei eindeutigem klinischem Bild ist keine Histologie erforderlich. Gelegentlich treten nach Beschneidung (mechanische Manipulation) erneut Hautveränderungen im Narbenbereich auf. Die Therapie der Wahl besteht in der vollständigen Beschneidung.

Hypospadie

Es handelt sich um eine Fehlbildung des Penis mit inkompletter Entwicklung der Harnröhre (Urethra) und fehlendem Schluss der Vorhaut, die sich als dorsale Schürze darstellt. Der Harnröhrenausgang (Meatus urethrae) befindet sich

an der Unterseite der Eichel, der Koronarfurche, des Penischafts, am Hodensack (Skrotum) oder am Perineum (im Gegensatz zur sehr seltenen Epispadie, hier befindet sich der Meatus urethrae auf der Dorsalseite des Penis). Die Hypospadie ist Folge einer Entwicklungshemmung in der 9.–13. Schwangerschaftswoche.

Zusätzlich besteht eine Fehlbildung des Harnröhrenschwellkörpers (Corpus spongiosum urethrae). Bei ca. 70% der weniger ausgeprägten Formen besteht eine Peniskrümmung (Penisdeviation).

Entwicklungsgeschichtlich hängen die Bildung der ableitenden Harnwege und die des Genitales eng miteinander zusammen (Uro-Genital-Trakt). Daher sollten sonografisch weitere Fehlbildungen, insbesondere der Nieren und ableitenden Harnwege, ausgeschlossen werden.

Die Hypospadie kann für den Jungen und die Eltern eine große psychische Belastung darstellen. Der Konflikt beginnt nach der Geburt bei der Diagnosestellung. Das Internet mit der ungefilterten und unbegrenzten Verfügbarkeit von Informationen stellt einen wesentlichen Verunsicherungsfaktor dar. Trotz der relativen Häufigkeit der Hypospadie ist die Erkrankung bei Eltern fast unbekannt oder wird tabuisiert. Daher sollte schon in der Geburtsklinik ein kinderchirurgisches Konsil eingeholt werden, um das weitere Vorgehen mit den Eltern abzuklären.

Die Behandlung der Hypospadie ist operativ (optimal 9.–12. Lebensmonat) und hat zum Ziel, ein funktionelles und kosmetisch optimales Ergebnis zu erhalten. Da zur Korrektur Vorhautmaterial benutzt wird, sollte unbedingt eine Beschneidung verhindert werden (z. B. muslimische und jüdische Bevölkerung).

Spätkomplikationen:

- Fistel
- Harnröhrenstriktur
- Restverkrümmung

Jede Hypospadie, auch wenn nur ein klaffendes Präputium vorliegt, sollte zumindest einmal dem Kinderurologen oder Kinderchirurgen zugeführt werden, da Begleiterkrankungen wie Penisdeviation oder Meatusstenose primär nicht auszuschließen sind.

Hodenhochstand (Maldescensus testis), einseitig oder beidseitig (S2k-Leitlinie 006/022: Hodenhochstand aktueller Stand: 08/2016)

Der Hodenhochstand ist die häufigste kongenitale Anomalie des Urogenitaltrakts und wird bei 1–3% der reifgeborenen Jungen sowie bei bis zu 30% der Frühgeborenen beobachtet. Er ist Teil eines Primärschadens, der aus dem Hodenhochstand selbst, einer damit verbundenen Störung der Fruchtbarkeit und der erhöhten Entartungsrate besteht. Die Ursache ist multifaktoriell. Eine Kontrolle des OP-Erfolges sollte alle 3 Monate im 1. postoperativen Jahr erfolgen. Ab der Pubertät sollte der Junge zur Selbstuntersuchung angeleitet werden, da auch nach Therapie ein erhöhtes Entartungsrisiko besteht (Flyer: Achte auf deine Nüsse). Bei beidseitigem Hodenhochstand ist ggf. eine ausgedehntere Diagnostik erforderlich (z. B. auch im Zusam-

