

Masterarbeit
Studiengang Sexologie II ISP Uster

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

des FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg
und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

**Einfluss operativer Unterbindung auf die sexuelle
Selbstsicherheit und das Selbstverständnis als Mann**
Zusammenhänge zwischen der Entscheidung zur Unterbindung und der
Bedeutung der Sexualberatung im präoperativen und postoperativen
Zeitraum



Vorgelegt von

Thomas Luginbühl

Matrikel-Nr. 22950

thomas.luginbuehl@spitaluster.ch

Erstgutachterin: Esther Elisabeth Schütz

Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Abgabedatum

05.01.2020

Zusammenfassung

Die männliche Sterilisation oder Unterbindung gehört heutzutage weltweit zu den am häufigsten durchgeführten urologischen Operationen und hat in den letzten Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung im Rahmen der Verhütung des Mannes erlangt. Für den betroffenen Mann ist das Wissen um die Veränderung im sexuellen Erleben für seinen Entscheid für oder gegen die Operation zentral. Aus therapeutischer Sicht wird aktuell eher weniger auf die sexuellen Aspekte eingegangen. Zudem halten sich trotz medial breit verfügbarer Informationen hartnäckige Volksmythen wie „nach der OP bis du nur noch ein halber Mann“ oder „der Mann kann danach nicht mehr scharf schießen“ oder auch „mit der Erektion und Ejakulation ist es nicht mehr wie vorher“. Ob dem wirklich so ist, darüber gibt diese Literaturrecherche und qualitative Datenerhebung ausführlich Auskunft. Insbesondere soll die Bedeutung einer allumfassenden medizinischen und sexologischen Beratung des Mannes aufgezeigt werden. Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Unterbindung zwar einen Einfluss auf die postoperative sexuelle Zufriedenheit haben kann, diese aber nicht ausschliesslich von der Operation abhängt. Die aktive Entscheidungsfindung und der Bezug zum Geschlecht oder das Selbstverständnis als Mann haben ebenso grosse Bedeutung. Die bisherigen Forschungsdaten suggerieren eine sehr hohe postoperative Zufriedenheit bei niedriger Komplikationsrate, wobei sowohl die Beurteilungskriterien als auch der Zeithorizont eng gehalten werden. Doch scheinen gerade die sexuellen Gewohnheiten vor der Operation sowie die persönliche Einstellung des Patienten zur Operation eine wichtige Rolle zu spielen. Somit sind eine ganzheitliche Beurteilung und das Begleiten des Mannes hinsichtlich der langfristigen sexuellen Zufriedenheit nach einer Unterbindung äusserst wichtig.

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	1
2 Einleitung.....	2
3 Medizinische und sexologische Fachbegriffe sowie Abkürzungen	7
4 Fragestellung und Hypothese.....	11
5 Methoden.....	12
6 Die operative Unterbindung im gesellschaftlichen Kontext	13
7 Alternativen zur Unterbindungsoperation für den Mann.....	18
8 Rechtsgrundlagen und Einschätzung oder Freiheit des Operators.....	22
9 Der Sexocorporel und die sexuelle Selbstsicherheit des Mannes.....	25
10 Die Unterbindung des Mannes (Vasektomie)	26
11. Literaturrecherche und Fakten	31
11.1 Unterbindung und ihre Verbreitung	31
11.2 Unterbindung und postoperative Herausforderungen.....	32
11.3 Unterbindung und chronische Schmerzen.....	33
11.4 Unterbindung und Prostatakrebsrisiko	33
11.5 Unterbindung und Sicherheit.....	34
11.6 Unterbindung und die operative Hintertüre.....	35
11.7 Unterbindung und Manneskraft	36
11.8 Unterbindung und postoperative Zufriedenheit.....	36
12 Die Expertenmeinung von Dr. med. Ruth Gnirss-Bornet.....	37
13. Qualitative Datenerhebung (Ergebnisse Studieninterviews)	42
13.1 Grundlagen.....	42
13.2 Ergebnisse sexologische Vorgespräche Herr E.G. und Herr B.T.....	48
13.3 Ergebnisse sexologische Verlaufsgespräche Herr E.G. und Herr B.T.	52
13.4 Ergebnisse Referenzgespräche mit Herrn M.N. und Herrn J.R. (Kontrollgruppe).....	54
13.5 „Startabbruch“ – Nach der Entscheidung gegen die Unterbindung	59
13.6 Ergebnisse im Vergleich: Sexologische Gruppe versus Kontrollgruppe.....	62
14 Diskussion.....	70
15 Schlusswort	77
16 Quellenverzeichnis	78
17. Anhänge	83

17.1 Aufklärungsformular Unterbindung – Schweiz. Gesellschaft für Urologie	83
17.2 Formular Einwilligungserklärung.....	85
17.3 Fragekatalog für die Patienteninterviews vor und nach Unterbindung	86
17.4 Fragekatalog für Herrn R.F. (Entscheid gegen die Unterbindung).....	88
17.5 Auszug Telefoninterview mit Frau Dr. med. Ruth Gnirss-Bormet am 17.07.2019	90
17.6 Auszug Sexologisches Interview 1 mit E.G., geb. 1974, am 18.07.2019	93
17.7 Auszug Sexologisches Interview 1 mit B.T., geb. 1977, am 20.08.2019.....	96
17.8 Auszug Sexologisches Interview 2 mit E.G., geb. 1974, am 24.09.2019	98
17.9 Auszug Sexologisches Interview 2 mit B.T., geb. 1977, am 21.10.2019.....	100
17.10 Auszug Referenzinterview mit J.R., geb. 1974, am 27.07.2019	103
17.11 Auszug Referenzinterview mit M. N., geb. 1983, am 27.08.2019.....	105
17.12 Transkript des Interviews mit R. F. geb. 1978, am 01.11.2019	108
18 Selbständigkeitserklärung	111

1 Vorwort

Vor genau 20 Jahren, im November 1999, habe ich an der Universität Basel mein Staatsexamen wie auch meine Dissertation mit dem Titel „Prävalenz und prognostische Relevanz der Cyclin-D1-Überexpression beim Harnblasenkarzinom“ abgeschlossen. Seither war ich mit Ausnahme von wissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen der urologischen Facharztausbildung nicht mehr wissenschaftlich tätig gewesen. Das Interesse für wissenschaftliche Erkenntnisse in der Urologie im Speziellen und der Medizin im Allgemeinen habe ich aber seit meinen Studienjahren nie verloren, zumal ich im Rahmen der Weiterentwicklung meines Tätigkeitsfeldes darauf angewiesen bin. So bin ich es gewohnt, wissenschaftliche Erkenntnisse in meine berufliche Tätigkeit einfließen zu lassen, was einer kompetenten und optimalen Behandlung meiner Patienten zugutekommt. In der hier vorgelegten Arbeit werden anhand eines urologischen Alltagsthemas, der Unterbindung, Bezüge zwischen der klinischen Tätigkeit des Autors als Urologe, der verfügbaren Literatur und den Interviewergebnissen hergestellt.

Thomas Luginbühl

Uster, im August 2019

2 Einleitung

In der urologischen Sprechstunde betreut der Autor seit nun gut 15 Jahren Männer, die am äusseren Genitale – dem Penis und dem Hodensack – operiert werden müssen. Zu diesen Operationen gehört auch die operative Unterbindung (Vasektomie), die für Männer im Altersbereich von 30 bis 50 Jahren als eine der wenigen verfügbaren und sehr zuverlässigen Verhütungsmethoden gilt. Oft stellen sich die Männer, die normalerweise durch ihren Hausarzt oder aber auf Empfehlung des privaten Umfeldes zugewiesen werden, anlässlich dieser Sache erstmals einem Urologen vor. In der täglichen Routine begegnet der Autor den Männern, die eigentlich nicht als Patienten kommen, eher als Ratgeber. Das Aufklärungs- oder Planungsgespräch ist ein relativ kurzer Kontakt, weshalb auch das Operationsergebnis oder die postoperative Sexualität des Klienten meist nicht gross zur Sprache kommen. Spätere Begegnungen mit dem Operateur gehören nach einer Unterbindungsoperation eher zu den Ausnahmefällen. Meist führen Urologen die Operation nach dem Aufklärungsgespräch durch, ohne die Männer anschliessend nochmals persönlich in ihrer Sprechstunde zu sehen.

In der ambulanten Sprechstunde beim Urologen muss nach einem kurzen Anamnesegespräch auch der klinische Befund am Genitale erhoben werden. Das heisst, die Operationsindikation muss geklärt werden und die körperliche Situation bezüglich früherer Operationen wie zum Beispiel einer Hodenhochstandskorrektur in der Kindheit (Funikolyse und Orchidopexie) oder einer Hodentumoroperation (Semiskatratio) abgeklärt werden. Letztere können die geplante Unterbindungsoperation beeinflussen. Die Erfahrung zeigt, dass die meisten Männer nach der Konsultation mit Beratung und Untersuchung die Unterbindungsoperation direkt planen möchten. So müssen sie anhand eines standardisierten urologischen Aufklärungsformulars der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU) schriftlich und mit Hilfe von Skizzen über alles Wesentliche die Operation betreffend informiert werden. Abgeschlossen wird das formelle Dokument mit den Unterschriften des Operateurs und des Patienten. Damit gilt der Behandlungs- oder Operationsauftrag auch als rechtlich erteilt. In Ausnahmefällen wünscht der Mann noch einige Bedenkzeit oder muss zwischenzeitlich noch organisatorische Absprachen mit dem Arbeitgeber erledigen, bevor eine Unterbindung geplant werden kann. In diesen Fällen wird die Konsultation auf die Aufklärung allein beschränkt. Nicht selten muss die Entscheidung beim Mann reifen. Somit trifft man als Urologe die Männer in unterschiedlichen Phasen ihrer Entscheidung an.

Im Rahmen der urologischen Sprechstunde wird – wie eben erwähnt – nach dem Gespräch auch der körperliche Befund am Genitale erhoben. Dies bietet dem Mann die Chance, direkt an sich selbst die anatomischen Strukturen der Samenwege zu sehen. Er kann seine

Samenleiter, sollte er sie noch nie ertastet haben, selbst mit der Hand anfassen. Verstehen hat also die Bedeutung von Begreifen. Die Operation kann aus fachlicher Sicht so besser erklärt werden. Oft werden in dieser Untersuchungssituation anatomische oder sexologische Fragen des Mannes angestossen, die sogleich unkompliziert beantworten werden können.

Der Hauptfokus in der urologischen Indikationsstellung liegt in der Erhebung des Motivationsgrundes zur Unterbindung. So ist für den Operateur von Interesse, ob der Mann mit seiner Partnerin die Familienplanung wirklich abgeschlossen hat; und wenn ja, in welchem Alter ihre Kinder sind (falls sie welche haben). Auch Fragen wie „War die letzte Geburt gerade vor kurzem?“ oder „Wie lange überlegt sich der Mann oder das Paar die Unterbindung schon?“ interessieren ihn. Sporadisch berät der Autor auch Männer ohne Kinderwunsch, die sich kein späteres Vaterglück mehr vorstellen können und mit dieser Frage abschliessen wollen. Wichtig in der Abklärung der Entscheidung erscheinen ausserdem das Alter beider Partner und welche Verhütungsmethoden bei der Partnerin oder mit ihm angewendet wurden.

Die Sexualanamnese an und für sich wird im urologischen Betreuungssetting aus Zeit- oder Kompetenzgründen meist kurz gehalten. Wird sie im urologischen Setting durchgeführt, kreisen die Fragen meist um das Vorhandensein von Beschwerden bei der Genitalhygiene (wie beispielsweise „Wie oft sollte bei Entzündungen unter der Vorhaut gereinigt werden?“), bei der Selbstbefriedigung oder beim partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr (beispielsweise „Treten Probleme vielleicht nur bei erigiertem Penis, also bei sexueller Aktivität auf?“). Im Rahmen der Unterbindungsgespräche sind solche Nachfragen aber eher ungewöhnlich, es sei denn, dem Untersucher fällt am Genitale etwas auf, wie es bei einer Phimose (Vorhautverengung) oder einer Balanoposthitis (Eichel- und Vorhautentzündung) der Fall sein kann. Im Rahmen der urologischen Aufklärungsgespräche wird dann jedoch eher direkt auf die Kinderwunschfrage oder die Familienplanung eingegangen. Die Haltung zur langfristigen Zeugungsunfähigkeit muss ergründet werden.

Das Abwägen der Operationsindikation hängt von einigen wichtigen Faktoren ab: So sind Informationen über die Qualität der Partnerschaft, die partnerschaftliche Kommunikation, die Umstände des Kontrazeptionswunsches mit freier Entscheidung des jeweiligen Partners, die Abwesenheit von einschneidenden Ereignissen (Abortus, Geburt) in unmittelbarer Vorzeit sowie eine genügende Entscheidungszeit wichtig, um eine langzeitige Zufriedenheit nach der Sterilisation zu erlangen (Beier, Bosinski et Loewit, 2005).

Der Aufklärung seiner Klienten misst der Autor immer eine grosse Bedeutung bei, sowohl in Bezug auf ihre Entscheidungsfindung, als auch auf ihre positive Einstellung zum Kleineingriff. Hierzu verwendet er im urologischen Sprechstundenrahmen routinemässig

und auch juristisch begründet die Standard-Aufklärungsbogen der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU), Notiz- sowie auch Bildmaterial. Die Unterbindungsoperation gehört für den Autor zu einem der wichtigsten Operationen seines operativen Repertoires: Er führt sie in einem Jahr zwischen 100 und 150 Mal durch. In der Bevölkerung sind dank medial verfügbarer Informationen zwar viel Wissen und im Umfeld der Männer auch Kenntnisse über persönliche Erfahrungen von Bekannten vorhanden, dennoch halten sich hartnäckige Mythen und viel Verunsicherung um den häufigen Männereingriff. Anatomische Unkenntnis, Halbwissen und Aussagen wie „Nach der OP bist du nur noch ein halber Mann“, „Du spürst nach der Operation nicht mehr so viel beim Orgasmus“ oder „Die sexuelle Lust ist nach der OP kleiner“ schüren weiterhin die Angst vor der Unterbindung.

Nach der routinemässigen körperlichen Untersuchung des männlichen Genitales zur Verifizierung der beidseits vorhandenen und gut zu tastenden Samenleiter muss der Operateur mit dem Patienten die Vorzüge und Herausforderungen offen ansprechen, um die Entscheidungsfindung des Mannes zu unterstützen. Eine Entscheidung, falls sie noch nicht sicher getroffen werden kann, wird nie schon in der ersten Besprechung abverlangt. Oft müssen sich nach Ansicht des Autors die Gedanken setzen. Erst nach reiflicher Überlegung und beständigem Operationswunsch wird der Mann, der nun einer operativen Unterbindung gegenüber positiv eingestellt ist, sich zur Operationsplanung melden können. Ein schriftlich unterzeichnetes Aufklärungsformular gehört auf administrativer Seite als Grundbedingung der OP-Planung dazu. Dann wird ein für beide Seiten möglicher Operationstermin vereinbart. In der Urologie des Spitals Uster hat sich die Unterbindungsoperation an einem Freitag, also kurz vor dem Wochenende, sehr bewährt. So kann sich der Mann vor Beginn der neuen Arbeitswoche zu Hause noch etwas schonen. Als grosses Manko in der medizinisch fokussierten Standardaufklärung sieht der Autor die sehr marginal gehaltenen Informationen zur Sexualität (vgl. Anhang 17.1). Das Aufklärungsformular beschränkt sich lediglich auf eine kurze Bemerkung: „Die sexuelle Funktion wird von der Operation nicht beeinflusst“ – mehr steht da nicht! Hier muss der Autor den Wissensbedarf der Männer regelmässig mittels Zeichnungen und mündlichen Erklärungen Wissensbedarf stillen.

Die Unterbindungsoperation, unter Medizinern meist Vasektomie genannt, wird unter sterilen Hautbedingungen, das heisst mit einer chirurgischen Desinfektion vorbereitet, und meist in Lokalanästhesie durchgeführt. Dabei wird das Lokalanästhetikum mittels einer subkutanen Injektion unter die Haut in den Operationsbereich injiziert. Die Wirkung hält je nach Präparat meist für etwa 20-30 Minuten an und unterbindet vor allem Schmerz-, aber

auch Tast- und Vibrationsempfindungen. Heutzutage werden – wie der Autor aus eigener Erfahrung bestätigen kann – über 90% der Unterbindungen in Lokalanästhesie durchgeführt. In speziellen Fällen oder aber auf Wunsch des Mannes kann die Operation auch in Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) durchgeführt werden. Unabhängig vom Anästhesiemodus wird die Unterbindung in ambulantem Rahmen durchgeführt. Der Operierte muss also nicht im Spital übernachten und wird während der kurzen Behandlungszeit in der Chirurgischen Tagesklinik betreut.

Zum normalen Ablauf eines Operationstages kann der Autor Folgendes schildern: Fröhlichmorgens, oft an einem Freitag, stellen sich die Männer im Spital Uster zu den Eintrittsformalitäten am Empfang vor. Danach werden sie zur Chirurgischen Tagesklinik verwiesen, einer eigens für ambulante Eingriffe eingerichteten Station, und werden dort von einem routinierten Pflorgeteam empfangen und die ganze Aufenthaltsdauer über optimal betreut. Nur für die Unterbindung selbst werden sie in den urologischen Operationssaal gebracht und nach überstandener Unterbindung auch wieder zurückbegleitet. Auf der Tagesklinik erhalten sie danach auf Wunsch einen kleinen Imbiss und die Schmerzmittelration für die ersten Tage. Vor der Entlassung besucht der Operateur seine unterbundenen Männer immer nochmals zu einer kurzen Abschlusskontrolle. Diese dient vor allem der Information über den normalen Heilungsverlauf, zu pflegerischen Massnahmen wie Verbandabnahme und auch zu Verhaltensmassnahmen. Letztere beinhalten auch Fragen zur postoperativen Sexualität; sie werden aber aus Diskretionsgründen bei wachem Patienten meist schon im OP oder bereits zuvor in der Sprechstunde diskutiert. In der Chirurgischen Tagesklinik ist die Gesprächsatmosphäre für intime Angelegenheiten nur sehr beschränkt gegeben, da die Betten einzig durch Sichtvorhänge voneinander getrennt sind.