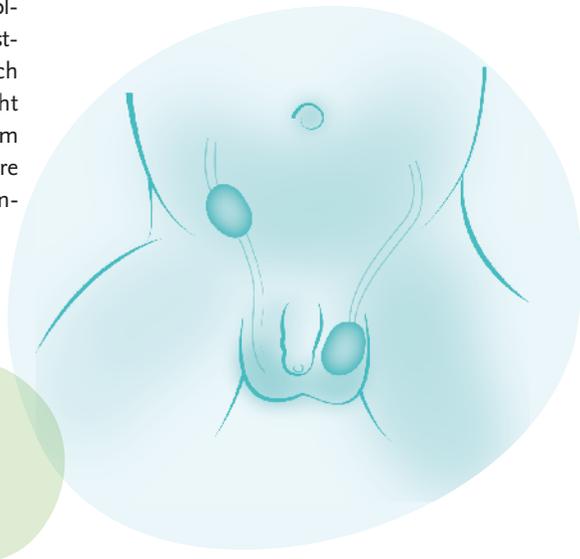
menhang mit Kleinwuchs und/oder Entwicklungsstörung).

Klinische Erscheinungsform

Der Hodenhochstand wird folgendermaßen unterschieden:

- Bauchhoden
- Leistenhoden
- Gleithoden
- Hodenektomie

Der Pendelhoden stellt keine Operationsindikation dar. Hier ist lediglich auf die sekundäre Aszension durch zurückbleibendes Längenwachstum des Samenstranges gegenüber dem Körperwachstum zu achten (Gipfel um das 7. Lebensjahr bis zur Pubertät, Häufigkeit ca. 1,5%). Dadurch wird der am Samenstrang „aufgehängte Hoden“ vom Hodensack weg nach oben gezogen. So kann auch der Pendelhoden zum Gleithoden werden. Der Pendelhoden, der sich spannungsfrei in den Hodensack positionieren lässt, muss vom Gleithoden,



der sich immer sofort wieder nach oben zieht, unterschieden werden. Ein Hoden, der eigenständig immer wieder im Hodensack tastbar ist, ist immer ein Pendelhoden.

Die Beurteilung der Hodengröße erfolgt in der Regel mit dem Orchidometer und ggf. mit der Sonografie zur Objektivierung der Hodenlage (siehe Joustra et al. 2015 – Nomogramme für die Hodengröße).

Regel

Beide Hoden müssen bis zum 1. Geburtstag im Hodensack tastbar sein. Vor dem 6. Lebensmonat erfolgt keine Therapie. Es kann abgewartet werden, ob es noch zu einer normalen Lage der Hoden im Hodensack kommt. Ab dem 6. Lebensmonat kann eine Hormontherapie erfolgen (20 % Erfolgsrate). Ansonsten bleibt nur die Operation.

Hodenkrampfadern (Varikozele) (siehe auch für die Hodenvolumenbestimmung Joustra et al. 2015)

Vielfach leider immer noch nicht bekannt ist die Varikozele mit einer Häufigkeit von ca. 15–20 % im Jugendalter. Sie kann sich allerdings schon im Kindesalter entwickeln, bedarf dann aber noch keiner Therapie.

Varikozele nennt man jede tast- und sichtbare Erweiterung der Venen des Plexus pampiniformis. Als Ursache der linksseitigen Varikozele wird die im Winkel von 90° einmündende linke V. spermatica in die linke V. renalis vermutet. Hierdurch kommt es leichter zum Rückstau, der wiederum – vermutlich anlagebedingt – zu einer Venenklappeninsuffizienz führt. Daher bezeichnet man die linksseitige auch als primäre Varikozele (ca. 85 %).

Die sekundäre Varikozele (ca. 10–15 %) liegt auf der rechten Seite des Patienten. Hier sollte ein Tumor (oder Ähnliches), welcher Druck auf die Venen ausüben kann, ausgeschlossen werden.

Die Varikozelen teilt man in 3 Grade ein (je nach Sichtbarkeit der erweiterten Venen). Bei der Varikozele 3. Grades mit deutlich sichtbaren Krampfadern liegt häufig auch eine kleinere Hodengröße als auf der gesunden Gegenseite vor. Je höhergradig die Varikozele ist, desto stärker ist die Beeinträchtigung der Spermienkonzentration und -qualität bis hin zur Unfruchtbarkeit. Eine Varikozele Grad III mit einer Seitendifferenz der Hodengröße von über 20 % bzw. über 2 ml muss operativ angegangen werden, um eine sekundäre Schädigung des Hodens mit nachfolgender Unfruchtbarkeit zu verhindern.