Im Normalfall kann mit einer primären Wundheilung von zwei bis drei Wochen gerechnet werden. Dann sind die mit Nähten adaptierten OP-Zugänge an beiden Hodensackhälften fest verwachsen, das biologische Nahtmaterial verliert zunehmend an Reissfestigkeit und löst sich unterhalb des Hautniveaus auf. Die vorstehenden Fadenenden mit dem Knoten fallen folglich oft von selbst ab oder können nach dieser Zeit problemlos selbst abgeschnitten werden. In der ersten Zeit können durch die Unterbindungsoperation und die Lokalanästhesie noch leichte Schwellungen, Blutergüsse und manchmal auch eine vorübergehende Wundempfindlichkeit auftreten. Zu Infektionen und starken Nachblutungen kommt es aus Erfahrung eher selten. Bis zur abgeschlossenen Wundheilung empfehlen Urologen auf das Baden und Schwimmen sowie auf Sport zu verzichten. Bezüglich der Wiederaufnahme sexueller Aktivität, einer sehr individuellen Angelegenheit, gibt es keine allgemeingültigen Regeln. Aufgrund von Patientenrückmeldungen kann man aber davon

ausgehen, dass die sexuelle Karenz von wenigen Tagen bis zu mehreren Wochen dauern kann. Grössere Schwierigkeiten, die eine baldige sexuelle Aktivität verzögern können, stellen primär postoperative Begebenheiten wie eine signifikante Nachblutung, Blutergüsse, eine spontane Wiedereröffnung der Naht sowie Wundinfektionen dar. Eine notfallmässige Operation im postoperativen Verlauf zur Ausräumung eines grossen Blutergusses hat der Autor bei seinen operierten Männern glücklicherweise noch nie erlebt. Diese Zweitoperationen sind auch sehr selten. Im Falle von nicht problemlosen Verläufen werden die Männer gewöhnlich zu ambulanten Nachkontrollen beim Operateur einbestellt. Anderenfalls kommt es zu keinen weiteren urologischen Kontrollen.

Zur postoperativen Sexualfunktion kann dem an der Unterbindung interessierten Mann gesagt werden, dass seine Hodenfunktion, das Produzieren von Spermien und Testosteron, unverändert bleibt. Der männliche Hormonhaushalt, die Testosteronwirkung im Körper also, sein Empfinden als Mann und seine Libido bleiben konstant. Wohlgemerkt hält auch die Spermienproduktion im Hodengewebe bis ans Lebensende an. Im Sexualleben bleiben das Erleben des Erregungsreflexes, eine sexuelle Erregung mit genitaler Stimulation und der Orgasmus weiterhin möglich.

Die meisten Fragen der Männer betreffen die Ejakulation. Hierbei müssen die Operateure oft die anatomischen Verhältnisse erklären. So bleibt die Ejakulatmenge auch nach der Unterbindung – nun ohne Spermienbeimengung – praktisch gleich gross. Mit anderen Worten, der Mann kann von Auge nicht erkennen, ob sein Samenerguss Spermien enthält. Der mit Spermien versetzte Flüssigkeitsanteil aus den Hoden beträgt in etwa 5% des Gesamtejakulats. Dieses variiert bekanntlich je nach Stimulationsintensität, sexueller Aktivität und Alter.

Ob sich aber die kleine körperliche Veränderung am Genitale, die operative Unterbindung der beidseitigen Samenleiter, langfristig auf die Sexualfunktion bei Selbstbefriedigung (SB) und partnerschaftlichem Geschlechtsverkehr (GV) auswirkt, bleibt dem Autor und Operateur wie auch seinen Berufskollegen meist verborgen.

Weil das körperbasierte Sexocorporel-Modell von Jean-Yves Desjardins (Desjardins J.-Y., Chatton, Desjardins L., Tremblay, 2011) erklärt, dass selbst kleine Veränderungen in den vier auf die Sexualität Einfluss nehmenden Komponenten (Physiologie, Kognitionen, Sexodynamik und Beziehungen) Veränderungen in der persönlichen Sexualität bewirken können, stellen sich dem Autor nun folgende Fragen: Sind denn „no news“ seiner operierten Männer auch „good news“? Oder kann der Schein der medizinisch belegten äusserst geringen „bad news“ in der Literatur täuschen? Verhalten sich sexuelle Zufriedenheit und der Bezug zum eigenen Geschlecht im Langzeitverlauf wirklich so stabil? Spannende Fragen, denen der Autor in dieser Arbeit nachgeht.

Für den Autor und operativ tätigen Urologen mit sexologischem Schwerpunkt muss es von Bedeutung sein, mehr über die generellen Auswirkungen seines operativen Tuns bei der Unterbindung des Mannes zu erfahren. Da die Unterbindung bekanntlich zu den häufigsten Operationen gehört, würde es seiner Einschätzung zufolge eine grosse Bedeutung für den jeweiligen Mann und auch seine Partnerin haben. Die postoperative Sexualität hat aber im medizinischen Behandlungssetting des Urologen praktisch keinen Raum. Zudem sind Erwartungen an die Operation und Behandlungsziele für den Patienten und den Arzt wohlgeordnet nicht immer deckungsgleich. Was ist denn eine gelungene Operation? Das Verständnis und die Wahrnehmung der Patientenansichten sind von Seiten des Arztes zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses für oder gegen eine Unterbindung sehr wichtig.

Als sexuelle Wesen sind wir von frühester Kindheit an bis ins hohe Alter befähigt, sexuelle Lernschritte und Erfahrungen zu machen. Operationen am Genitale sind körperliche Veränderungen, die die eigene Sexualität beeinflussen können. Sie haben somit eine grosse Bedeutung auch für viele Männer unterschiedlichsten Alters. Neben der ebenso häufig durchgeführten Beschneidung (Zirkumzision) betrifft die Unterbindung als Operation am männlichen Genitale das Identifikationsmerkmal des Mannes und damit die Männlichkeit zentral. Vor einem Jahr hat der Autor die postoperative Veränderung im Rahmen der männlichen Beschneidung genauer beleuchtet. Eine wichtige Quellenangabe war damals das Buch „Un-heil: Vorhaut, Phimose & Beschneidung – Zeitgemäße Antworten für Jungen, Eltern und Multiplikatoren“ von Lichtenheldt (2017). Darin wird die operative Veränderung am äusseren Genitale beschrieben und auch wie sich die Beziehung des Jungen oder des Mannes zu seinem Penis durch die äusserlich sichtbare Operation verändern kann – in positivem wie auch negativem Sinne. Interessant im Vergleich hierzu wäre, wie sich im Falle der Unterbindung, einer nach abgeschlossener Wundheilung äusserlich nicht mehr sichtbaren körperlichen Veränderung beim operierten Mann, langfristig auswirken kann. Diesen Fragen eingehend nachzugehen und dabei die Bedeutung einer sexologischen Begleitung vor und nach der Unterbindung zu evaluieren, ist das Hauptziel dieser Masterarbeit.

3 Medizinische und sexologische Fachbegriffe sowie Abkürzungen

Die im Text verwendeten medizinischen und sexologischen Fachbegriffe möchte der Autor im Folgenden mit eigenen Worten beschreiben. Diese Erklärungen sollen einem besseren Verständnis des Textes dienen.

Die beiden geschlechtsspezifischen Potenzen des Mannes, die **Zeugungsfähigkeit** (Potentia generandi) und die **Beischlaffähigkeit** (Potentia coeundi), sind dem Mann auf seinen sexuellen Lebensweg mitgegeben und bedeuten seine körperliche Identifikation. Analog dazu definiert sich die Frau über ihre beiden Potenzen, die weibliche Beischlaffähigkeit (Rezeptivität) und die Fruchtbarkeit oder Fähigkeit, ein Kind auszutragen. Bei beiden Geschlechtern sind diese körperlichen Potenzen altersbedingten Grenzen und Veränderungen ausgesetzt.

Die Zeugungsfähigkeit ist dem Mann prinzipiell bis ins hohe Alter vergönnt, obschon die Reproduktivität mit der Spermienqualität ab dem mittleren Lebensabschnitt nachlässt. Im Vergleich dazu ist die reproduktive Lebensphase der Frau abhängig von der Verfügbarkeit von entwicklungsfähigen Eizellen und somit schärfer limitiert. Die **Menopause** oder körperliche Abänderung beginnt bei der Frau individuell ab dem fünften Lebensjahrzehnt. Sie ist auch ein Abschied von der Möglichkeit, Kinder auf die Welt zu bringen. Zu Schwangerschaften kommt es daher ab etwa dem 40. Lebensjahr immer seltener. Diese Altersgrenze hat sich bei der Frau trotz gesteigerter Lebenserwartung nicht verändert. Eine solche natürliche Begrenzung in der Zeugungsfähigkeit kennt der Mann nicht, obwohl man auch bei ihm in der gleichen Lebensphase von einer männlichen Abänderung, in Fachkreisen **Andropause** genannt, spricht. Diese ist aber nicht so klar definiert und äussert sich nicht bei jedem Mann gleich. Hauptsächlich liegen bei der Andropause absinkende Testosteronwerte und eine im Vergleich zur Jugend nachlassende sexuelle Potenz vor. Es können noch viele andere Symptome in diesem Zusammenhang auftreten. Die Zeugungskraft aber bleibt durchaus erhalten.

Der **Unterbindung des Mannes** (Sterilisation, Vasektomie) entspricht die operative Unterbrechung des Samenleiterverlaufs beider Hodensackseiten und damit der Verschluss des Transportkanals der Spermien. Die Spermien können nun nach ihrer Reifung im Hodengewebe nicht mehr in die prostatistische Harnröhre gelangen und werden stattdessen durch körpereigene Zellen wieder abgebaut. Der analoge Eingriff bei der Frau, oft nach einer Kaiserschnittgeburt durchgeführt, nennt man Eileiterunterbindung oder Tubensterilisation.

Hoden (Testis) sind paarige Geschlechtsdrüsen des Mannes, welche als Hauptproduktionsstätte des männlichen Geschlechtshormones Testosteron gelten. 90% der Gesamtproduktion des Testosterons im Körper erfolgt in den Hoden; 10% werden durch die paarigen Nebennierenrinden, am jeweiligen Nierenoberpol gelegen, produziert. Die zweite Hodenfunktion nebst der Hormonproduktion ist die Spermienreifung. Das Stützgewebe bildet – vergleichbar mit der Traubenreifung in Rebstöcken – die Spermien in verschiedenen Reifungsstufen heran. Die Hoden reifen vorgeburtlich in der hinteren

Bauchhöhle, dem Retroperitoneum, heran und wandern bei den meisten Buben noch vor der Geburt über die Leistenkanäle in die Hodensackhälften. Die temperaturempfindliche Spermienproduktion verlangt eine extrakorporelle Lage der Keimdrüse Hoden.

Nebenhoden (Epididymis): Er stellt das Bindeorgan zwischen Hoden und Samenleiter dar, ist fest mit dem Hoden verwachsen, wie ein französisches Beret dem Kopf anliegend. Der Nebenhoden nimmt die feinen Hodenkanälchen des Hodengewebes auf, wo sie sich vereinigen, und mündet schliesslich in den am Hodensack gut zu tastenden Samenleiter, dem Transportkanal der Spermien.

Der **Samenstrang** (Funikulus spermaticus) entspricht der Gesamtheit aller den Hoden versorgenden Strukturen. Zu diesen gehören die Arterie, Venen, Nerven und der Samenleiter. Diese Versorgung wird äusserlich durch den Kremastermuskel umfasst, die sich bis in die Hodensackhaut fortsetzt.

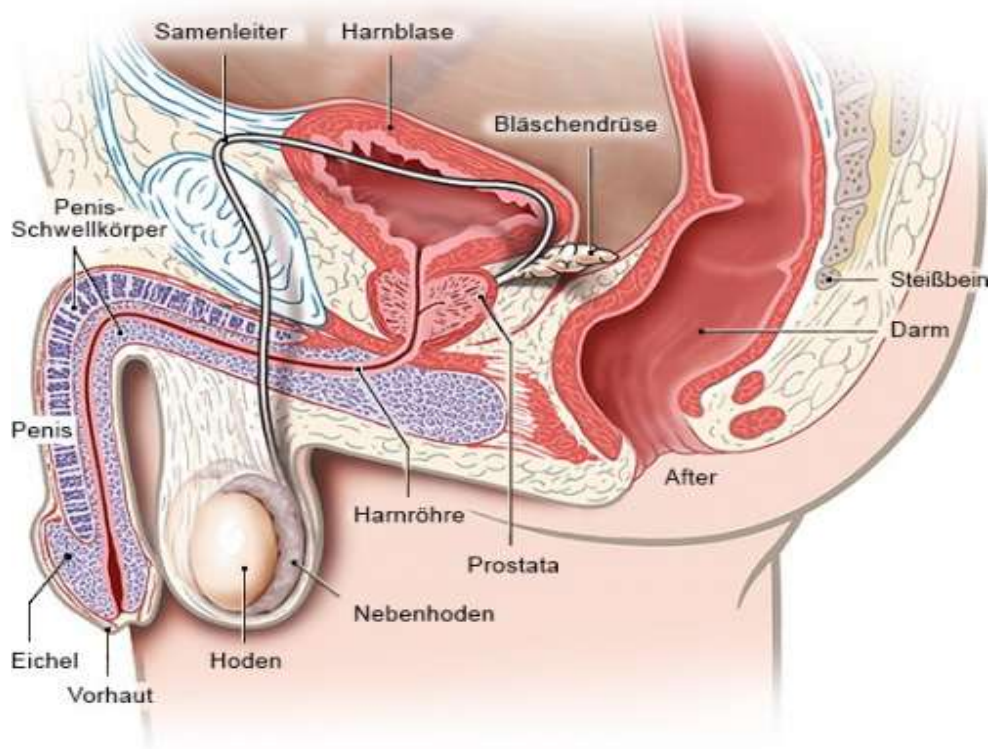
Der **Samenleiter** (Vas deferens) ist der Transportkanal der Spermien in Richtung der Prostataharnröhre. Der Samenleiter hat einen sternförmigen Kanalquerschnitt, dessen Wandmuskulatur für die Fortbewegung der Spermien in Richtung der Samenblasen, der Prostata und schliesslich in die prostatistische Harnröhre dient.

Prostata und Samenblasen (Glandula prostaticae und Vesiculae seminales): Sie gehören zu den akzessorischen Geschlechtsdrüsen des Mannes und liegen im kleinen Becken direkt um die männliche Harnröhre, sind also unmittelbar unterhalb der Harnblase angeordnet. Ihre Funktion ist die Produktion der Samenflüssigkeit, also dem Hauptvolumen des Ejakulats. Die Prostata ist eine muskuläre Drüse und presst sich beim Orgasmus über zahlreiche in die Harnröhre mündende Drüsengänge aus.

Der **Samenhügel** (Colliculus seminalis) ist eine kleine Erhebung in der äusseren Prostataharnröhre, in welche die Samenleiter beider Seiten einmünden. In ihm werden die Spermien dem Ejakulat beigemischt.

Der **Samenerguss** (Ejakulat) ist gleichbedeutend mit der Gesamtheit des Samenausstosses: Das Ejakulat enthält neben den Spermien auch die Samenflüssigkeit aus der Prostata und den Samenblasen. Erst mit dem verflüssigten Prostata- und Samenblasensekret vereinigt wird den Spermien die Wanderung aus eigenem Antrieb in den weiblichen Genitaltrakt ermöglicht.

Zum besseren Verständnis der Begriffe folgt auf der nächsten Seite eine entsprechende bildliche Darstellung der männlichen Beckenanatomie.



Penis als geschlechtliches Identifikationsmerkmal des Mannes: Der Mann definiert seine Männlichkeit im Wesentlichen über seinen Penis und seine einwandfreie Funktion in der Sexualität. Die beiden Potenzen „*potentia coeundi*“ (penetrationsfähige Erektion) und „*potentia generandi*“ (Zeugungsfähigkeit) sind eng mit dem Penis verbunden.

Aufgrund der äusserlichen Lage am Körper können sowohl der kleine Junge, als auch der erwachsene Mann ihren Penis im schlaffen und auch erigierten Zustand optisch gut wahrnehmen. Es ist daher für sie im Vergleich zum Mädchen oder der Frau leichter, schon früh einen Bezug zu ihrem Geschlecht aufzubauen. Beim Mann dominiert deshalb auch der visuelle Erregungsreiz zur Auslösung einer sexuellen Erregung. Diese Beziehung zum Geschlecht kann durch eine Operation am Geschlecht verändert werden. Die Reaktion des Mannes auf die körperliche Veränderung einer Operation, ob sichtbar oder nicht, kann von verschiedensten Emotionen wie Leiden, Angst, Hoffnung, Freude oder Stolz begleitet sein.

Sexuelle Gesundheit: Die sexuelle Gesundheit des Mannes ist untrennbar mit der Gesundheit insgesamt, mit seinem Wohlbefinden und seiner Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen (WHO Definition).