Spermatozele

Bei einer Spermatozele handelt sich um eine mit Spermien gefüllte Zyste des Nebenhodens. Sie kann angeboren sein oder als Folge von Entzündungen oder eines Traumas auftreten. Über die Häufigkeit im Jugendalter ist nichts bekannt, jedoch werden immer wieder bei Routineuntersuchungen (z. B. J1/J2) Spermatozelen als Zufallsbefund entdeckt. Sie treten bei 80 % aller Männer auf, sind bei den meisten aber nur von geringer Größe oder nicht einmal wahrnehmbar. Bei 5 % aller Männer ist diese Aufweitung krankhaft und wesentlich größer. Sie kann sowohl beidseitig als auch einseitig vorhanden sein. Spermatozelen sind völlig harmlos, verursachen in der Regel keine Beeinträchtigung und bedürfen nur dann einer Behandlung, sollte es doch zu Beeinträchtigungen wie Schmerz oder Druckgefühl kommen. Ein operativer Eingriff

birgt jedoch immer die große Gefahr einer nachfolgenden Unfruchtbarkeit.

Das Entdecken einer Spermatozele durch den Jungen weist auf die Selbstuntersuchung des Hodens durch den Jugendlichen hin. Neben der Harmlosigkeit des Befundes sollte unbedingt eine Würdigung und Bestärkung der regelmäßigen Selbstuntersuchung erfolgen.

Die Diagnose ist mittels des Ultraschalls rasch zu stellen. Dieser ist auch wegweisend, um die gutartige Spermatozele von einem bösartigen Hodentumor abzugrenzen.

Hornzipfelchen (Hirsuties papillaris penis)

Die Hirsuties papillaris penis („Pearly“ penile Papeln, Hornzipfelchen) sind immer an der Corona der Glans penis lokalisiert. Bei den 1–3 mm großen weißlichen bis weißlich-gelb-

lichen Papeln handelt es sich histologisch um Bindegewebe. Sie treten dabei in 1–5 Reihen von uniformer Größe und Aussehen auf.

Die Hirsuties tritt bei ca. 15–25% der Jungen in der Pubertät auf und ist – mal mehr, mal weniger ausgeprägt – bei etwa 10–30% der Männer zu finden, wobei sie bei beschnittenen Männern seltener vorkommt. Ein Zusammenhang mit sexueller Aktivität und Geschlechtskrankheiten besteht nicht.

Obwohl völlig harmlos, können die Papeln den Jungen erheblich stören und ängstigen, auch im Hinblick auf Angst vor einer Geschlechtskrankheit, und die Partnerschaftsbeziehung beeinträchtigen.

Eine weitere Diagnostik ist bei typischem Bild nicht erforderlich, jedoch können sich Verwechslungen mit anderen Erkrankungen und auch Geschlechtskrankheiten ergeben. Bei einer entsprechenden Expertise ist sie eine Sichtdiagnose.

Peniskrümmung (Penisdeviation)

Eine Peniskrümmung bei Jugendlichen ist angeboren. Dabei ist der Penis durch ein unterschiedliches Größenwachstum der Schwellkörper (Corpora cavernosa) nach vorne (ventral), nach hinten (dorsal) oder seitlich gebogen. In seltenen Fällen kann auch eine Verdrehung (Torsion) bestehen.

Peniskrümmungen treten in unterschiedlicher Ausprägung auf und sind bis zu einem gewissen Grad unbedenklich. Die dennoch bestehende große Besorgnis der Jungen zeigt sich in zahlreichen Schilderungen in entsprechenden Internetforen.



Peniskrümmungen werden dort häufig als anormal angesehen und es besteht Angst hinsichtlich der Beeinträchtigung beim Geschlechtsverkehr. Auch werden Bedenken geäußert, dass die Sexualpartnerin oder der -partner die Krümmung als Fehlbildung ansieht. In der Regel liegen die Krümmungen unter 30° . Diese sind klinisch nicht relevant und beeinträchtigen den Geschlechtsverkehr nicht. Eventuell werden manche Stellungen als unangenehm empfunden. Ab einem Krümmungswinkel von über 30° oder bei Beschwerden, insbesondere beim Geschlechtsverkehr, kommt die Operation in Frage.

Grundlage für diesen Artikel sind:

Stier B (2019) Jungenmedizin – Hätten Sie's gewusst? Paediatrica Vol. 30; 4-2019: S. 30–38

Stier B (2017) Manual Jungenmedizin – Orientierungshilfe für Pädiater, Hausärzte und Urologen; Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Stier B (2010) Flyer „Achte auf Deine Nüsse“ – Informationen für Jungen zur Selbstuntersuchung; BVKJ e.V.; www.kinderaerzte-im-netz.de

Stier B (2014) Offen gestanden ... Das männliche Genitale; Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte für die (Vorsorge-)Untersuchung und Beratung von Eltern und Patienten; BVKJ e.V.; www.kinderaerzte-im-netz.de

Stier B, Lichtenheldt M (2013) Broschüre „Mann, oh Mann – Das geht unter die Gürtellinie!“ Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen; BVKJ e.V.; www.kinderaerzte-im-netz.de – Die Broschüre ist in Deutsch, Türkisch und Arabisch erschienen.

Hilfreiche Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) (2017) S2k-Leitlinie 006-052 „Phimose und Paraphimose“

S2k-Leitlinie 006/022: Hodenhochstand aktueller Stand: 08/2016

Damsgaard J et al. (2016) Varicocele Is Associated with Impaired Semen Quality and Reproductive Hormone Levels: A Study of 7035 Healthy Young Men from Six European Countries; European Urology 70: 1019–1029

Joustra SD, van der Plas EM, Goede J, Oostdijk W, Delemarre-van de Waal HA, Hack WWM & van Buuren S (2015); New reference charts for testicular volume in Dutch children and adolescents allow the calculation of standard deviation scores; Acta Paediatrica 104, e271–e278

Veale D, Miles S, Bramley S, Muir G, Hodson J (2014) Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men; BJU Int 2015; 115: 978–986

Bernhard Stier

Jungen, das starke Geschlecht?

Jungen als Opfer von Gewalt

Keinesfalls soll die sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen, die leider immer noch häufig in unserer Gesellschaft stattfindet, verharmlost oder heruntergespielt werden. Dennoch wird dabei meist übersehen, dass auch Jungen körperliche und sexualisierte Gewalt erleben.

Schaut man sich die Täter-Opfer-Statistiken an, so scheint auf den ersten Blick völlig klar: Jungen und Männer sind zum überwiegenden Teil die Täter. Doch bei genauerem Hinsehen fällt auf, dass dies eine undifferenzierte Betrachtungsweise ist, denn Jungen und Männer sind nicht nur Täter, sondern häufig auch Opfer körperlicher Gewalt. Jungen sind nach wie vor in der Familie von körperlicher Gewalt bedroht. Aber auch bei Gewalt außerhalb der Familie sind die meisten Jungen nicht nur Täter, sondern auch vielfach Opfer körperlicher Gewalt.

Die Datenlage zu sexualisierter Gewalt ist deutlich spärlicher und nicht wenige urteilen vorschnell, dass, „wo nichts ist, es auch nichts zu verändern gibt“. Das ist allerdings ein deutlicher Trugschluss. Vielmehr gibt es viele Hinweise, dass sexualisierte Gewalt, in Institutionen wie Kirche oder Schule verübt, wesentlich häufiger Jungen betrifft.

Obwohl sexualisierte Gewalt gegenüber Jungen auch in heterosexueller Konstellation vorkommt (auch hier besteht eine hohe Dunkelziffer), ist die homosexuelle Konstellation bei weitem häufiger. Glaubt man der Literatur, so fühlten sich Jungen nach einem sexualisierten Gewalterlebnis „eher geliebt bzw. beschützt oder es machte ihnen nichts aus“. Sie drücken es weg. Vielfach kommt es auch zur Angst, schwul zu sein, was auch in unserer aufgeklärten, aber heterosexuell geprägten Gesellschaft das Stigma des Nichtnormalen trägt. Später offenbaren sich dann vielfältige psychische Beeinträchtigungen bis hin zu Depressionen mit schwerwiegenden Folgen. Viel zu häufig wird Depression bei Jungen übersehen, vor allem dann, wenn sie sich in Risikoverhalten entlädt. Auch hinter psychosomatischen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Bauchschmerzen oder vermeintlich asthmatischen Beschwerden („es schnürt einem die Luft ab“) können sich Gewalterlebnisse verbergen.