Sexuelle Zufriedenheit von Männern: Sie ist eng an die sexuelle Gesundheit gebunden und kann mit dem befriedigenden Erleben von sexueller Erregung – alleine oder in

Partnerschaft – beschrieben werden. Sie stellt einen Idealzustand der persönlichen Sexualitätsgestaltung dar, den jeder sexuell aktive Mann anzustreben versucht. Der sexuelle Erregungsmodus und somit auch der sexuelle Resonanzraum kann dabei eine wichtige Rolle bezüglich der Lustfunktion spielen.

Die **Selbstbefriedigung** (Onanie, Masturbation) ist die Fähigkeit, sich selbst durch Stimulation der Genitalorgane oder erogenen Zonen sexuell zu erregen. Die Erregungssteigerung kann zu einem Orgasmus führen, sofern der Point of no return (PONR) in der Stimulationsintensität überschritten wird. (Abkürzung: SB).

Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr (Paarsexualität, penetrierender Geschlechtsverkehr) wird die Paarsexualität oder die sexuelle Aktivität mit dem Partner genannt, die meist innerhalb einer Beziehung praktiziert wird. (Abkürzung: GV).

4 Fragestellung und Hypothese

In der vorliegenden Masterarbeit wird der Autor anhand einer Literaturrecherche relevante Daten die männliche Unterbindung (Vasektomie) betreffend vorstellen und im Vergleich zu seiner klinischen Erfahrung interpretieren. In Ergänzung der medizinischen oder funktionellen Operationsresultate ist der Autor an sexologischen Qualitätsaspekten der Operation interessiert. Im Fokus steht eine ganzheitliche Sichtweise auf die männliche Sexualität, die Urologen in der täglichen Sprechstundentätigkeit bei unterbundenen Männern bislang eher weniger erfragen. Es wird untersucht, ob eine solche in medizinisch-fokussierten Studiendesigns zu finden ist.

Nach Einschätzung des Autors wurden aber explizit sexologische Aspekte in Anlehnung an das Sexocorporel-Modell von Jean-Yves Desjardins eher wenig erforscht. Die Hauptkomponenten, die die Sexualität prägen – die Physiologie, die Sexodynamik, die Kognitionen und auch Beziehungsaspekte – wurden, so die Annahme, bislang noch nicht zusammenhängend untersucht. Sollte sich diese Hypothese in der vorliegenden Recherche bestätigen, könnte der Autor im Rahmen der Masterarbeit nicht nur erste eigene Daten von urologisch operierten Patienten erheben, sondern sich auch vorstellen, auf deren Basis zu Langzeitergebnissen zu gelangen.

Um das Ziel, nämlich die gesamtheitliche Beurteilung eines unterbindungswilligen Mannes erreichen zu können, muss der Urologe nach Ansicht des Autors dessen persönliche und partnerschaftliche Sexualität sowie dessen Bedürfnisse und Anliegen (ebenso wie diejenigen der Partnerin) erfragen. Zudem muss auf deren Fragen und Bedenken Rücksicht genommen werden. Eine fundierte präoperative Patientenaufklärung und eine perioperative sexologische Begleitung sollen die langfristige sexuelle Zufriedenheit des Mannes und

damit auch der Partnerin garantieren. Der Autor beabsichtigt also, die Wertigkeit oder Sinnhaftigkeit eines sexologisch erweiterten Beratungsangebots bei der Unterbindung aufzuzeigen, das auf einer medizinischen und sexologischen Indikationsstellung der Unterbindung, der Entscheidungsfindung, der Operation selbst und auch der postoperativen Nachbetreuung basiert. Zudem interessiert den Autor der Einfluss der operativen Unterbindung auf die sexuelle Selbstsicherheit und das Selbstverständnis des Mannes.

5 Methoden

Das operative Resultat der Unterbindung wird in der gängigen urologischen Literatur vor allem sexualmedizinisch beurteilt. Des Autors Interesse liegt jetzt aber darüber hinaus im Erforschen der sexuellen Zufriedenheit unter Berücksichtigung der sexologischen Aspekte und der Bedeutung des Männlichkeitsverständnisses sowie der postoperativen Resilienz. Der Bezug des Mannes zu seinem Körper und seinem Genitale, sowie sein Körpersensorium stehen dabei im Zentrum.

Publizierte Daten werden in medizinischen Datenbanken wie z.B. in Pubmed, Medline, Google Scholar etc. und auch in Bibliotheken recherchiert. Der Fokus liegt hauptsächlich auf der Literatur ab ca. 1990 bis ins Jahr 2019. Bezüglich der neuesten Publikationen werden auch Beiträge des 71. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Hamburg (18. bis 21.09.2019) und der Urologie Update Veranstaltung in Frankfurt (08. bis 09.03.2019) mit einbezogen.

Die qualitative Datenerhebung erfolgt mittels Interviews von vier urologischen Patienten nach der üblichen OP-Aufklärungsgespräche. Zwei der vier Männer werden der Kontroll- oder Referenzgruppe zugeteilt; die anderen beiden Männer bilden die sexologische Gruppe und werden nach der OP-Aufklärung zusätzlich zu einem sexologischen Interview *vor* der Operation geladen. Ungefähr sechs Wochen nach der Unterbindung befragt sie der Autor nochmals sexologisch zu ihrer Situation. Die Männer der Kontrollgruppe werden nur postoperativ zu einem Interview geladen und dabei auch sexologisch befragt. Für das sexologische Vor- und Verlaufsgespräch hat der Autor einen entsprechenden Interviewfragekatalog erstellt (siehe Anhang 17.3).

Die vier Männer bezeugen ihr Einverständnis zur sexologischen Erhebung nach erhaltener Studieninformation mit dem Unterzeichnen des entsprechenden Einverständnisformulars (siehe Anhang 17.2).

Die Interviewfragen werden in einen präoperativen und postoperativen Teil gegliedert und in Fragekategorien eingeteilt. Die Kategorien des ersten Teils bilden der Bezug zum Geschlecht, die Selbstbefriedigung, die Paarsexualität, der Genuss der sexuellen Aktivität, die sexuelle Krisenbewältigung, der Entscheid zur Unterbindung, die Information zur Unterbindung und das präoperative Männlichkeitsverständnis.

Der zweite Teil der Befragung beinhaltet die Kategorien der Entscheidungsfindung, das perioperative Erleben, die postoperative Sexualität, der postoperative Bezug zum Geschlecht als Sexualpartner, der Klient als Experte, das postoperative Männlichkeitsverständnis und der postoperative Bezug zum Kinderwunsch. Selbstredenderweise können sich während der Interviews neue Kategorien ergeben.

Die Interviewdatenerhebung wird durch Rückmeldungen ergänzt, die der Autor aus zwei weiteren Interviews erhalten hat: Einem Telefoninterview mit einer Sexologin und einem Mann, der die beabsichtigte Unterbindung nach sexologischer Beratung abgesagt hat.

Der Autor wird im Analyseteil die Interview-Transkripte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2015) untersuchen und die sich ergebenden Hauptkategorien mit entsprechenden Aussagen der Interviewpartner belegen. Jeder Kategorie wird eine Farbe zugeordnet und die Aussagen werden entsprechend der Kategorie beziehungsweise der Farbe markiert. Dieser Schritt dient der Strukturierung der Aussagen und ist in dieser Arbeit nicht zusätzlich dokumentiert beziehungsweise ersichtlich.

6 Die operative Unterbindung im gesellschaftlichen Kontext

Um die medizin-historischen Wurzeln der männlichen Unterbindung aufzugreifen, muss man sich vorerst von der heute etablierten OP-Indikation, nämlich der Kontrazeption, lösen: In früheren Zeitepochen wurden Männer einer Unterbindung im erweiterten Sinne, einer Kastration also, unterzogen. Diese kastrierten Männer nannte man Eunuchen. Sie mussten die Operation aus beruflichen oder funktionellen Gründen auf sich nehmen. So wurden sie oft schon im Kindesalter kastriert, um unter Wegfall der Testosteronwirkung der pubertären Virilisierung zu entgehen. Unter vielen hormonellen Wirkungen des Testosterons im männlichen Körper wurde damit im Speziellen das Ausreifen der sekundären Geschlechtsmerkmale in der Pubertät verhindert. Es kam bei diesen Personen weder zur typischen männlichen Körperbehaarung und Ausprägung der Muskulatur, noch zur geschlechtstypischen Kehlkopf- und Stimmbandveränderung. Der Stimmbruch blieb bei Eunuchen folglich aus, weshalb ihnen die hohe Stimmlage für den stimmlichen Einsatz auf

den Opernbühnen erhalten blieb. Die Kastration bedeutete anatomisch also die operative Unterbindung aller den Hoden versorgenden Blutgefäße und Nerven sowie auch des Samenleiters auf beiden Seiten. Der letzte bekannte Eunuch, von dem heute sogar noch ein Tondokument existieren soll, war Alessandro Moreschi (1858 bis 1922). Er war päpstlicher Sänger in der Sixtinischen Kapelle.

Nach dem Verschwinden der Eunuchen von den Opernbühnen der Welt bekam die Kastration um die Jahrhundertwende des 19./20. Jahrhunderts eine eher negative, sogar verhasste und mit Scham behaftete Bedeutung. Die zunehmende Geschlechterdichotomie des 19. Jahrhunderts vertrug sich sozial und politisch nicht mehr mit dieser speziellen Form der Geschlechtsmodifikation. Die Kastration wurde somit dann nur noch im Rahmen von Therapien zur Behandlung von Lepra, Tuberkulose und Gicht durchgeführt.

Im Umdenken der Bevölkerung und Fachleute wurde damals das Verschwinden von Hodengewebe als viel schwerwiegender aufgefasst als die möglichen psychologischen Auswirkungen der Kastration selbst. War ein Mann einmal kastriert, wurden postoperativ nicht selten diverse Ersatzmittel eingesetzt, um sein Männlichkeitsgefühl bewahren zu können.

Die neue Operationstechnik der Unterbindung, im medizinischen Kontext mehrheitlich Vasektomie genannt, meint das alleinige Durchtrennen und das Abbinden des Samenleiters. Der neue Eingriff machte die Kastration überflüssig. Die Unterbindung war fortan in Europa nach 1900 im Rahmen von medizinisch-administrativen Maßnahmen und psychiatrischen Behandlungen aus Gründen der Fortpflanzungskontrolle gebräuchlich.

Im Gegensatz zu dieser Entwicklung erregte die noch immer praktizierte rituelle Kastration der Skopzen, einer altrussischen Sekte von Gläubigen, die Aufmerksamkeit der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Forscher. Diese Sekte entstand im späten 18. Jahrhundert in Russland. Nach ihrer Verfolgung breitete sie sich um 1820 bis nach Rumänien aus. Die Mitglieder propagierten die sexuelle Askese und führten die genitale Verstümmelung des äusseren Genitales bei Männern und der Brüste bei den Frauen durch. Die Sektenanhänger der Skopzen waren die letzten, die eine vergangene Form von Männlichkeit und Weiblichkeit praktizierten. Sie hatten auffallende physiognomische, psychologische und soziologische Eigenschaften. Die Geistlichen Skopzen spalteten sich im 19. Jahrhundert schliesslich ab und lebten die sexuelle Askese, dies aber ohne genitale Verstümmelung (Wilsen et Roehrborn, 1999).

Mündliche Überlieferungen der letzten europäischen Eunuchen (d.h. mit den Eunuchen geführte Interviews) waren paradoxerweise ein Weg, den männlichen Körper zu erforschen, zu einer Zeit, als die Lehre der Hormone (Endokrinologie) noch in ihren Kinderschuhen steckte. Das männliche Geschlechtshormon konnte nämlich erst um 1935 chemisch isoliert werden.

So ist es zu erklären, dass in der Vorzeit dieses medizinischen Meilensteins noch viele Experimente ohne wissenschaftliches Fundament oder Kenntnisse der Hormonwirkung durchgeführt wurden: Ein herausragendes Beispiel hierzu lieferte Charles Brown-Séquard (1817-1894), der mit Injektionen von Hodenextrakten experimentierte und die Rolle von Hoden und Eierstöcken mit der Produktion von „inneren Sekreten“ in Zusammenhang brachte. Das Geschlechtsorgan Hoden wurde somit vermehrt Interessensziel der medizinischen Forschung, da man es in Verbindung mit Vitalität und Männlichkeit brachte. In der Zwischenkriegszeit der 20er Jahre – zwischen dem Ersten und Zweiten Weltkrieg – sorgten medizinische Anwendungen der alleinigen Unterbindung des Samenleiters im Studienrahmen nochmals für grosses Aufsehen. So propagierte der Österreicher Eugen Steinach (1861-1944) in den 20er Jahren mit der Unterbindung eine neue Methode, um eine körperliche Verjüngung des männlichen Körpers zu erreichen (Walch, 2016). Aufgrund der zuvor mit der Kastration gewonnenen Erkenntnisse vermutete man, dass aus dem Hodengewebe gewonnene Substanzen einen unvergleichlichen Verjüngungseffekt zu haben scheinen. Steinach entwickelte im weiteren Verlauf das chirurgische Verfahren der Unterbindung oder Vasektomie, um die mit Männlichkeit verbundenen Merkmale zu stimulieren. Die Verhinderung der Spermienproduktion, im heutigen Sinne der Weitertransport der Spermien aus dem Körper hinaus, würde Steinachs Ansicht zufolge die Vorteile männlicher Hormonproduktion nochmals erhöhen. Der Grundgedanke hinter diesen Eingriffen war eine operativ induzierte Proliferation der Leydig-Zwischenzellen im Hodengewebe. Dies sollte nach damaliger Einschätzung auch zur Steigerung der Testosteron-Produktion und damit zur somatischen Verjüngung führen. Auch der positive Einfluss auf die Spermien- resp. Keimzellproduktion mit der damit verbundenen Keimzellenergie als Ursprung neuen Lebens konnte eine Rolle gespielt haben. Die medizinische Forschung brauchte aber noch weitere zehn bis zwanzig Jahre, um den Testosteron-Hormonregelkreis wirklich zu verstehen. So wurde die Vasektomie, damals auch Steinach-Operation genannt, zu einer europaweit bekannten Verjüngungsmethode, der sich angeblich auch Sigmund Freud bei Doktor Steinach unterziehen liess (Stoff, 2004). Zu gleicher Zeit entwickelte sich eine weitere Operationstechnik, die auf der revitalisierenden Eigenschaft der Hodenfunktion basierte. Serge Voronoff (1866 bis 1951) war Direktor am Experimentellen Chirurgielabor am Collège de France und führte Transplantationen von Affenhodenfragmenten auf den Menschen durch (Réal, 2001). Interessanterweise gab es reichlich daran interessierte und zahlungskräftige Kundschaft, so dass er gleich zwei Kliniken in Paris und an der Cote d'Azur betreiben konnte. Leider war der Erfolg nur von kurzer Dauer, schon Mitte der 1930er Jahre verdrängte das nun synthetisch hergestellte Hormon Testosteron endgültig seine einzigartigen Hodentransplantationen.

In der Zwischenkriegszeit wurde die Unterbindung auch erstmals in eugenisch motivierten Projekten mit dem Ziel der Zeugungskontrolle in bestimmten Gesellschaftskollektiven durchgeführt. So wurde in Europa zwischen 1928 und 1938 in mehreren demokratischen Ländern (z.B. im Kanton Waadt der Schweiz, in Dänemark, Schweden, Finnland, Norwegen, Estland und Island) Gesetze zur Auferlegung der Sterilisation verabschiedet. Insbesondere wurde im NS-Deutschland am 14. Juli 1933 ein Sterilisationsgesetz verabschiedet, wonach bis zu 400'000 Menschen sterilisiert wurden. Frauen waren dabei zwar am stärksten betroffen, doch auch viele Männer wurden schon allein wegen ihrer Herkunft, eines körperlichen oder geistigen Handicaps, der Vererbung oder ihrer sozialen Schicht einer Vasektomie unterzogen. Bei der Indikationsstellung der unter Zwang verordneten Unterbindung wurde auf physische oder psychische Konsequenzen überhaupt keine Rücksicht genommen, da die Virilität der Betroffenen von Anfang an als minderwertig eingestuft wurde. In der Weimarer Republik wurden im Parlament auch Gesetzesentwürfe zur Zwangsunterbindung von Kriminellen oder aber als Gegenleistung und Tauschgeschäft für eine vorzeitige Haftentlassung diskutiert. Dabei zeigten sich sogar Vertreter unterschiedlicher politischer Richtungen aktiv in der Entscheidungsfindung.

Die Entwicklung hin zur definitiven Verhütungsmethode wurde durch die weite Verbreitung der Vasektomie als therapeutische und eugenische Operationsmethode gefördert. Die zeitgleich verbreiteten, unterschiedlichen Anwendungszwecke vermochten jedoch sehr zu verwirren. Am Kongress der Weltliga für Sexualreform, der 1921 von Magnus Hirschfeld (1868 bis 1935) ins Leben gerufen wurde, diskutierten die Teilnehmer die drei Ziele der Unterbindung – eugenische Fortpflanzungskontrolle, Verjüngung und Verhütung – intensiv. Norman Haire (1892 bis 1952), australischer Sexualwissenschaftler und Präsident der Liga, wie auch viele Ärzte proklamierten die wissenschaftliche Legitimität der Steinach-Operation, da die Sterilisation zwecks Verjüngung auch ausserhalb von Arztpraxen im Geheimen durchgeführt wurde. Die ersten geheimen Unterbindungen wurden in Österreich 1927 durchgeführt, insbesondere in anarchistischen Kreisen in Wien und Graz. Gut organisierte Netzwerke ermöglichten dort die ärztlich durchgeführte Operation. Obwohl zeitgleich auch Interessensverbände für das Recht auf Unterbindung entstanden, wurde sie noch lange gerichtlich geahndet. Verantwortliche Chirurgen konnten (wie z.B. in den 1930er Jahren in Frankreich und Österreich) zur Rechenschaft gezogen, inhaftiert und auch zu Zwangsarbeit verurteilt werden.