Mobbingerfahrungen sind immer ein Angriff auf die Entwicklung einer gesunden und sozial verträglichen Männlichkeit. Jungen fallen dadurch auf, dass sie sich eher niemandem



anvertrauen und sich auch seltener von anderen Personen oder Stellen helfen lassen. Daher sollte niemals die Chance zum Gespräch verpasst werden, die sich bietet, wenn ein Junge sich an die Kinder- und Jugendarztpraxis wendet.

Die Peer-Gruppe bietet – anders als bei Mädchen – keine Unterstützung, da sie eher einen Ort gelebter Männlichkeit darstellt und „Mann als Opfer“ zudem nicht passt. Sexualisierte Gewalt hat einen zerstörerischen Einfluss auf die männliche Identitätsentwicklung. Der Trugschluss, körperliche Reaktion wie Erektion oder Samenerguss mit sexueller Lust gleichzusetzen, führt nicht nur dazu, sexualisierte Gewalt fälschlicherweise als eine Form von Sexualität zu betrachten, sie bewirkt auch, dass die betroffenen Jungen sich selber für die Tat verantwortlich fühlen. Sie werden massiv in ihren eigenen sexuellen Bedürfnissen verunsichert. „Wie kann ich etwas, was ekelhaft ist, sexuell erregend finden? Ich muss doch pervers sein.“ Viele betroffene Jungen haben die Einschätzung, kein „richtiger Mann“ zu sein. Sie werden sich fremd und fühlen sich in ihrer männlichen Existenz bedroht und ausgegrenzt.

Es gibt kaum einen Irrtum, der fatalere Folgen hat und so wenig begründet ist wie die Annahme, dass frühere Opfer später zu Tätern werden. Die Mehrheit der betroffenen Jungen übt später keine sexualisierte Gewalt aus. Ebenso ist die Mehrheit der Täter früher nicht Opfer sexualisierter Gewalt gewesen. Vielmehr steht im Vordergrund, dass die Opfer nicht selten in ihren sozialen und sexuellen Beziehungen – insbesondere die partnerschaftlichen und ggf. familiären Strukturen betreffend – erheblich eingeschränkt und gehemmt sind, auch aus Angst, die Übergriffigkeit des Erlebten selbst zu

wiederholen. Eine entscheidende Rolle spielt, dass Männlichkeit immer noch im Zusammenhang von Erzeuger, Ernährer und Beschützer gesehen wird. Dazu passt das Erlebte überhaupt nicht und kann so zu einem unlösbaren Konflikt mit der männlichen Identität führen. Resignation im Wechsel mit Überkompensation, sich ständig als „Mann“ beweisen zu müssen, sind die Folgen.

Für Jungen mit Gewaltopfererfahrung, noch dazu in sozialen Randlagen, ist es äußerst schwierig, den normativen Anforderungen von Männlichkeit vor sich selbst und vor anderen zu genügen. Die daraus entstehenden Konflikte werden nur allzu häufig mit sozial wie auch politisch inakzeptablen Verhaltensweisen kompensiert. Ist die Entwicklung der männlichen Sexualität hin zu einer partnerschaftlichen Sexualität massiv gestört – wie es nach dem Erleben sexualisierter Gewalt der Fall ist –, so können die Bewältigungsstrategien auch zu entweder gegen sich selbst oder gegen die Gesellschaft gerichteten Handlungsweisen führen.

Gleichberechtigung der Geschlechter heißt also auch, nicht mehr wegzuschauen, wenn es um Männer als Opfer von Gewalt, gerade auch sexualisierter Gewalt geht, sondern dies ernst zu nehmen.

Ein guter Gesprächseinstieg sieht bei der geschilderten Problematik z.B. wie folgt aus: „Jungen rangeln gerne. Was waren für dich dabei sehr unangenehme Erlebnisse?“

Bernhard Stier

Von Peer to Peer – Jungen, die Rudelwesen

Peers – die Wir-Gruppe ist das „Vorzimmer der Gesellschaft“. Jungen sind Rudelwesen. Die Lösung von den Eltern und Hinwendung zu der Peer-Gruppe kennzeichnet die frühe und mittlere Jugendphase. Am Anfang ist sie geprägt durch häufige Rangeleien unter männlichen Schülern als tägliche Verteidigung einer herausgeforderten Männlichkeit.

Entscheidend ist nicht so sehr, den Wettbewerb zu gewinnen, sondern vielmehr, sich ihm zu stellen und ihn durchzustehen. Die Behauptung der Männlichkeit bedarf einer andauernden Anstrengung, die vor allem darauf gerichtet ist, zu vermeiden, von den Peers mit Weiblichkeit, Weichheit oder Homosexualität in Verbindung gebracht zu werden. Diese vielfältigen Wettbewerbsspiele in der männlichen Peergroup sind eine „Strukturübung“. In ihnen wird ein wesentliches Merkmal von Männlichkeit eingeübt: die Wettbewerbsorientierung.

Bereit zu sein, sich dem Wettbewerb zu stellen, sich gerne mit anderen Männern zu messen – dies kennzeichnet immer noch in hohem Maße erfolgreiche Männer. Die Peer-Gruppe eröffnet den Jungen einerseits neue Erfahrungs- und Handlungsspielräume, andererseits schränkt sie ein breiteres Verhaltenspotenzial ein. So kann die Vorliebe für einen geschlechtsuntypischen Beruf, z.B. im Erziehungs- und Pflege-



bereich, mit einem Ansehens- bzw. Männlichkeitsverlust in der Peer-Gruppe verbunden sein.

In der Peer-Gruppe gelebte Normen von Männlichkeit fordern riskantes Verhalten heraus (z. B. Alkohol-, Drogenkonsum, ungeschützter Sex). Während jeder Einzelne der Gruppe häufig in seinem riskanten Verhalten als unauffällig bezeichnet werden kann, können sich Jungen in der Gruppe zu exzessivem Risikoverhalten hochschaukeln. Gegenseitige Demonstration von Männlichkeit erfolgt auch über „sexuelle Eroberung“ von Mädchen. Während Mädchen relativ verlässliche Angaben zu Art und Gestaltung ihrer Partnerschaften machen, neigen Jungen eher zur Übertreibung. Eroberung, auch als Zeichen von Potenz, ist eine sichtbare Form, Männlichkeit zu demonstrieren. Problematisch wird dies erst recht dann, wenn der „Verstoß“

gegen Normen in der Peer-Gruppe mit Bestrafung wie Ausschluss aus der Gruppe bzw. Mobbing geahndet wird. Das Feedback der Peers hat einen großen Einfluss auf das Körperbild. Wie man aussieht, wie man sich anzieht, wie man sich bewegt – all das zeigt, wo und dass man dazugehört. Freundschaftsbeziehungen unter Jungen helfen bei der Gestaltung der männlichen Identität. Entscheidend ist dabei, gemeinsam Erfahrungen zu machen.

Wiederholte Ablehnung durch Gleichaltrige und fehlende Freundschaftsbeziehungen haben alarmierende Folgen für die psychische Entwicklung. Eine gute Anamnese sollte daher immer die Fragen nach Freundschaftsbeziehungen einbeziehen (Einstieg: „Was macht für dich einen richtig guten Kumpel aus?“). Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf das Vorhandensein eines richtig guten Freundes zu legen. Dieser hat nicht selten einen ausgleichenden Einfluss auf das permanente Bedürfnis, sich seiner Männlichkeit zu vergewissern. In einer solchen Freundschaftsbeziehung kann der Junge häufiger auch mal andere Facetten von sich zeigen.

Bernhard Stier

No risk, no fun?

Jungen und Risikoverhalten

Jungen erleben heutzutage zunehmend mehr Herausforderungen und Abenteuer in virtuellen Welten. Das fängt schon sehr frühzeitig im Kleinkindalter an und wird gefördert durch das jungentypische Interesse an allem, was mit Technik zu tun hat. Jungen nutzen das Internet vorwiegend für Computerspiele und weniger für die tägliche Kommunikation. Männliche Jugendliche haben so zwangsläufig ein erhöhtes Risiko für Computerspielsucht.