In der Presse wurde die Operation am Gemächt des gesunden Mannes sehr kontrovers diskutiert, da die Sterilisierung ja an körperlich und geistig gesunden Männern durchgeführt wurde. Die gesellschaftlichen Normen für Männlichkeit, aber auch das Interesse des Landes selbst am reproduktiven Mann befeuerten die Debatten. In der Öffentlichkeit hing

der Sterilisation immer noch der schlechte Ruf der Kastration an. Im Gegensatz zu den chirurgisch-beteiligten Ärzten wurden die freiwillig Sterilisierten nicht strafrechtlich verfolgt. So konnte sich die Operation in einigen europäischen Ländern anfangs diskret als Verhütungsmethode etablieren. Sie wurde später zunehmend legalisiert und auch von der Bevölkerung westeuropäischer und nordamerikanischer Länder weitgehend akzeptiert. Die drei zeitgleich etablierten Operationsindikationen – Verjüngungsbehandlung, Eugenik und Kontrazeption – reduzierten sich nach dem Zweiten Weltkrieg hauptsächlich auf den Einsatz in der Kontrazeption. Das doch langsamere Tempo in der Legalisierung und Verbreitung der freiwilligen Sterilisierung von Männern in bestimmten Kulturen spiegelt die komplexe Beziehung zwischen Männlichkeit und Sterilität bis heute wider.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in vielen europäischen Ländern, welche eugenische Gesetze verabschiedet hatten, weiterhin autoritäre, durch politische Behörden veranlasste Unterbindungsoperationen an Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen durchgeführt. In der Schweiz wurden bis ins Jahr 1980 Zwangssterilisationen bei Frauen vorgenommen. Die Unterbindung wurde ab den 60er und 70er Jahren immer mehr zu einer gängigen Sterilisationsmethode auch in so genannten Ländern der Dritten Welt (Indien, Bangladesch und China), und sie konnte sich auch in den Vereinigten Staaten und in Australien zu einer weit verbreiteten Verhütungsmethode entwickeln. Dennoch blieb der operative Eingriff in den meisten europäischen Ländern illegal, so dass er im Geheimen durchgeführt werden musste. Es gab auch Organisationen, wie etwa die „Jeunes Libentaires“ in Frankreich, die ihr Wirken für das Recht auf Vasektomie als Kontrazeptionsmethode auch ins nahe Ausland, z.B. in die Schweiz ausdehnten (Serna, 2016). Die britische „Family Planning Association“, bereits 1930 gegründet, eröffnete 1968 die erste Vasektomieklinik in Cardiff, dies sogar vier Jahre vor der Legalisierung der Operation. Erste legale Werbung für den Eingriff war erst 1976 in Publikationen für Männer möglich. Paare konnten ab diesem Zeitpunkt über die Operationsmethode als empfängnisverhütende Option informiert werden. In den Niederlanden haben paramedizinische Mitarbeiter seit den 1970er Jahren das Recht Unterbindungen vorzunehmen, was sicher zur weiteren Verbreitung der Praxis beitrug.

Ganz anders präsentierte sich die Situation in Frankreich bis ins Jahr 1974, als die Männer noch ins Ausland mussten, um unterbunden zu werden. Erst später formierte sich eine Bewegung zur Entkriminalisierung der Abtreibung und den freien Zugang zur Sterilisation von Männern. Mit dem Text mit dem Titel „*Nous sommes vasectomisés. Manifeste pour la stérilisation masculine*“ (Wir wurden vasektomiert: Ein Manifest für die Sterilisation von Männern) propagierte eine Vereinigung den freien Zugang zur Empfängnisverhütung, die

letztendlich aber nie entstanden ist. Die „Fédération Anarchiste“ organisierte damals die erste Konferenz zur Vasektomie. Es dauerte aber noch bis ins Jahr 2001, bis die Sterilisation für Verhütungszwecke in Frankreich legalisiert wurde – dies zwölf Jahre nach Spanien und zu einer Zeit, als es in Grossbritannien bereits 25 Spezialisierungszentren gab. In Deutschland werden heute jährlich rund 50.000 Vasektomien durchgeführt. Die proportionale Häufigkeit der Unterbindung in der Schweiz entspricht in etwa derjenigen von Deutschland. Gegenpart zur verbreiteten Akzeptanz der Unterbindung im deutschsprachigen Raum ist z.B. die „Selbsthilfegruppe vasktomiegeschädigter Männer“, die auf ihrer Homepage auf negative Folgen der Kleinoperation hinweisen will.

7 Alternativen zur Unterbindungsoperation für den Mann

Weltweit wenden rund ein Viertel der Paare vom Mann vorgenommene kontrazeptive Methoden an. Zu den drei einfachsten klassischen Methoden zählen das Kondom, die Abstinenz unter Berücksichtigung des weiblichen Menstruationszyklus und der Koitus interruptus. Laut einer Umfrage in Grossbritannien (Survey Research Association, 1992) liegt bei rund drei Vierteln der Männer im Alter von 18 bis 54 Jahren eine hohe Bereitschaft vor, auch eine hormonelle Verhütungsmethode anzuwenden. Von den allein vom Mann anwendbaren und praktizierten Verhütungsmethoden wie auch von der aktuell noch nicht verfügbaren „Pille für den Mann“ seien im Folgenden einige Eckpunkte erwähnt.

Kondom: Schon 1200 v. Chr. verwendete König Minos Harnblasen von Fischen zur Empfängnisverhütung. Im Laufe der Geschichte wurde bezüglich dem verwendeten Material bei Kondomen immer wieder kurios experimentiert, bis dann im 17. Jahrhundert in England erste richtige Kondome produziert wurden. Die ursprüngliche Motivation zur Verwendung von Kondomen war damals der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere der Syphilis. Zunehmend und parallel dazu dienten sie natürlich auch gegen ungewollte Schwangerschaften. Schon damals wurde aber von der Beeinträchtigung des Genusses als Problem berichtet (Jütte, 2003).

Erst im 19. Jahrhundert wurden erste Kondome auf Latexbasis hergestellt (Charles Goodyear). Die Produktion der Kondome orientierte sich im weiteren Verlauf erst spät, ab 1996, an einer Normierung (Euronorm 600). Diese schrieb die Abmessungen genau vor und verlangte eine Reissfestigkeit von bis zu 18 Litern maximalen Füllvolumens. Trotzdem reißen 7-17% der verwendeten Kondome gemäss verschiedener Erhebungen im Rahmen partnerschaftlichen Geschlechtsverkehrs, bedingt durch falsche Anwendung und möglicherweise auch durch Material- und Produktionsfehler. So ist es nicht verwunderlich,

dass es dabei immer zu einer gewissen Anzahl ungewollter Schwangerschaften kommt und zudem ein beträchtliches Risiko bezüglich sexuell übertragbarer Infektionskrankheiten bestehen bleibt.

Zudem gibt es kulturelle Unterschiede in der Akzeptanz des Kondoms: In Japan beispielsweise verwenden 80 % der Paare Kondome, wohingegen in Afrika die Bereitschaft mit 1% praktisch nicht vorhanden zu sein scheint. Paare in der Europäischen Union gehören mit 25 % klar zum Mittelfeld. In der Verwendung von Kondomen liegen nach wie vor viele Unsicherheiten vor: So empfinden viele Paare und insbesondere die Männer eine deutliche Gefühlsminderung während des Geschlechtsverkehrs. Ausserdem vermag das Kondom nicht den gewünschten Schwangerschaftsschutz zu bieten. Dies schlägt sich auch im Pearl Index mit einem Wert von mindestens 2 bis maximal 12 nieder. Dieser Wert, benannt nach dem Biologen Raymond Pearl (1879-1940), ist ein Mass für die Sicherheit von Verhütungsmethoden. Er gibt die Rate von eingetretenen Schwangerschaften während eines Jahres unter einer bestimmten Verhütungsmethode an. Je niedriger der Pearl-Index ist, umso sicherer ist die Methode (Bsp. Keine Verhütung 85, Selbstbeobachtung von Temperatur/Zervixschleim 24, Coitus interruptus 22 und Pille/Vasektomie Mann 0.15-0.2).

Coitus interruptus (CI): Das bewusste Abbrechen des partnerschaftlichen Geschlechtsverkehrs mit dem Samenerguss ausserhalb der Scheide war über Jahrtausende notgedrungen die vorherrschende Verhütungsmethode, um die Kinderzahl einigermassen zu begrenzen. Gemäss Jütte (2003) war der CI in Deutschland anfangs des 20. Jahrhunderts die beliebteste Verhütungsmethode, da er den Vorteil mit sich bringt, dass er völlig frei von Nebenwirkungen und Kosten durchgeführt werden kann. Nachteilig in der sexuellen Praxis zeigt sich aber ein verminderter Lustgewinn bedingt durch eine hohe Versagerquote (22 von 100 Paaren berichten innerhalb eines Jahres von einer Schwangerschaft) und auch durch die trotz allem unerwünschte Distanz zum Sexualpartner (Trussell, Hatcher, Cates, Stewart et Kost, 1990). Die Sicherheit der Methode hängt sehr von der Übung der Partner ab, der Pearl Index schwankt je nach Literaturangabe oder Studie.

Aus sexologischer Sicht (insbesondere wenn man sich das Sexocorporel-Modell vor Augen führt) erschwert die CI-Methode das Entspannen und Loslassen auf genitaler wie auch auf emotionaler Ebene respektive das Erlangen eines Erregungsmodus mit geringerem Muskeltonus. Immer wieder wird von einer merklichen Beeinträchtigung des sexuellen Erlebens berichtet. Zudem kommen die Unsicherheit und die Sorge beim Mann und vor allem der Frau auf, ob er es wirklich rechtzeitig „schafft“. So wird vom Mann ein hohes Mass an Disziplin und Wachsamkeit gefordert, da ja nicht zuletzt bereits der präejakulatorische Lusttropfen Spermien enthalten kann. Dies wirkt einem gewünschten „Schweifen der

Aufmerksamkeit“ und der wechselnden „Anspannung und Entspannung“ des Muskeltonus im Becken entgegen.

Religiös-kulturelle Einflüsse sind in der Analyse der CI-Akzeptanz ebenfalls interessant: So gilt der CI bei den Katholiken als Sünde, im Islam hingegen ist er erlaubt. Mitteleuropäische Paare geben den CI praktisch nicht mehr als ihre hauptsächlich angewendete Verhütungsmethode an, türkische Paare mit 25-38% hingegen schon. Letztere praktizieren sogar mehr GV mit CI als mit der Pille. Gründe dieser kulturellen Differenzen stellen die Tradition und auch die Ablehnung von Kondomen von Seiten der türkischen Männer dar (Yüksel, 2005).

Pille für den Mann: Die hormonelle Kontrazeption gehört heute noch nicht zum verfügbaren Verhütungsarsenal des Mannes. Bei den Frauen ist diese Verhütungsform bekanntlich schon lange akzeptiert und etabliert. Die Anforderungen an ein analoges Produkt für den Mann sind gleich hoch, was bedeutet, dass es als Hauptwirkung eine Schwangerschaft bei seiner Partnerin zuverlässig verhindern soll, möglichst frei von unerwünschten Nebenwirkungen ist und auch keine negativen Einflüsse auf das Sexualleben – die Libido sowie die erektile Funktion – hat. Darüber hinaus werden ein schneller Wirkeintritt und eine vergleichbare Effektivität wie bei der Pille für die Frau gefordert. Im Falle eines Kinderwunsches muss sich nach Absetzen die kontrazeptive Wirkung schnell wieder abbauen und das Präparat auch von der Frau akzeptiert sein. Teratogene und schädigende Effekte auf die Nachkommen müssen ausgeschlossen werden können. Ausserdem muss der finanzielle Aufwand mit demjenigen anderer Kontrazeptiva vergleichbar sein. Bis anhin befinden sich solche Wirkstoffe noch in der Entwicklung und werden nur im Rahmen von Studien getestet (Amory, 2016).

Die Wirkungsweise der Pille für den Mann beruht im Wesentlichen auf der Unterbrechung des hormonellen Regelkreises zwischen dem Zwischenhirnanteil Hypothalamus, der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse), und den Keimdrüsen (Hoden). Das Hirn-Vorhormon FSH (Follikelstimulierendes Hormon) und das Testosteron aus dem Hoden regen die im Hodengewebe befindlichen Sertoli-Zellen zur Spermienreifung an. Die Spermien reifen – ähnlich den Trauben am Rebstock – über mehrere Entwicklungsstufen innerhalb von 90 Tagen zu reifen Keimzellen heran. Beim gesunden Mann beträgt die Anzahl mindestens 40 Mio.

Das Ziel der männlichen hormonellen Kontrazeption ist somit die Spermienfreiheit des Ejakulats (Azoospermie) zu erreichen. In klinischen Tests hat sich aber gezeigt, dass die alleinige FSH-Suppression nicht ausreicht, da auch Testosteron im Hoden seine positive Wirkung auf die Spermienreifung geltend machen kann. Aufgrund seines breiten Wirkspektrums – das Testosteron ist hauptsächlich für die sekundären männlichen

Geschlechtsmerkmale (Phänotyp) und die Spermienreifung verantwortlich – reguliert es aber auch in einem negativen Feedback-Mechanismus die Produktion der Vorhormone der Hypophyse. Testosteron ist somit das Hormon der Wahl zur hormonellen Verhütung des Mannes. In klinischen Studien musste zur Effizienzsteigerung dem Testosteronderivat aber noch ein Gestagen (Gelbkörper- oder Schwangerschaftshormon) hinzugefügt werden: Erst dann wurden in chinesischen Studien Pearl Indices um 1.1 erreicht, was in etwa denen der oralen Kontrazeptiva der Frau entspricht. Als Nebenwirkungen wurden in diesen eher kurzzeitigen Studien vor allem Nachtschweiss, Libidoveränderungen in beide Richtungen und Gewichtszunahmen beobachtet. Die Zeitschrift *Lancet* veröffentlichte eine multivariante Cox-Regressionsanalyse, die aufzeigte, dass sich die Spermatogenese nach Absetzen der hormonellen Kontrazeption innerhalb eines Jahres zu etwa 90% und innerhalb von zwei Jahren zu 100% erholte. Die Ethnizität, eine hohe Spermatogeneserate und die Studienlänge beeinflussen die Reversion. Insgesamt würden aber die Nebenwirkungen einen baldigen erfolgreichen Einsatz in der Masse verhindern. Dementsprechend fiel auch die Beurteilung eines Cochrane-Reviews (Grimes, 2012) aus, wonach sich aus unterschiedlichen Gründen weiterhin keines der pharmazeutischen Testpräparate für einen klinischen Einsatz in der männlichen Antikonzeption eigne. Zudem ist aus Erhebungen bekannt, dass nur die Hälfte der Männer eine hormonelle Verhütung akzeptieren und vielmehr selbst bei Verfügbarkeit eines Präparats das Kondom vorziehen würde. Und nicht zuletzt käme ein erfolgreicher Einsatz nicht um eine Akzeptanz bei den Frauen herum. Denn sie müssten die Kontrolle in der Verhütung abgeben und hätten im Schwangerschaftsfall die körperlichen Konsequenzen selbst zu tragen (Glasier, 2010).

Eine interessante Alternative zur hormonellen Antikonzeption könnten Wirkstoffe bieten, die bisher in der Behandlung von Hauterkrankungen entwickelt wurden. Die Blockade der für die Spermienproduktion notwendigen Retinsäure (Vitamin A) konnte in Tierversuchen erste Erfolge vermelden und dies erst noch ohne die oben beschriebenen sexuellen Nebenwirkungen. Auch die medikamentöse Lähmung der Samenletermuskulatur als Transportbarriere des Spermientransportes könnte gemäss Murdoch und Goldberg (2013) ein interessanter Ansatz in der Antikonzeption sein.

In Indonesien und Indien wird seit Mitte der 1980er Jahre des Weiteren ein Pflanzenextrakt von Gendarussa (*Justicia gendarussa*) erforscht: Die Blätter der Pflanze werden in Teeform bei bestimmten Stämmen auf Neuguinea von Männern schon seit Jahrhunderten zur Verhütung eingenommen. Im Unterschied zu den hormonellen Präparaten greift der Pflanzenwirkstoff nicht in den Hormonzyklus ein, sondern vermag eine Enzymwirkung zu unterbinden, was dazu führt, dass das Spermium nicht in die weibliche Eizelle eindringen

kann. Drei klinische Studien in Indonesien testeten von 2010 bis 2011 die isolierte Substanz am Menschen, woraus sich angeblich eine überraschend hohe Kontrazeption von 99% erreichen liess. Trotzdem bleiben zuverlässige Langzeitdaten aus, was auch die pharmakologische Review von O'Rand, Silva et Hamil (2016) gezeigt hat.

8 Rechtsgrundlagen und Einschätzung oder Freiheit des Operateurs

In dieser Masterarbeit steht bekanntlich die Frage im Zentrum, ob die sexologische Beratung des Mannes vor und nach der Unterbindung ein hilfreiches Angebot darstellt, und ob sie vielleicht auch dazu verhilft, die sexuelle Zufriedenheit für den Mann selbst und die Partnerin langfristig hoch zu halten. Die umfassende Beratung und Aufklärung über den Eingriff stellt sowohl im medizinischen wie auch im sexologischen Rahmen ein unabdingbarer Wissenstransfer dar. In operativen Disziplinen wie der Urologie besteht vor operativen Eingriffen auch aus juristischen Gründen eine mündliche und schriftliche Aufklärungspflicht. Das jeweilige Informationsbedürfnis der Männer ist aus Erfahrung des Autors sehr unterschiedlich ausgeprägt. Er hat zu Beginn seiner klinischen Tätigkeit nach dem Studium gerade noch die Zeiten erlebt, als eine mündliche Operationsaufklärung am Bettrand bei stationären Patienten formell ausgereicht hat. Diese war nicht minder persönlich und diente der Information, der Klärung von Unsicherheiten und der Etablierung der Arzt (Operator) – Patientenbeziehung vor der OP. Besiegelt wurde diese präoperative Visite, das Einverständnis des Patienten vorausgesetzt, mit einem Handschlag.