Andere Domänen und Schauplätze des männlichen Risikoverhaltens sind die Einnahme von Mitteln zur Beschleunigung des Aufbaus von fettfreier Muskelmasse (Anabolika), Alkohol- und illegaler Drogenkonsum, riskantes Sexual-

verhalten, Mutproben und gesundheitsgefährdende Hobbys sowie riskantes Verhalten im Straßenverkehr (oftmals noch dazu unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss), um nur ein paar Bereiche zu nennen. Naturgegeben fällt dabei die größte Risikobereitschaft in die Phase des mittleren Jugendalters mit dem verstärkten Experimentierverhalten bei gleichzeitig geschwächter Gefühls- und Verhaltenskontrolle. Jungen erschließen sich z. B. den immer mehr eingeeengten öffentlichen Raum nicht mehr durch das Klettern auf Bäume. Vielmehr haben sie in der Sportart Parkour eine Fortbewegungsart entwickelt, deren Ziel es ist, nur mit den Fähigkeiten des eigenen Körpers möglichst effizient von Punkt A zu Punkt B zu gelangen.

Jungen zeigen nicht unbedingt per se ein gesteigertes Risiko- und schlechteres Gesundheitsverhalten. Vielmehr bieten die genetische Grundlage, die Suche nach männlicher Identität und die vorgelebte „Männlichkeit“ eine problematische Mixtur, diese Verhaltensweisen bei entsprechenden Lebensumständen (z. B. prekäre soziale Lage, Schulprobleme) zu entwickeln. Jungen streben nach nach außen sichtbarem (also externalisierendem) Risikoverhalten. „Mann“ will häufig imponieren. Dabei spielt die Intensität – der Kick – eine starke Rolle. Der Peer-Druck erhöht zugleich das individuelle Engagement in gefährliche Handlungen.



Präventive Maßnahmen ignorieren nicht selten die Selbstwahrnehmung der Jungen. Risikoverhalten ist ein ganz wichtiger Faktor in der Erzeugung von Männlichkeit. Jungen wissen in der Regel sehr wohl um die Risiken ihrer Handlungsweise. Deswegen diese Risiken aber nicht einzugehen, passt nicht zu ihrem Selbstkonzept der Männlichkeit. Sie haben durch Risikoverhaltensweisen häufig mehr zu gewinnen als zu verlieren, denn bei Erfolg erhöht sich ihre Attraktivität und letztlich auch ihr Erfolg bei den Mädchen. Es ist eine Illusion zu glauben, man könnte Jungen vom Risikoverhalten abhalten oder selbiges verhindern. Vielmehr gilt es die Risikokompetenz der Jungen zu fördern und sie bei der Einschätzung und Beherrschung von Risiken zu unterstützen.

Risikokompetenz bei Jungen fördern heißt ...

...die Fähigkeit von Jungen, Risiken zu suchen, zu finden und zu entwickeln, die situativ, sozial und individuell angemessen sind und einen individuellen oder sozialen Nutzen versprechen (z. B. Klettertraining in der Gruppe → Kletterwald).

...Jungen darin zu fördern, diese Risiken angemessen wahrzunehmen und einzuschätzen.

...Jungen darin zu bestärken, Risiken durchzustehen und erfolgreich zu bewältigen, aber ggf. auch rechtzeitig abubrechen.

...die Fähigkeit von Jungen zu fördern, entsprechend zum Anspruchsgrad des Risikos adäquate Schutzmaßnahmen zu ergreifen, also Schutzkompetenz als Risiko-Schutzbalance zu verstehen und umzusetzen.

... die Fähigkeit von Jungen zu fördern, in der Gruppe Unterstützung zu erfahren, diese annehmen zu können und selbst andere zu unterstützen.

Eine gute Anamnese sollte also immer auch auf die sportlichen und Hobby-Aktivitäten der Jungen schauen (Einstieg: „Was macht dir in deiner Freizeit am meisten Spaß?“). Sport hat in der Regel eine starke gesundheitliche Komponente, die es zu fördern gilt. Beispiel: Es nützt nichts, die Gefährlichkeit des Rad- oder Motorradrennsports zu betonen, aber es hilft ungemein, die Schutzmöglichkeiten vor Unfällen zu benennen (Kleidung, Helm etc.). Scheitern, noch dazu Verletzungsbedingt, ist immer auch eine Niederlage für die Männlichkeit, die es zu verhindern gilt. Mit diesem Fokus wird jede Schutzmaßnahme interessant. Schon kleine Jungs sind sehr experimentierfreudig, auch im Umgang mit Handwerkszeug. Eine gewissenhafte Anleitung ist oft besser als ein Verbot (welches das Ganze nur noch interessanter machen würde).