Nun haben sich aber in Zeiten von Regressansprüchen, Zweitmeinungen und Abklärungen von ärztlichen Kunstfehlern die Bedingungen für beide Seiten erheblich verändert. Der durchschnittliche Patient und Mann ist mündiger geworden und bringt seine Sicht in die Behandlung und Sprechstunde mit ein. Als positiv wertet der Autor das gewachsene Interesse und die Initiative des Patienten für seinen eigenen Körper. Dass er sein Schicksal in der ärztlichen Behandlung aktivgestalten will, gehört für Ärzte zur Tagesordnung. Auf der einen Seite formuliert der Patient heutzutage sein Anliegen, bringt sein Wissen und seine Fragen ein und erkundigt sich auch über Behandlungsoptionen und Kompetenzen des Arztes. Auf der anderen Seite muss sich der Arzt oder Operator, manchmal auch die Institution (Praxis, Klinik oder Spital), rechtlich absichern – analoge Entwicklungen lassen sich ja auch in anderen Berufsbranchen beobachten. Kernpunkte des Aufklärungsgesprächs vor der OP sind somit die Anliegen und Erwartungen des Patienten, die Behandlung selbst, der Heilungsverlauf, Schwierigkeiten und Komplikationen, die auftreten können, sowie der zu erwartende Zeithorizont.

Die rechtlichen Grundlagen vor operativer Unterbindung mit Urteilsfähigen und Mündigen sind verständlicherweise einfach; sie machen den überwiegenden Teil der Fälle aus. Interessant hingegen sind Beratungssituationen von Patienten mit verminderter Urteilsfähigkeit oder von Minderjährigen. Hier hat sich ein Operateur an das „Sterilisationsgesetz der Schweizerischen Eidgenossenschaft“ vom 17. Dezember 2004 zu halten.

Das Gesetz hält zusammengefasst fest, dass

- die Unterbindung nur zur Aufhebung der Fortpflanzungsfähigkeit durchgeführt werden kann. Andere Indikationen sind verboten.
- Sterilisationen nur von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommen werden dürfen.
- die Sterilisation einer Person unter 18 Jahren verboten ist.
- die Sterilisation einer über 18-jährigen, vorübergehend urteilsunfähigen Person verboten ist.
- die Sterilisation einer über 18-jährigen urteilsfähigen Person nur vorgenommen werden darf, wenn diese über den Eingriff umfassend informiert worden ist und diesem frei und schriftlich zugestimmt hat.
- wer den Eingriff durchführt, in der Krankengeschichte festhalten muss, auf Grund welcher Feststellungen er auf die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person geschlossen hat.
- Sterilisationen von Personen unter Beistandschaft oder auch von dauernd Urteilsunfähiger nebst üblicher Aufklärung und Einwilligung eine Zustimmung der Erwachsenenschutzbehörde bedürfen.
- Entscheide der Erwachsenenschutzbehörde durch die betroffene Person oder einer nahestehenden Person gerichtlich angefochten werden können.

Um ein Beispiel aus der Praxis mit einem Patienten unter Beistandschaft zu nennen: In der unmittelbaren Nachbarschaft des Spitals Uster, dem Arbeitsort des Autors, liegt die Institution „Wagerenhof“, eine Wohn- und Arbeitsstätte körperlich und geistig beeinträchtigter Menschen. So traf eines Tages die Anfrage eines 35-jährigen Heiminsassen ein, bald die Unterbindung machen zu dürfen. Trotz seiner geburtsbedingten Minderintelligenz ist er sexuell aktiv und hat eine Beziehung mit einer gleichaltrigen Partnerin, die ebenfalls in der Institution wohnt. Vom Pfllegeteam sowie der Mutter initiiert kam er zum OP-Vorgespräch. Die Aufklärung war möglich, da der Patient in der Lage war, dem Gespräch zu folgen und seinen Willen klar zu äussern. Die schriftliche Einwilligung jedoch wurde durch jene seines Beistands, nämlich seiner Mutter, ergänzt. Soweit es geht,

erfolgt aber in diesen Fällen das Gespräch und die Aufklärung direkt und ausschliesslich mit dem Patienten.

Nebst den gesetzlichen Rahmenbedingungen ist immer auch die persönliche Beurteilung des Arztes und Operateurs von Bedeutung. Bekanntlich hat in elektiven Behandlungen jedermann das Recht auf eine freie Arztwahl. Das heisst, jeder kann – ausser er befinde sich in einer Notfallsituation – seinen Arzt oder Therapeuten selbst wählen. Es sei denn, die Krankenkassenpolice (z.B. Telemedizin, Hausarztmodell etc.) schränkt die freie Arztwahl etwas ein.

Aber auch der Arzt kann – seiner Beurteilung zufolge – in delikaten Situationen eine Behandlung ablehnen. Dies hat der Autor schon einige Male selbst in seiner Sprechstundentätigkeit erlebt, wobei ihm zwei Situationen als besonders erwähnenswert erscheinen:

- Ein 24-jähriger sportlicher Mann, der sich etwas frustriert vorstellte, gab an, Vater eines Kindes zu sein. Er lebe aber nicht mehr mit der Kindsmutter, seiner Ex-Partnerin, zusammen. Er habe das Gefühl regelrecht unverhofft in die Vaterrolle gedrängt worden zu sein. Aus diesem Frust oder aus dieser Ohnmacht heraus wünsche er nun sich unterbinden zu lassen. Er wolle sich vor weiteren Väterverpflichtungen schützen. Aufgrund des jungen Alters und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass er doch noch einen weiteren Kinderwunsch in anderer Beziehung haben könnte, hat ihm der Autor die Unterbindung mit einigen erklärenden Worten verweigert.
- Ein 21-jähriger Mann wünscht mit Nachdruck vor allem wegen seiner wechselnden sexuellen Partnerschaften die Unterbindung. Trotz der ärztlichen Aufklärung über die Unverhältnismässigkeit, in seiner Lage die Zeugungsfähigkeit operativ zu beenden, war der Mann nicht einsichtig. Der Urologe lehnte das Durchführen der Operation ab.

Eine Operation ist im Grunde genommen eine juristisch tolerierte „Körperverletzung“: Der Arzt sollte stets bestrebt sein, die Operationsindikation genau zu prüfen. Nutzen und Schaden sollten stets im offenen Gespräch mit dem Patienten gegeneinander abgewogen werden. Ein passendes Mediziner-Sprichwort zu dieser Situation lautet: „Es ist schwieriger, nicht zu operieren, als zu operieren.“

9 Der Sexocorporel und die sexuelle Selbstsicherheit des Mannes

Im Rahmen des Masterstudiums in Sexologie hat der Autor den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen in der sexologischen Beurteilung kennengelernt. Dies bedeutet für jeden Menschen, dass er als sexuelles Wesen von Geburt an während seines ganzen Lebens unterschiedlichen Einflüssen, die auf seine Sexualität einwirken, unterworfen ist. Dieser Sexualisierungsprozess entspricht ständigem Lernen und verläuft dem Alter entsprechend sich oft wiederholend – ähnlich einem in der Thermik kreisenden Raubvogel, der sich Niveau für Niveau hochschraubt. Die Erfahrungsstufen wiederholen sich dabei, die Eindrücke können sich in der Wiederholung festigen und werden zum unbewusst Gelernten. Wiederholung und Bewusstwerden ermöglichen so Lernprozesse; Abläufe können sich festigen und Teil des eigenen sexuellen Handlungsrepertoires werden.

Körperliche Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen, wie z.B. in der Pubertät, im Falle von Krankheiten und Behinderungen oder im Alterungsprozess erfordern ständig neues Lernen, auch in der Sexualität. Nebst den Einflüssen aus dem sozialen Umfeld, aus Beziehungen und dem Körper (Physiologie) stellt die Sexodynamik eine wichtige Einflusskomponente in der Beziehung des Menschen zu seinem Geschlecht dar. Der verstorbene kanadische Sexologe Jean-Yves Desjardins (1931 – 2011) beschrieb diese Zusammenhänge in seinem körperbasierten Konzept des „Sexocorporel“ neu (Desjardins J.-Y. et. al., 2011). Er kristallisierte darin vier Hauptkomponenten heraus, welche die Sexualität einer Person beeinflussen.

1. Die körperlichen Faktoren (Physiologie) umfassen die biologischen Merkmale wie Geschlecht, Genetik und auch die Fortpflanzungsfunktion. Ebenfalls gehört die sexuelle Erregung dazu, also die Fähigkeit auf einen sexuellen Erregungsreflex hin eine Kaskade von körperlichen Vorgängen auszulösen.
2. Die Beziehungskomponente beschreibt die Interaktionen mit dem sexuellen Partner oder dem Beziehungsumfeld einer Person. Die Bindungsfähigkeit oder spezielle Aspekte der Beziehungsgestaltung gehören ebenfalls in diesen Bereich.
3. Die Kognitionen beschreiben die Gesamtheit unseres Denkens, Wissens und Glaubens. Sie werden durch gesellschaftliche Leitplanken und Regeln ergänzt, den äusseren Einflüssen auf unsere Sexualität.
4. Die Sexodynamik beschreibt die Gesamtheit an persönlichen Komponenten: Dazu gehören der Bezug zum eigenen (männlichen) Geschlecht, die sexuelle Selbstsicherheit, sexuelle Fantasien, die sexuelle Lust, sexuelle Attraktionscodes und die emotionale Intensität. Im Prinzip geht es um die individuelle Ausgestaltung der eigenen Sexualität mit sich und dem Partner oder der Partnerin.

Das Sexocorporel-Modell kann gut mit einem Mobile verglichen werden. Tritt nämlich in einer Komponente eine Veränderung ein, gerät das gesamte System in Bewegung; ein in dieser Art beschriebener Sexualisierungsprozess unterliegt ständigen Veränderungen und ermöglicht den Menschen Lernschritte zu machen. Diese Störeffekte oder Impulse können ein Leben lang in Form von Operationen, Trennungen, Meinungen und sexuellen Erfahrungen – um aus jeder Komponente ein Beispiel zu nennen – auftreten.

Ein solcher körperlicher „Störeffekt“ stellt eine Operation im Allgemeinen und die operative Unterbindung des Mannes im Speziellen dar. Eine Operation ist eine körperliche Veränderung, von deren Ausgang die Unversehrtheit in einem Körperbereich aufgehoben wird. Es werden nebst dem operativen Hauptziel mit hoffentlich überwiegendem Nutzen auch Narben hinterlassen. Es bildet sich Reparationsgewebe, und die Wunden können abheilen. Aus juristischer Sicht kann eine Operation als legitimierte Körperveränderung oder -verletzung angegeben werden.

Wie ein Mann diese Hürde am Beispiel der Operation (Unterbindung) gut meistert, basiert nach Auffassung des Autors wesentlich auf seinem Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit und der sexuellen Selbstsicherheit. Letztere wird gemäss dem Sexocorporel beim Mann als Stolz auf die eigene Männlichkeit definiert. Dieser Stolz richtet sich einerseits auf sich selbst (positiver Narzissmus) und andererseits auch darauf, sich zeigen zu können (positiver Exhibitionismus). Der Mann hat demzufolge auf der einen Seite gelernt, ein positives Selbstbild zu entwickeln, eigene Stärken zu erkennen und auf seine Männlichkeit stolz zu sein; auf der anderen Seite kann er sich anderen selbstbewusst präsentieren, verspürt auch Lust und Stolz, sich in der eigenen Männlichkeit zu zeigen. Er kann sich also stolz romantisch und sexuell begehrenswert zeigen (Desjardins, 2008).

Das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit als zweites Schlüsselement zum erfolgreichen Meistern einer Operation meint im Konzept Sexocorporel die Selbstwahrnehmung der eigenen Männlichkeit: Beim Mann bedeutet dies, dass er seine Erektion und die Fähigkeit zu Penetrieren als Teil seiner Potenz erleben und sich im Verlangen des Eindringens vorstellen und erleben kann (phallische Erotisierung).

10 Die Unterbindung des Mannes (Vasektomie)

Vorbereitungen des Mannes: Die vorbereitenden Massnahmen werden mit dem Mann bereits im Aufklärungsgespräch besprochen: Dazu gehört die Empfehlung, den Tag für sich zu reservieren und sich beim Arbeitgeber abzumelden. Im Weiteren wird die Einnahme von eigenen Medikamenten geklärt, und das Einhalten der präoperativen Nüchternheit (Pflicht vor Vollnarkosen) festgelegt. Im Falle der bei diesem Kleingriff üblichen Lokalanästhesie

ist diese aber nicht zwingend. Den Genitalbereich (Hodensack) sollte im Idealfall der Mann selbst einige Tage vor der Unterbindung rasieren. Der obere Schambereich, oberhalb der Peniswurzel, hingegen muss nicht rasiert sein.

Vor der Unterbindung: Die Männer, die vom Autor im Spital Uster operiert werden, treten, nachdem ihnen der Eintrittszeitpunkt am Vortag telefonisch mitgeteilt worden ist, frühmorgens im Spital ein und erledigen am Empfang ihre Aufnahmeformalitäten. Darauf werden sie zur chirurgischen Tagesklinik geleitet. Diese Station betreut alle Patienten, die ambulante Operationen erhalten. Das Pflorgeteam der Tagesklinik und der Operateur empfangen die Männer und bereiten sie für die OP vor. Es lassen sich auch noch letzte Fragen beantworten. Dann wird der Unterbindungskandidat in den urologischen OP gebracht.

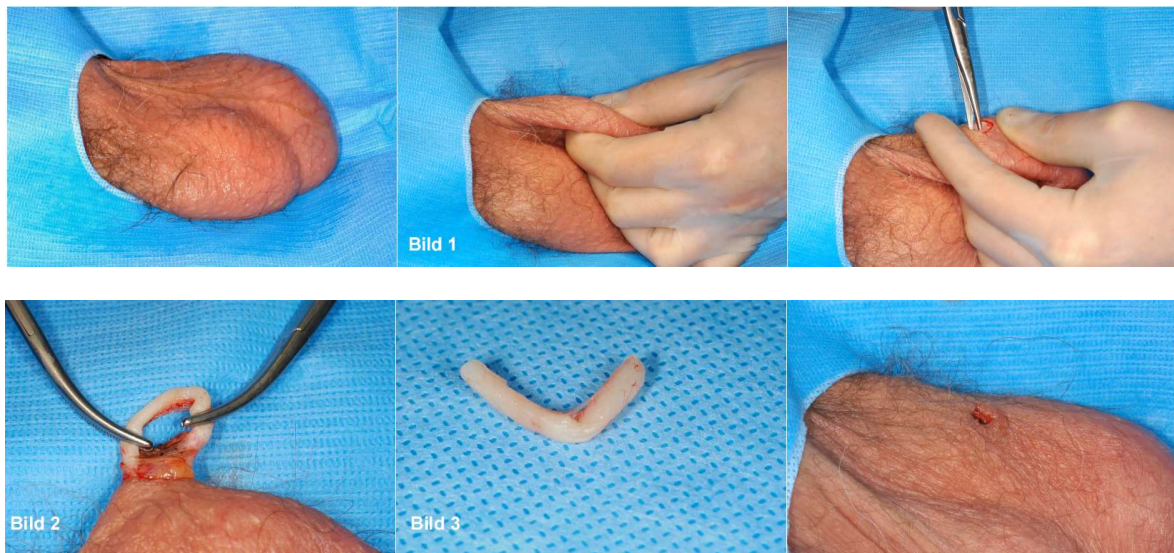
Die Unterbindung: Der am Spital Uster angestellte Autor führt die Unterbindungen im eigenen urologischen Operationssaal mit einem routinierten OP-Team und nach Richtlinien der Fachgremien durch (Dohle, Diemer, Kopa, Krausz, Giwercman und Jungwirth, 2011). Niedergelassene Urologen und manchmal auch operativ versierte Hausärzte führen Unterbindungen oft auch in ihrer eigenen Praxis durch. Eine Grundbedingung für die Unterbindung stellen das Einrichten eines sterilen Operationsfeldes und die Verfügbarkeit des benötigten Operationsinstrumentariums dar. Nach dem Empfang des Mannes wird er nach nochmaliger Identifikation auf dem OP-Tisch in Rückenlagerung positioniert (flaches Liegen), so dass er für eine halbe Stunde relativ ruhig und bequem liegen kann. Das Becken wird nun entkleidet (Unterhose, Hose), um den Genitalbereich für die dreifache Desinfektion vorzubereiten. Die Desinfektion im Bereich des Genitales beinhaltet den Penis und den Hodensack sowie die Leisten und wird mit einer bräunlichen Bethadine-Desinfektionslösung vorgenommen. Alternativ können auch farblose Desinfektionslösungen verwendet werden. Eventuelle Kontaktallergien auf spezielle Produkte gilt es vor der OP abzuklären.

Wird die Unterbindung in Vollnarkose durchgeführt, folgen nun die Narkosevorbereitungen vom Anästhesieteam. Dieses richtet Installationen zur Patientenüberwachung (Blutdruck, Puls und Sauerstoffsättigung des Blutes) ein und legt eine Infusion, worüber intravenöse Medikamente, Flüssigkeiten und die Narkosemedikamente verabreicht werden. Zur Einleitung sowie dem Aufrechterhalten einer Vollnarkose werden bis zu drei verschiedene Wirkstoffe eingesetzt: Ein Schlaf- oder Sedierungsmittel, ein Schmerzmedikament und, falls wie beispielsweise bei Bauchoperationen erforderlich, ein muskelentspannendes Mittel. Ein oft verwendetes und gut verträgliches Narkotikum oder Anästhetikum ist Propofol, das beim Patienten oft Narkoseerlebnisse mit angenehmen, nicht selten erotischen Träumen sowie

eine retrograde Amnesie bezüglich des Zeitgefühls nach sich zieht. Bei Männern kommt es während der Narkose oft zu Spontanerektionen.

Die einzelnen Schritte der operativen Unterbindung beim Mann lernt jeder Operateur zu Beginn seiner chirurgischen Berufslaufbahn direkt von seinen erfahreneren Kollegen. Meist kann der junge Assistent bei der Operation assistieren und diese mit der Zeit – nach gewonnener Sicherheit und unter Aufsicht seines Mentors – selbst durchführen. In der Lernphase einer Operation werden oft Operationsfachbücher konsultiert. Am Beispiel der Unterbindung kann der Urologe in Standardwerken wie Hinman (2007) und Jocham et Miller (2003) die entsprechenden Schritte in Text und Bild nachlesen und sich damit optimal vorbereiten. Die Operation der Unterbindung dauert – abhängig von individuellen Begebenheiten und der Übung des Operateurs – zwischen 15 und 30 Minuten.

Die folgende Fotodokumentation veranschaulicht die einzelnen Operationsschritte der Unterbindung, die im untenstehenden Text sogleich beschrieben werden.

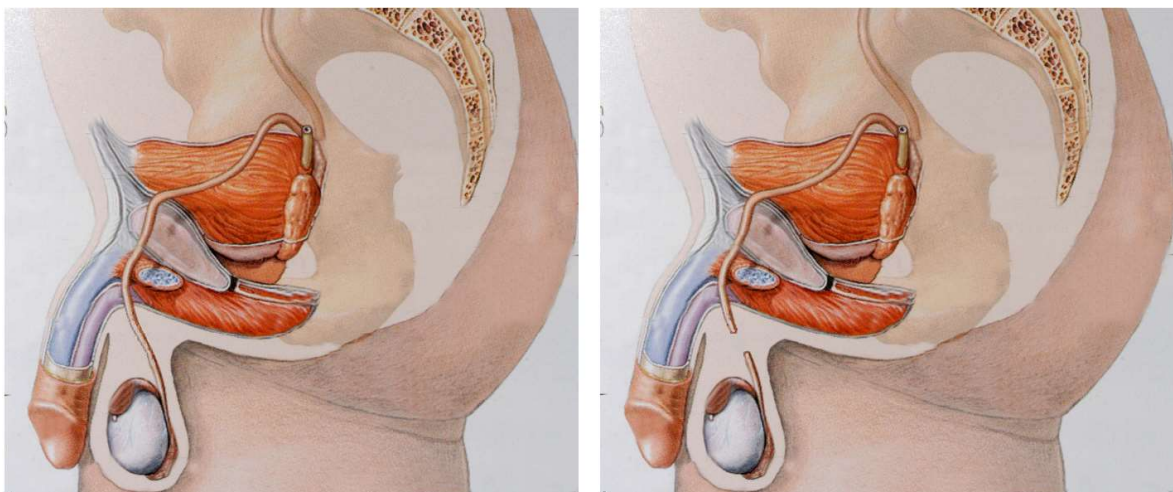


(Bilder Dr. Christian Osterwalder, Facharzt FMH für Chirurgie, CH-8400 Winterthur)

Der Urologe ertastet zu Beginn der Unterbindung den Samenleiter einer Hodensackseite mit Daumen und Zeigefinger, separiert ihn so von den Hodengefässen und fixiert ihn direkt unter der Haut. Der Samenleiter ist bei den meisten Männern als rigider Strang durch die Hodensackhaut gut zu tasten. Dann wird im entsprechenden Operationsgebiet am oberen Hodensack die Lokalanästhesie gesetzt und die Schmerzfreiheit mit der Pinzette geprüft. Die Unempfindlichkeit hält für ungefähr eine halbe Stunde an. Nun wird die Haut über dem fixierten Samenleiter mit dem Skalpell eröffnet, mit einer Spreizklemme der Hautzugang gedehnt, und das Gewebe um den Samenleiter vorsichtig abgeschoben. Der Samenleiter liegt nun isoliert da und wird mit einer Spezialklemme gepackt und aus dem Hautschnitt

gezogen. Der Mann kann den Zug am Samenleiter manchmal in der Leiste oder im Unterbauch als leichtes Ziehen spüren. Schliesslich wird ein Samenleiterteilstück von zwei bis drei Zentimetern mit Klemmen isoliert und herausgetrennt. Die offenen Samenleiterenden werden mit der bipolaren Strompinzette verschweisst und mit Faden abgebunden. Oft wird ein Samenleiterende zusätzlich umgeschlagen und vernäht. Der Spermientransportkanal ist jetzt definitiv unterbrochen. Nach einer sorgfältigen Blutstillung erfolgt die Rückverlagerung der Samenleiterenden unter die Hodensackhaut. Mit einem selbstresorbierbaren Faden wird die Hautöffnung wieder verschlossen. Somit ist der Eingriff auf einer Seite zu Ende. Auf der anderen Seite folgt das analoge Vorgehen. Danach ist die Unterbindung beendet. Die Hautstellen werden mit Pflastern abgedeckt.

Anhand der unten abgebildeten Beckenatomieschnitte ist gut ersichtlich, dass der Samenleiter (lat. ductus oder vas deferens) vom Hoden und Nebenhoden her kommend in Richtung des Leistenkanals und danach bis ins Becken verläuft. Dort mündet er in Verbindung mit den Samenblasen und der Prostata in den Samenbeutel (lat. colliculus seminalis). Diese kleine Erhebung in der prostatistischen Harnröhre, unmittelbar vor dem Harnröhrenschliessmuskel gelegen, gibt beim männlichen Orgasmus das spermienreiche Ejakulat in die Harnröhre frei. Bei dieser reflektorischen muskulären Aktion (Orgasmusreflex) werden die Spermien mit Prostata- und Samenblasensekret vereint und als Ejakulat durch die Penisharnröhre aus der Harnröhrenmündung geschleudert (Schmidt, 2007). Dem Operateur bietet sich der einfachste und direkteste Weg zum Samenleiter am hohen Hodensack, direkt unterhalb der Leiste, da sich da der Samenleiter mit Daumen und Zeigfinger gut ertasten lässt. Oft gibt der Autor seinen männlichen Patienten diese taktile Information zur Selbsterfahrung in seinen Sprechstunden weiter.



Eine Weiterentwicklung der Standard-Unterbindung stellt die „no cut – no scalpel“ – Vasektomie (NSV) dar. Diese ursprünglich in China entwickelte Operationsvariante kam über die USA nach Europa.

Der chinesische Arzt Dr. Li Shunqiang wendete diese minimalinvasive No-scalpel-Vasektomie als Methode der Sterilisation erstmals 1974 an und steigerte die Akzeptanz dieses Verfahrens deutlich (Li, Goldstein, Zhu et Huber, 1991). Auch in der Schweiz wird es seit den frühen 1990er Jahren angewendet: Nach Setzen der Lokalanästhesie wird die Haut nun nicht mit einem Skalpell, sondern einer sehr spitzen Präparierklemme gespreizt. Das Operationsset besteht aus der in den untenstehenden Darstellungen bestehenden drei Instrumenten – einer Spitzklemme zur Haut- oder Gewebespreizung, einer Ring- oder Chinesenklemme und einem Häkchen zum Fassen oder Halten des freigelegten Samenleiters.



Der Operationszugang zu den Samenleitern erfolgt dann nach Möglichkeit für beide Seiten über eine mittige Hauteröffnung an der pigmentierten Hodensackmittellinie (Raphe scroti). Die Samenleiter werden mit der Chinesenklemme fixiert und durch die Hautöffnung hervorgezogen. Die folgenden Operationsschritte sind der klassischen Unterbindung gleich. Die mittige Hautöffnung wird nach beidseitiger Unterbindung meist offen gelassen und kann sich spontan verschliessen. Gegebenenfalls wird eine Einzelknopfnahnt gemacht. Bei diesem Verfahren sind Komplikationen wie Blutergüsse und Wundinfektionen relativ selten. Der Mann sollte sich aber unabhängig vom Operationsverfahren ein paar Tage körperlich (und sexuell) schonen (Cook, Pun, Gallo, Lopez et Van Vliet, 2014).

Nach der Unterbindung: Nach der OP haben Operateure meist keinen direkten Kontakt mit dem unterbundenen Mann mehr. Der Patient wird im Normalfall wenige Stunden nach dem Eingriff entlassen. Ausnahmen stellen postoperative Probleme wie Wundinfekte,

Blutergüsse oder Wundheilungsstörungen dar. In diesen Fällen sind meist weniger physische Massnahmen als viel eher psychologische Gründe für Nachkontrollen massgebend.

Die operative Sterilität ist nach erfolgter Operation noch nicht unmittelbar gegeben, da es je nach sexueller Aktivität noch einige Wochen bis Monate dauern kann, bis das Ejakulat spermienfrei ist. Eine Richtzahl in der präoperativen Aufklärung gibt eine durchschnittliche Anzahl Ejakulationen von 20-25 Samenergüssen an. So kann bei sexuell sehr aktiven Männern bereits nach einem Monat eine reine Ejakulatprobe vorliegen, wohingegen es bei anderen noch einige Monate bis zu einem halben Jahr dauern kann. Die Patienten geben ihre Probe drei Monate nach OP ab, worauf sie auf Spermienvorkommen untersucht wird. Ist die Probe spermienfrei, wird dies dem Patienten vom Operateur schriftlich bestätigt. Bei nach wie vor nachweisbaren Spermien kann es zu einer zweiten Probe im Abstand von ein bis zwei Monaten kommen. Erst bei erreichter Spermienfreiheit kann das Paar die etablierte Verhütungsmethode (z. B. Pille, Diaphragma, Kondom) absetzen. Der Sex ist nun sicher. Die operativ herausgetrennten Samenleiterteilstücke werden in Formalin eingelegt für zehn Jahre aufbewahrt und nur im Falle von Nachfragen bezüglich der doch bestehenden Zeugungsfähigkeit feingeweblich untersucht. Dem Autor ist aus eigener Praxis kein solcher Fall bekannt. Einmal musste er einen Mann operieren, weil zuvor in einer externen Unterbindung kein vollständiger Verschluss eines der beiden Samenleiter erreicht worden war. Der Mann war noch voll zeugungsfähig. Ein überraschender Kindersegen eines schon unterbundenen Mannes kann sich aber auch bei unbekanntem Kindsvater (Kuckuckskind) ergeben. Der Kindsvater ist dann meist nur der Partnerin bekannt.

Nach der Unterbindung erfolgen im Regelfall keine weiteren Kontrollen mehr. Erst nach mehreren Jahren kann es im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in der urologischen Sprechstunde zu einem Wiedersehen mit dem Mann kommen. Diese urologischen Vorsorgeuntersuchungen werden dem Mann erstmals im Alter von 45-50 Jahren empfohlen.

11. Literaturrecherche und Fakten

11.1 Unterbindung und ihre Verbreitung

Im Wissen, dass die Unterbindungsoperation hierzulande sich einer zunehmenden Akzeptanz bei steigenden Operationszahlen erfreut, stellt sich dem Autor und Operateur die Frage, wie es sich in anderen Erdteilen oder Regionen verhält. Oder anders gefragt: Warum erscheinen in seiner urologischen Sprechstunde mehrheitlich Schweizer, respektive Männer aus dem mittel- und westeuropäischen Raum mit

Unterbindungswunsch. Im Lancet-Kommentar von Jacobstein (The kindest cut: global need to increase vasectomy availability, 2015) fordert der Autor, dass die Voraussetzungen für eine Kontrazeption mittels Vasektomie weltweit geschaffen werden müssen. In Europa und den USA liegt die Prävalenz der operativen Unterbindung beim Mann um 10-15%, wobei z.B. in Neuseeland und Südkorea die Unterbindung von 17-20% der Männer genutzt wird. Die Prävalenz der Unterbindung in Afrika dagegen liegt bei 0%. Nur 10 von 54 afrikanischen Nationen berichten von Unterbindungsraten der Männer – beispielsweise Swasiland von 0.3% und Südafrika von 0.7%. Im Geschlechtervergleich liegt die operative Sterilisationsrate der Frauen in Malawi, einem der ärmsten Länder der Welt, hingegen bei 10%. Aus globaler Sicht bezüglich Bevölkerungswachstum und zur Erlangung sozio-ökonomischer Freiheiten in diesen Entwicklungsländern wäre eine höhere Unterbindungsrate wünschenswert. Momentan scheitert dies noch am geringen Versorgungsangebot und der soziokulturellen Akzeptanz.

11.2 Unterbindung und postoperative Herausforderungen

Auch wenn die Unterbindung nach „lege artis“ durchgeführt wird, sind postoperative Herausforderungen möglich. Schwerwiegende und chronische Nebenwirkungen oder Komplikationen gelten nach bisherigem Wissen als sehr selten (Schwingl, Guess, 2000 resp. Weiske, 2004). Häufiger hingegen kann man leichte Folgen der Operation beobachten: So treten bei frisch operierten Männern Beschwerden wie Druckgefühl in den Hoden, sichtbare Blutergüsse oder eine Wundinfektion auf. Solche reversible Operationsfolgen verschwinden aber bei entsprechender körperlicher Schonung und ohne weitere Massnahmen zu ergreifen in den ersten zwei bis drei Wochen nach OP wieder. Kommt es auf Wunsch der operierten Männer zu ungeplanten Nachkontrollen, geht es seltener um das Einleiten medizinischer Massnahmen, als vielmehr um eine nochmalige Situationsbeurteilung durch den Operateur, eine in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzende psychologische Beruhigung des Mannes. Der Autor bietet seinen Männern postoperativ stets die „Walk-in“ Kontrolle an: Es werden keine fixen Termine vereinbart, aber es wird ihnen die Möglichkeit angeboten, sich sofort auf eigene Initiative hin vorstellen zu können. Nebst den sichtbaren Veränderungen am Hodensack nach der Unterbindung können auch unbekannte, neue Tastempfindungen am Hodensack zur Beunruhigung führen. Die als verhärtete Knoten zu tastenden Sperma-Granulome sind zwar nach der Operation auffällig aber völlig harmlos. Diese kleinen Knoten sind eine Gewebeabwehrreaktion auf Samenzellen, die postoperativ aus einem Samenleiterende ausgetreten sind und eingeschlossen werden. Sie entstehen gelegentlich durch Druck in den Hoden, der weiterhin Spermien produziert. Knotenbildungen an den Samenleiterenden sind oft auch durch eine normale Narbenbildung an den Unterbindungsstellen verursacht. Der Mann

kann sie oft lebenslang ertasten. Auch der Urologe kann in der Tastuntersuchung eine frühere Unterbindung erahnen. Die obigen harmlosen Veränderungen nach der Unterbindung sind nach Einschätzung des Autors für deutlich über 90% der Nachkontrollen verantwortlich. Sie bedürfen meist keiner Nachbehandlung.

Eine Ausnahme stellt die signifikante Nachblutung unmittelbar nach der Unterbindung dar. Meist ist dabei eine im Operationsgebiet blutende Pulsader (Arterie) ursächlich, so dass relativ rasch ein grosser Bluterguss im betroffenen Hodenfach (Skrotalhämatom) entstehen kann, und das koagulierte Blut die elastische Hodensackhaut blaulivide verfärbt und dehnt. Die normalen Hautfalten am Hodensack sind dann aufgrund des sich unter der Haut Platz verschaffenden Blutergusses aufgehoben: In Medizinerkreisen wird beim grossen Skrotalhämatom auch vom „Auberginenzeichen“ gesprochen, was einer nochmaligen notfallmässigen Re-Operation bedarf (Awsare, Krishnan, Boustead, Hanbury et McNicholas, 2005).

11.3 Unterbindung und chronische Schmerzen

Im Gegensatz zu kurzfristigen und gut behandelbaren Operationsfolgen können nach einer Unterbindung auch langfristige Probleme auftreten. So können als unangenehme Spätfolge meist chronische Schmerzen im Hodensack entstehen. In Fachkreisen wird dann vom Post-Vasektomie-Syndrom gesprochen, das in etwa 3-8% der operierten Männer betreffen kann (Awsare et al., 2005). Die Ausprägung dieser Schmerzen oder Beschwerden ist sehr individuell. Auch sexuelle Aktivität können die Schmerzen triggern, was die Sexualität dieser Männer stark beeinträchtigen kann. Interessanterweise kam eine Forschergruppe um Polawick (2015) zum Schluss, dass in diesen speziellen Fällen auch die Indikation zur operativen Wiederverbindung (Vaso-Vasostomie) in Erwägung gestellt werden sollte. Anhand von 3'000 mikroskopischen Refertilisierungen, darunter 123 Männer mit dem Post-Vasektomie-Syndrom, konnten sie nachweisen, dass postoperativ in etwa bei 80% der Schmerzkandidaten die Symptome signifikant nachgelassen haben.

11.4 Unterbindung und Prostatakrebsrisiko

In den letzten Jahren schreckte die Männer der mögliche Zusammenhang vom erhöhten Prostatakrebsrisiko nach der Unterbindungsoperation auf: Basierend u.a. auf der prospektiven Studie von Jacobs, Anderson, Stevens, Newton, Gansler et Gapstur (2016) und der Follow-up Studie von Siddiqui et al. (2014) wurde ein vermeintlich erhöhtes Risiko zur Entwicklung eines aggressiven oder potentiell letalen Prostatakarzinoms aufgezeigt. Demgegenüber konnte aber keine Signifikanz bezüglich häufigerem Auftreten lokalisierter oder niedrig-aggressiver Tumore nachgewiesen werden.