Alle medizinischen Kontakte können und sollten außerdem zum Beziehungsaufbau genutzt werden. Dabei spielt es eine große Rolle, deutlich zu machen, dass man sich für die Belange der Jungen interessiert und über jungemedizinische Expertise verfügt.

Bernhard Stier

Autorenverzeichnis

Florian Daxer

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychosomatik
Clementine Kinderhospital Frankfurt/Main
Theobald-Christ-Str. 16
60316 Frankfurt

Prof. Dr. Bettina Hannover

Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft
und Psychologie
Arbeitsbereich Schul- und
Unterrichtsforschung
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin

Dr. Thomas Lempp

Klinik für Kinder- und
Jugendpsychosomatik
Clementine Kinderhospital Frankfurt/Main
Theobald-Christ-Str. 16
60316 Frankfurt

Dr. Ralf Moebus

Kinder- und Jugendarzt
Ober-Eschbacher Str. 9
61352 Bad Homburg

Cordula Prisett

Kinderkrankenschwester und Fachwirtin im
Sozial- und Gesundheitswesen
Noldestr. 5
42551 Velbert

Dr. Bernhard Stier

Kinder- und Jugendarzt
Beauftragter für Jungenmedizin/
Jungengesundheit des BVKJ e.V.
Hamburg
www.Jungenmedizin.de

Literaturempfehlungen

- Benard C, Schlaffer E** (2002) Einsame Cowboys. Kösel-Verlag, München
- Bentheim A, Murphy-Witt M** (2007) Was Jungen brauchen. Das Kleine-Kerle-Coaching. Gräfe und Unzer Verlag, München
- Pickert N** (2020) Prinzessinnenjungs. Wie wir unsere Söhne aus der Geschlechterfalle befreien. Beltz-Verlag, Weinheim
- Stier B** (2019) Pubertät und Adoleszenz – „Zeit des Erwachens der Männlichkeit“. Was Jungen bewegt und Pädiater wissen sollten. Monatsschr Kinderheilk 167: 1130–1141
- Stier B** (2017) Manual Jungenmedizin. Orientierungshilfe für Pädiater, Hausärzte und Urologen. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Stier B, Höhn K** (2017) Abenteuer Pubertät. Kösel-Verlag, München
- Waidhofer E** (2018) Jungen stärken. So gelingt die Entwicklung zum selbstbewussten Mann. Verlag fischer&gann, Munderfing
- Winter R** (2015) More Risk! Mehr Mann? Risikokompetenz bei Jungen fördern. Deutsche Jugend Nr. 9, S. 367–373 und Nr. 10, S. 436–442
- Winter R** (2014) Jungen brauchen klare Ansagen. Ein Ratgeber für Kindheit, Schule und die wilden Jahre. Beltz-Verlag, Weinheim
- Winter R** (2020) Jungen & Pubertät. Beltz-Verlag, Weinheim

PRAXISfieber-Info-Post – für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kinder- und Jugendarztpraxen

Mit Neuigkeiten, Infos und Tipps rund um Ihren beruflichen Alltag!

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie halten gerade das PRAXISfieber-Sonderheft Jungengesundheit in Ihrer Hand – wir würden uns freuen, wenn es Ihnen gefällt! Sie wünschen sich außerdem aktuelle Informationen zu unterschiedlichen Themen aus Ihrem Berufsalltag?

Dann ist unsere PRAXISfieber-Info-Post genau das Richtige für Sie. Diese versorgt Sie mit Wissenswertem rund um Ihren Beruf. Die Themen reichen von Arbeitsrecht über Praxismanagement bis hin zu Medizin und Wissenschaft – alles kompakt und übersichtlich auf den Punkt gebracht. Die PRAXISfieber-Info-Post erscheint dreimal pro Jahr und ist natürlich kostenlos.

So können Sie sie abonnieren:

Per Fax: 0221-683204

Per Telefon: 0221-689090

Per E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Per Post: BVKJ e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Sie wollen in den bereits erschienenen Ausgaben stöbern? Auf der Website www.bvkj.de, unter der Rubrik „Medizinische Fachangestellte“, stehen Ihnen die Ausgaben der letzten Jahre zur Verfügung.

Vielleicht haben Sie auch Lust, in der Redaktion mitzumachen? Dann melden Sie sich einfach unter einer der oben genannten Adressen.

Das PRAXISfieber-Team freut sich auf Ihre Mitarbeit!



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.