In einer Vergleichsstudie zweier Metaanalysen vertreten Gaines, Vidal et Freedland (2015) dazu eine gegensätzliche Meinung, wonach die sterilisationswilligen Männer nicht speziell bezüglich eines erhöhten Prostatakrebsrisikos aufgeklärt werden müssten. Auch Liu et al. (2015) und Shang et al. (2015) sind durch ihre Metaanalysen davon überzeugt, dass generell kein erhöhtes Risiko zur Prostatakarzinomentwicklung nach einer Unterbindung bestehe.

Das bis jetzt letzte Kapitel in diesem urologisch-andrologischen Dauerbrenner „Unterbindung und Prostatakrebsrisiko“ stellt die erst letztjährig vorgestellte internationale Meta-Analyse von Randall S., Boyd J., Fuller, E. et al (2018) dar. Es wurden hierbei rund 700'000 Männer, wovon 684'660 unterbunden waren, und 9'754 nach ihrer früheren Unterbindung eine Refertilisierung (Vaso-Vasostomie) erhielten, bezüglich dem Entwickeln eines Prostatakarzinoms verglichen. Als Ergebnis konnte aber glücklicherweise kein erhöhtes Karzinomrisiko der Unterbundenen erhoben werden. Es lässt sich zudem Aufzeigen, dass die Durchgängigkeit der Samenleiter (beim nicht operierten Mann oder nach einer operativen Wiederverbindung) kein signifikanter Faktor in der Prostatakarzinomentstehung spielen kann. Diese Information sollte nun alle an der Unterbindung interessierten Männer und auch Paare beruhigen können.

11.5 Unterbindung und Sicherheit

Die Unterbindung ist eine sehr sichere Verhütungsmethode mit einem Pearl-Index von 0,1 bis 0,15. Das bedeutet, dass von 1'000 Paaren, bei denen die Männer zuvor unterbunden wurden, innerhalb eines Jahres bei einem Paar die Frau trotzdem schwanger wird. Lediglich wenn die unterbundenen Samenleiter spontan wieder zusammenwachsen (spontane Rekanalisierung), kann eine Frau dennoch im Verlauf von ihrem Partner schwanger werden. Dies ist aber extrem selten. Die Wahrscheinlichkeit liegt laut der Deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZfA) bei 0,03 bis 1,2 Prozent. Was die Verhütung betrifft, bietet die Vasektomie eine hohe Sicherheit – auch nach Jahren noch. Und mit dem Pearl-Index lässt sie sich auch mit den anderen Verhütungsverfahren des Mannes (Kondom, Coitus interruptus) und auch mit der Pille respektive der Spirale der Frau vergleichen. Ihr Vorteil liegt nebst der Sicherheit auch in der Endgültigkeit, sofern der Entscheid zur Operation gut überlegt gefällt wird. Der Mann oder das Paar braucht sich von nun an keine Gedanken mehr zur Verhütung machen. Zudem fallen Nebenwirkungen anderer gängiger Verhütungsmethoden weg.

Bezüglich der Operationsmethode – herkömmliche Unterbindung mit Skalpell oder Non-scalpel-Vasektomie – bestehen gleichbleibende Resultate hinsichtlich dem Eintrittszeitpunkt der Azoospermie (Spermienfreiheit des Ejakulats) und der Notwendigkeit einer nochmaligen Unterbindung. Spontane Wiederverbindungen der Samenleiter

(Rekanalisierungen) sind bei beiden Operationsmethoden sehr gering (Cook, Pun, Gallo, Lopez, Van Vliet, 2014). Wundheilungsstörungen werden unter 0.5% und Skrotalhämatome bei unter 0.1% beobachtet. Das zusätzliche Operationsinstrumentarium der Non-scalpel-Variante mit dem Set à drei Instrumente bedeutet für den Chirurgen oder die Institution zudem geringe Investitionskosten.

11.6 Unterbindung und die operative Hintertüre

Die Unterbindung gilt als definitive Form der Empfängnisverhütung. Der Meilenstein im Männerleben bedeutet den Endpunkt der Zeugungsfähigkeit. Trotzdem gibt es vereinzelt Männer, etwa 3-5%, die nach ihrer Unterbindung durch verschiedene Lebensumstände motiviert den Wunsch äussern, die Unterbrechung der Samenleiter „rückgängig zu machen“. In der urologischen Sprechstunde kommt dies beim Autor in etwa ein- bis zweimal pro Jahr vor. Demgegenüber stellen sich bei ihm über 100 unterbindungswillige Männer pro Jahr zum Gespräch vor. Die Refertilisierungsoperation, auch Vasovasostomie genannt, wird zwar ebenfalls in ambulantem Rahmen, aber in Vollnarkose durchgeführt. Der operative Aufwand ist wegen des mikrochirurgischen Verfahrens viel aufwändiger, was sich auch in etwa 8-fachen Selbstkosten niederschlägt. Die Krankenkasse hat in der Schweiz nämlich wie bei der Unterbindung keine Pflicht zur Kostenübernahme.

Die Operationsschritte in grober Abfolge beinhalten das Freilegen und Anfrischen der unterbundenen Samenleiterenden sowie das Wiedervernähen mit von Auge fast nicht sichtbarem Fadenmaterial mit dem Operationsmikroskop.

Der Entscheid zur Vasovasostomie hängt aber im Wesentlichen von der Erfolgsquote der Wiederverbindung der Samenleiter ab. In der Patientenaufklärung kann aufgrund fundierter Daten, u.a. von Belker et al. (1991), davon ausgegangen werden, dass bei einer frühen Refertilisierung innerhalb der ersten drei bis fünf Jahre mit einer sehr hohen Spermiendurchgängigkeitsrate von >95% respektive einer Schwangerschaftsrate von 76% gerechnet werden kann. Je später die Refertilisierung durchgeführt wird, desto geringer zeigen sich die Durchgängigkeits- und Schwangerschaftsraten – dies unabhängig von einer ein- oder zweilagigen Naht der Wiederverbindung. Routinierte Operateure berichten bisweilen von einer über 60-70% Chance, ihren Patienten den Kinderwunsch so nochmals erfüllen zu können (Lee, 1986). Unterschiede zeigen sich nebst Fallzahl und Routine auch im Vergleich der makroskopischen mit der mikroskopischen Operationsmethode. Lee (1986) konnte dies schon vor langer Zeit im Rahmen seiner Studie anhand repräsentativer Studiengruppen belegen. Die Baby-take-home-Rate in der Beratung abzuschätzen ist aber in der Praxis fast unmöglich oder schwierig, da es auch von den biologischen Faktoren der Partnerin des Patienten abhängen wird.

11.7 Unterbindung und Manneskraft

Eine der grössten Sorgen der Männer im Aufklärungsgespräch vor der Unterbindung ist die potentielle Gefahr einer postoperativen Erektionsschwäche oder erektilen Dysfunktion. Diese Befürchtungen, prinzipiell in einer gewissen Kastrationsangst begründet, kann der Autor bei den meisten Männern im Gespräch anhand von Erklärungen mit Skizzen und Anatomiemodellen auflösen. Es lässt sich eindrücklich darlegen, dass die für die Erektion unerlässliche Gefäss- und Nervenversorgung vom Becken her über die Peniswurzel in die paarigen Penisschwellkörper einmünden. Die Erektionsnerven liegen einfach gesagt „geografisch“ weit vom Ort des Geschehens „Hodensack“ entfernt (Bertero, Hallak, Gromatzky, Lucon, Arap, 2005).

Viel eher kann es aber durch eine Unterbindung zu einer Schädigung der den Hoden versorgenden Blutgefässe kommen, da diese wie auch der Samenleiter im Samenstrang eng beieinander liegen. Aus eigener Erfahrung können Vernarbungsprozesse früherer Operationen am Hodensack, z.B. nach kindlicher Hodenlagekorrektur bei Hodenhochstand, die Operation erschweren, so dass die taktile und optische Identifikation von Samenleiter und Gefässen erschwert ist. Eine akzidentelle Verletzung der Hodengefässe, insbesondere der Hodenarterie, welche das sauerstoffreiche Blut bringt, hätte unweigerlich eine Versorgungsstörung (Minderperfusion und Ischämie) des empfindlichen Hodengewebes zur Folge. Dies würde bald zum Absterben oder einer Nekrose führen. Im weiteren Verlauf dieses irreversiblen Prozesses kann es zu einer Hodenatrophie, einem funktionslosen, geschrumpften Hoden kommen. Die hormonelle Unterfunktion wäre zwar bei einseitiger Hodenatrophie noch nicht relevant, bei beidseitiger Beeinträchtigung der Hodendurchblutung aber wohl.

11.8 Unterbindung und postoperative Zufriedenheit

Gemäss einer Erhebung von Engl (2017) an unterbundenen Männern und ihren Frauen im Zeitraum von drei Monaten bis zweieinhalb Jahren nach der Unterbindung der Männer, kann weder bei den Männern noch bei den Frauen ein negativer Effekt in der sexuellen Zufriedenheit festgestellt werden. Auch können Guo, Lamberts et Eisenberg (2015) belegen, dass die GV-Frequenz durch die Unterbindung nicht abnimmt: Anhand von 6'000 Männern, 353 davon in der Vorzeit unterbunden, zeigen die Autoren, dass die unterbundenen Männer eine minim höhere GV-Frequenz über einen Zeitraum von vier Wochen aufweisen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den mituntersuchten Frauen. Diese Daten sprechen somit gegen eine Herabsetzung der Paarsexualität respektive gegen negative Veränderungen nach Unterbindungen. Goethals und Thiery (1985) kamen schon vor längerer Zeit zum gleichen Schluss und strichen bemerkenswerterweise den positiven Effekt einer perioperativen Begleitung in ihren Interviews heraus. Auch eine lokale

Grosserhebung (871 Patienten) aus Frauenfeld von Miltsch und Senn (1999) wies eine überaus positive Bilanz der sexuellen Zufriedenheit nach ihren Unterbindungen aus. Dennoch bekunden manche Männer nach der Operation Mühe, mit dem Wissen, nun zeugungsunfähig zu sein, umzugehen. Es schlägt ihnen offensichtlich auf die Psyche, nicht mehr „scharf schießen“ zu können. Wie oft solche psychisch begründeten Probleme nach einer Unterbindung auftreten können, ist in der Literatur noch nicht belegt – aber die Sorge davor wird wohl immer noch viele Männer von der Unterbindung abhalten. Die kürzlich publizierte Studie aus China von Zhao et al. (2018) konnte das Lebensalter, den Lebensstil sowie den urbanen Lebensraum als negative Langzeitprädiktoren identifizieren. Eine professionelle psychologische Beratung stellte sich auch in China als sehr positiv in Bezug zur Langzeitzufriedenheit in der sexuellen Partnerschaft heraus. Die Begleitung des Mannes soll ja schon präoperativ beginnen, worauf der Autor in Kapitel 2 *Einführung* (S. 3) mit Bezug auf die Entscheidungsfaktoren von Beier, Bosinski und Loewit (2005) zur Erhaltung der langzeitigen Zufriedenheit hingewiesen hat. Seine qualitative Interview-Datenerhebung mit betroffenen Männern soll diesen Sachverhalt im Hauptteil der Arbeit nun detaillierter beleuchten.

12 Die Expertenmeinung von Dr. med. Ruth Gnirss-Bormet

Seine qualitative Datenerhebung, beginnend in Kapitel 13, möchte der Autor mit Kernelementen aus einem Telefoninterview mit der Sexologin und Ärztin Ruth Gnirss-Bormet aus Kassel einleiten. Frau Kollegin Gnirss wurde ihm als sexologisch orientierte Medizinerin und Expertin in der aktuellen Thematik seitens der Studienleiterin Esther Elisabeth Schütz empfohlen. Frau Gnirss hat insbesondere eine langjährige und reiche Berufserfahrung in diversen Beratungsbereichen (Empfängnisverhütung, Familienplanung/Kinderwunsch sowie Paarsexualität) vorzuweisen.

Nach ihrem Studium der Humanmedizin in Marburg beeinflusste sie das damals neu etablierte Fach der Psychosomatik wesentlich mit der Wahl ihres Berufsfeldes der Sexologie. Bald wurde sie mit der Führung eines Patientenanamnese-Projekts betraut. Dies kam ihr in ihrer späteren Laufbahn zugute. Dem Medizinstudium folgte parallel zur klinischen Grundausbildung eine Weiterbildung in Psychotherapie in einem kleineren Krankenhaus. Dort wurde sie unter anderem in der Geburtshilfe auf die vom Geburtsverlauf abhängige Atmosphäre aufmerksam – einem Wechselspiel von körperlichen Strapazen und Emotionen. Nach ihrer Tätigkeit in der Hausarztmedizin und Psychotherapie gelangte Frau Gnirss 1994 nach Zürich in die sexualmedizinische Sprechstunde unter der Leitung von Prof. Claus Buddeberg. Ihr Fokus lag nun sowohl in der Therapie von funktionellen

sexuellen Störungen bei Männern und Frauen als „verleiblichte“ Kommunikationsstörungen wie auch im Erkennen von Auswirkungen körperlicher Erkrankungen auf Partnerschaft und Sexualität. Ihr Mentor, Claus Buddeberg, wies damals immer wieder auf die Sexualität als wichtige Ressource zur Bewältigung körperlicher Erkrankungen hin.

Seit 2004 betreibt Ruth Gnirss eine eigene psychotherapeutische Praxis mit Schwerpunkten in Einzel-, Paar- und Sexualtherapie sowie Sexualmedizin. Zudem ist sie Dozentin und Supervisorin der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und ist demzufolge oft in entsprechenden Ausbildungsgängen aktiv involviert. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf der ganzheitlichen Beurteilung von psychosomatischen Störungen sowie das Ansetzen an den sexuellen Ressourcen zur Bewältigung dieser Störungen und damit zur Verbesserung der Lebenszufriedenheit. Die Berücksichtigung der Beziehungsaspekte stellt ebenfalls ein wichtiger Pfeiler in ihrem Behandlungskonzept dar: Dazu gehört eine therapeutische Beziehung auf Augenhöhe.

Im Telefoninterview meint sie eröffnend, dass die Männer oft erst hinterher, also nach der Unterbindungsoperation, in der sexologischen Beratung erscheinen. Ausnahmen betreffen Vorgespräche, in denen die Indikation der Unterbindung ausgelotet wird. Aus langjähriger Erfahrung nimmt die Expertin dem Eingriff gegenüber eine durchaus kritische Einstellung ein: So erlebte sie doch immer wieder, dass die Männer die Auswirkungen der OP nicht verkraftet hätten. Meist seien unrealistische Erwartungen für das negative postoperative Erleben verantwortlich, meint sie. Entsprechende wissenschaftliche Daten hierzu gäbe es aber aus ihrer Sicht viel zu wenige, obwohl die schulmedizinische Literatur ein eher positives Bild der Patientenzufriedenheit nach der OP abgebe. Aus ihrer Sicht wäre es demzufolge interessant, Erhebungen bei unterbundenen Männern nach 3, 6 und 12 Monaten durchzuführen. Solche Erkenntnisse würden aber zu einer noch besseren postoperativen Zufriedenheit der Unterbindungskandidaten verhelfen.

Unrealistische Erwartungen der Männer die Unterbindung betreffend sind aus ihrer Erfahrung meist an eine niedrige sexuelle Zufriedenheit gekoppelt. In der Partnerschaft sind nebst den Männern oft auch die Frauen sexuell lustlos, ohne dass dies vorher genauer abgeklärt worden wäre. Auch Ängste der Männer vor einer weiteren Schwangerschaft der Partnerin – oft haben sie bereits eins, zwei oder drei Kinder – könnten mitunter Gründe sein, sich zur Unterbindung anzumelden. Ja, eine regelrechte Aufwandbilanzierung in der Antikonzeption innerhalb der Partnerschaft scheint eine entscheidende Rolle zu spielen: „Die Frau hat ja mit der Pille oder der Spirale schon genug lange gelitten, jetzt bin ich als Mann dran.“

In einem von ihr geschilderten Praxisbeispiel kam die Unterbindung eines Mannes vorschnell auf den Tisch. Erst im Beratungsgespräch verdeutlichte sich, dass das Problem

durch die OP nicht zu lösen war, da ein sexuelles Problem ursächlich für die partnerschaftlichen Schwierigkeiten war. Nicht selten sind es „depressive“ Männer, die die operative Unterbindung nicht gut verkraftet oder verdaut haben. Sie hätten sich gesagt, dass sie es der Frau zu liebe machten – aus Schuldgefühlen. Die Frau habe schon durch die Schwangerschaften und die Geburt(en) gelitten und körperlich lange Zeit Federn gelassen. Nun seien sie an der Reihe, Federn zu lassen.

Dieser Erwartungs- oder Handlungsdruck auf den Mann kann sich nach traumatischen Paarerlebnissen wie Schwangerschaftsabbrüchen, Aborten oder schweren Geburten kumulieren. Mit der Unterbindung, so die Meinung, könne er nachziehen, die Leidensbilanz ausgleichen. Eine Unterbindung als Sühne sozusagen. In diesem Zusammenhang taucht immer wieder eine provokante Aussage auf: „Wenn die Frau die Verhütung bereits seit 20 Jahren übernommen hat, soll sie sie doch auch nach den Kindern bis hin zur Menopause weiterhin übernehmen!“ Rein zeitlich und vom Konzeptionsaufwand her gesehen kann der Mann in der Tat niemals mit seiner Frau gleichziehen. Die Frage zur definitiven Antikonception kommt häufig erst gegen Ende der Fruchtbarkeitsphase der Frau auf, wenn sie schon um die 40 Jahre alt ist. Das Risiko einer Schwangerschaft ist dann deutlich geringer als früher. Wissenschaftliche Daten belegen auch, dass die reproduktive Zeit der Frau trotz höherer Lebenserwartung stabil bleibt und die Empfängnischancen ab dem 35. Lebensjahr markant absinken. In diesem Zeitabschnitt der schwindenden Fruchtbarkeit empfiehlt die Expertin Gnirss eine gynäkologische Beratung sowie eine Versorgung mit einer Spirale während der letzten reproduktiven Jahre. In diesem Beratungs- und Behandlungssetting erlebte sie im weiteren Verlauf meist sehr zufriedene Paare.

Die Patientenzufriedenheit (Outcome) nach Unterbindungen ist in ihren Augen sehr eng an die präoperative Aufklärung der Bedürfnisse und Erwartungen geknüpft. Eine voreilige Entscheidung für eine OP basiere oft auf der irrigen Annahme, dass eine zum jetzigen Zeitpunkt lustlose Frau mit teils schlechten Erlebnissen (z.B. Aborte oder Schwangerschaftsabbrüche) nach dem Eingriff wieder Lust verspüre und damit die Paarsexualität wieder besser werde. So ist der Mann schnell bereit, seinen Teil dazu beizutragen um weitere Schwangerschaften zu verhindern. Diese Erwartungen werden aber – das zeigt die Erfahrung – nur selten erfüllt werden. Auf die nicht erfüllten sexuellen Erwartungen und die geopfert Fruchtbarekeit, die beim Mann einen hohen Stellenwert hat, folgen nicht selten Trauer und Groll. Diese Gefühlsempfindungen werden aber meist nicht als Trauer und Groll verarbeitet, sondern äussern sich beim Mann körperlich als Erektionsstörung und Lustlosigkeit.

Dem Autor begegnen solche Konstellationen in der urologischen Sprechstunde nicht, da er die Männer nach der postoperativen Ejakulatprobe nicht mehr zu Gesicht bekommt. Deutlich zeigt sich dagegen der kulturelle Graben bezüglich der Ethnie vasktomiewilliger

Männer: Schweizer und Westeuropäer machen den Hauptteil aus, wohingegen sich Männer aus dem Balkan, dem Süden, aus Afrika oder dem Nahen Osten meist gegen eine Unterbindung entscheiden.

Frau Gnirss beobachtet in ihrer Beratung immer wieder, dass Männer ihren persönlichen Standpunkt weniger geprüft haben, was eine gewichtige Erklärung für deren postoperative Probleme sein kann. Nach Auffassung des Autors wäre diesen Schwierigkeiten mit dem Sexocorporel-Konzept von J.Y. Desjardins zu begegnen, das ganz wesentlich auf der körperlichen Wahrnehmung in der eigenen Sexualität und der Formulierung von Bedürfnissen und Wünschen basiert. So bekommt die eigene Stellung in der Paarsexualität und die sexuelle Selbstsicherheit eine zentrale Bedeutung in der Verarbeitung einer operativen Unterbindung.

Laut Gnirss ist zudem die persönliche Einstellung zur männlichen Potenz zentral. Es gilt sich mit Fragen auseinanderzusetzen wie: Bin ich als Mann bereit, in meinem künftigen Sexualleben auf meine rekreative Potenz zu verzichten? Was bedeutet dies für mich? Wenn man zu denjenigen Männern gehört, die sich sexuell mehr entfalten oder weiterentwickeln möchten und diesen Eingriff aktiv wünschen, verspürt man/Mann keinen inneren Wunsch mehr nochmals ein Kind zu zeugen. Dennoch kann bei diesen Paaren von Seiten der Frau noch ein weiterer Kinderwunsch bestehen, was durchaus paarintern zu diskutieren gilt. Hat sich der Mann nach Klärung dieser Frage von sich aus für die operative Unterbindung entschieden, kommt er laut Expertin Gnirss im Nachhinein nie mehr in eine Beratung, weil er offensichtlich zufrieden ist. Diese Männer müssten beim Sex kein Kondom mehr tragen und hätten keine weiteren Schwangerschaften der Partnerin zu befürchten. Sie sind wahrscheinlich erleichtert in ihrer Sexualität. Auch Erektionsstörungen treten bei diesen Männern trotz Abschluss der reproduktiven Lebensphase nicht auf.

Postoperativ enttäuschte Männer reagierten manchmal wütend und mit einer Sexualfunktionsstörung auf die Unterbindung, weil ihre Partnerinnen nach der OP nicht entsprechend lustvoll geworden seien. Sie wurden aus ihrer Sicht trotz der Unterbindung nicht belohnt.

Im Beratungsgespräch sollte daher laut Gnirss die Motivation zur Unterbindung genau analysiert werden, um später beim Mann eine emotionale Sackgasse zu vermeiden respektive das postoperative Outcome zu verbessern. Liegt nämlich ein sexuelles Problem in der Partnerschaft vor, sollte primär eine sexologische Beratung angeboten werden. Der Entscheid und die Operation selbst sollten in einem solchen Fall verschoben werden.

Die Motivation vor der Unterbindung zu ergründen ist sozusagen der Kern des Aufklärungsgesprächs und ein Schlüssel in der sexologischen Anamnese. Des Weiteren soll beim Mann auch nach einer depressiven Struktur oder Stimmungslage gefragt werden, weiss die Expertin zu raten. Nicht selten hätten narzistisch veranlagte Männer sehr

irrealistische Erwartungen an den Kleineingriff. Die schlechtesten Prädiktoren für die postoperative sexuelle Zufriedenheit seien zudem Schuldgefühle und der Wille, Sühne zu leisten. Die Sexologin erinnert sich aus ihrer Praxis auch an Aussagen von Männern, wonach sie ihr Orgasmuserleben nach der Unterbindung als abgeschwächt empfunden hätten. Hätten sie dies gewusst, hätten sie sich vielleicht gegen die OP entschieden. Bezüglich dem postoperativen Orgasmuserleben bestehen keine wissenschaftlichen Daten; dies müsste künftig noch erforscht werden. Mögliche Erklärungen für ein verändertes Orgasmusgefühl können der normale Alterungsprozess oder die Eigenwahrnehmung sein. Sollte sich aber herausstellen, dass die Unterbindung in Einzelfällen tatsächlich solche Auswirkungen haben kann, wäre die Unterbindung ihrer Meinung nach gut zu überlegen. In Situationen, in denen sich die Frau zudem in ihrer Forderung zur Unterbindung des Partners verharrend verhielt, habe sie die postoperative Orgasmusqualität beim Mann auch angesprochen. Oft seien es Paarsituationen, bei denen ein gegenseitiges Aufrechnen in der Verhütungsfrage grosse Bedeutung einnimmt. Bei manchen Frauen nehme sie sogar aggressive Impulse wahr, die da umgelenkt wurden – nach dem Motto: „Ich habe jetzt Schwangerschaftsstreifen und jetzt soll er mal seinen Beitrag leisten; nicht, dass er am Schluss noch mit einer anderen Frau Kinder zeugt.“ Ihrer Ansicht nach wäre ihr Partner in den Augen anderer Frauen dann auch nicht mehr so attraktiv. Bei den sexologischen Gesprächen sei es deshalb ratsam, auch die Partnerin miteinzubeziehen, um die Paarsituation besser erfassen zu können. Dabei müsse auch die Motivation und Erwartung der Partnerin berücksichtigt werden. Es kann durchaus vorkommen, dass nur die Hälfte der Männer übrig bleibt, die sich dann operieren lassen will. Man wisse aktuell einfach noch zu wenig über das Orgasmuserleben des Mannes nach der Unterbindung. Ruth Gnirss frage dann immer auch die Frauen, ob sie selbst ihr Orgasmuserleben aufs Spiel setzen würden. Diese antworteten dann meist überrascht: „Um Gottes Willen, nein, dann hätten wir ja hinterher in der Paarsexualität echt ein Problem.“ Wie die Expertin aber weiss, sind heutzutage aber für Sexualforschung zu wenig Geld und Kapazität vorhanden. Die Kandidatenrekrutierung und auch die Zusammenarbeit mit Kliniken gestalteten sich zusätzlich sehr schwierig. Männer, die sich also aus eigenem Antrieb von ihrer Fruchtbarkeit lösen wollen, haben nach aktuellen Erkenntnissen eindeutig die bessere Langzeitzufriedenheit.

Jede Operation stellt im Grunde genommen eine juristisch tolerierte Körperverletzung zur Behebung eines medizinischen Anliegens oder Problems dar. Nach einer Operation ist zwar der Zugangsweg, der Schnitt bis zum „Ort des Geschehens“, vernäht, das Gewebetrauma aber provoziert Heilungsprozesse. Es entsteht ein Narbengewebe, das sich vom unberührten gesunden Gewebetyp unterscheidet. Die Unterbindung als operativer Eingriff verursacht funktionelle Mikroläsionen. Narbengewebe entsteht als Narbenknoten

um die Samenleiterenden oder als Spermagranulome. Diese sind zeitlebens gut durch die Hodensackhaut zu tasten und liegen weiterhin im Bereich der muskulären Samenstranghülle (lat. musculus cremaster). In sexueller Erregung verändert sich die Spannung dieser Muskulatur. Der Hodensack erscheint schlaff oder kompakt, an den Körper herangezogen. Diese Zustandsänderungen können durch Reibung an der Narbenzone durchaus unangenehme Empfindungen verursachen. Das Post-Vasektomie-Syndrom fasst solche chronisch auftretenden Beschwerden unterbundener Männer zusammen. Durch Untersuchungen lassen sich meist keine klaren Ursachen im Gewebe erkennen. Immerhin sind Erektion, Ejakulation und Orgasmuserleben in den meisten Fällen erhalten.

Zum Schluss kam das Gespräch auf das Thema der Refertilisierung (Vasovasostomie). Gemäss Einschätzung von Ruth Gnirss stellen sich mitunter Männer zur Refertilisierung vor, welche die Unterbindung früher eventuell unter einem Erwartungsdruck oder in der Hoffnung auf eine sich verbessernde Paarsexualität auf sich genommen haben. Die Erwartung hat sich dann nicht erfüllt, und nun möchten sie die OP rückgängig machen lassen. Meist stellen sie sich mit der (neuen) Partnerin in Kinderwunschsprechstunden vor. Operativ kann man diesen Männern teilweise wieder zur Zeugungsfähigkeit verhelfen. Über die Erfolgschancen hat sich der Autor bereits geäußert. Die Zeitspanne seit der Unterbindung, postoperative Gewebefaktoren und auch die präoperative Zeugungsfähigkeit spielen eine wichtige Rolle. Die Sexologin weiss auch von Extrembeispielen aus der Paar- oder Familienberatung, wonach zum Beispiel wegen erkrankter oder gar verstorbener Kinder ein erneuter Kinderwunsch aufkam und der Mann sich in Folge refertilisieren liess. In Fragen der Verhütung oder auch des Kinderwunsches ist es manchmal hilfreich von einem Fachnetzwerk profitieren zu können. Dieses interdisziplinär vernetzte Arbeiten mit Urologen, Frauenärzten, Psychiatern/Psychotherapeuten und Allgemeinärzten kommt der anzustrebenden ganzheitlichen Betreuung der Paare und hier insbesondere der Männer zugute.

13. Qualitative Datenerhebung (Ergebnisse Studieninterviews)

13.1 Grundlagen

Die qualitative Datenerhebung hat der Autor anhand von sechs Studieninterviews durchgeführt, an denen die Kandidaten auf freiwilliger Basis teilgenommen haben. Die vier Kandidaten wurden als Klienten in seiner urologischen Sprechstunde rekrutiert: Sie stellten sich anfänglich nur bezüglich ihres abgeschlossenen Kinderwunsches und zur Besprechung der operativen Unterbindung bei ihm vor. Aufgrund seiner persönlichen

Einschätzung und einer kurzen Studienvorstellung schätzte er ihre Eignung zur Teilnahme ein. Die offizielle Anfrage zur Teilnahme an der sexologischen Studie mit perioperativer Begleitung erfolgte sowohl mündlich, als auch in der Folgezeit telefonisch. Nach deren Einwilligung hat der Autor zwei Kandidaten der sexologischen Gruppe und zwei der Referenz- oder Kontrollgruppe zugeteilt. Von den vier Kandidaten hat der Autor bei dreien die Unterbindung selbst durchgeführt; ein Kandidat, Herr B.T., zog aufgrund der tieferen Kosten einen anderen Behandlungsort vor. Herr E.G., wie Herr B.T. der sexologischen Gruppe angehörend, ist gebürtiger Spanier und spricht fließend deutsch. Herr J.R. (Deutscher) und Herr M.N. (Schweizer) machen die Referenzgruppe aus.

Zu Beginn der jeweiligen Interviews, die aus logistischen Gründen in der Urologie Praxis des Spitals Uster durchgeführt wurden, hat der Autor die Männer über den Interviewablauf und die Begleitung aufgeklärt, bevor sie ihr definitives Einverständnis auch in schriftlicher Form abgegeben haben. Die unterzeichneten Rahmenbedingungen sind im Formular „Einverständniserklärung zur Studienteilnahme“ unter Anhang 17.1 einzusehen. Die sechs Studieninterviews konnte der Autor mit dem Mobiltelefon aufnehmen, so dass von seiner Seite während der Interviews eine optimale Aufmerksamkeit gewährleistet war, und auch die Transkription und Datenauswertung dadurch wesentlich vereinfacht werden konnte.

Die Studieninterviews erfolgten in chronologischer Reihenfolge wie folgt:

- Herr E.G. geb. 1974, präoperatives sexologisches Interview am 18.07.2019
- Herr J. R. geb. 1974, postoperatives Referenzinterview am 27.07.2019
- Herr B.T. geb. 1977, präoperatives sexologisches Interview am 20.08.2019
- Herr M.N. geb. 1983, postoperatives Referenzinterview am 27.08.2019
- Herr E.G. geb. 1974, postoperatives sexologisches Interview am 24.09.2019
- Herr B.T. geb. 1977, postoperatives sexologisches Interview am 21.10.2019

Das zuvor erwähnte Telefoninterview mit Frau Dr. med. Ruth Gnirss-Bornet erfolgte am 17.07.2019.

Das Referenzinterview mit Herrn R.F., einem Kandidaten, der die Unterbindung wieder abgesagt hat, erfolgte auf seinen Wunsch hin ohne Audioaufnahme am 01.11.2019.

Der Autor der vorliegenden Arbeit hat für die Auswertung der Interviews das im methodischen Vorgehen beschriebene Kategoriensystem nach Mayring (2015) nachentwickelt. Die in der untenstehenden Tabelle aufgeführten Kategorien entstanden aus der Hauptforschungsfrage und dem Interviewleitfaden. Zudem richten sie sich an der eingangs behandelten Theorie.

Um die Tabelle besser zu verstehen, wird sie im Folgenden kurz erklärt: In der ersten Spalte sind die Nummern der Hauptkategorien ersichtlich. In der zweiten Spalte werden die

Hauptkategorien genannt: Es sind dies die Hauptthemen des Interviewleitfadens. In der dritten Spalte werden die Begriffe der Hauptkategorie definiert; sie werden in eigenen Worten kurz erläutert. In der vierten und letzten Spalte sind Ankerbeispiele aus den Interviews ersichtlich. Diese symbolisieren die jeweiligen Hauptaussagen der Kandidaten und entsprechen Zitaten aus den Interviews.

Tabelle: Kategoriensystem für die qualitative Analyse

Nr.	Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiele
1	Bezug zum Geschlecht	Verhältnis zum eigenen männlichen Geschlecht, Erleben des Geschlechts in der männlichen Rolle	„Ich denke, dass hoffentlich alles problemlos läuft.“ (E.G. Vorgespräch) „Penis: Ein Symbol der Manneskraft. Wenn man mit der Frau zusammen ist, ist man froh um diese Kraft.“ (B.T. Vorgespräch)
1b	Sexualisierungsprozess („Überraschungen“)	Lebenslanger sexueller Erfahrungs- und Lernprozess (neue Kategorie)	„Ein Kollege hat früher missbräuchliche Handlungen an mir vollzogen. Es hat nicht eine bestimmte Art der Penisbeziehung ausgelöst.“ (B.T. Vorgespräch)
2	Selbstbefriedigung	Sexuelle Erregungssteigerung am eigenen Körper vorgenommen, auch Onanie oder Masturbation	„Eher selten. Ich kenne eher feuchte Träume.“ (E.G. Vorgespräch) „Es ist ein schönes Gefühl, eine Wärme durch das einströmende Blut. Man hat dann was in der Hand.“ (B.T. Vorgespräch)
3	Paarsexualität	Die mit dem Partner zusammen praktizierte sexuelle Erregungssteigerung oder sexuelle Aktivität	„Mit der Frau ist er (Penis) noch nicht schon parat, Zärtlichkeit spielt eine Rolle. Nach dem Ausziehen das gegenseitige Präsentieren.“ (B.T. Vorgespräch) „Ich habe höchstens Gedanken, wie ich es ihr besser machen kann beim Sex.“ (E.G. Vorgespräch)

Nr.	Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiele
4	Genuss der sexuellen Aktivität	Fähigkeit, die sexuelle Erregung mit sich und dem Partner zu geniessen	„Es muss Ruhe einkehren, um sie (die Lust) zu spüren.“ (E.G. Vorgespräch) „Eventuell ist es eher ein Wohlgefühl.“ (B.T. Vorgespräch)
5	Sexuelle Krisenbewältigung in der Partnerschaft	Umgang mit Schwierigkeiten oder Hürden in der Paarsexualität	„Er ist mein bester Freund, entweder steht er zu mir oder er hängt an mir.“ (B.T. Vorgespräch) „Nein, es war mir jeweils peinlich.“ (E.G. Vorgespräch)
6	Entscheid zur Unterbindung	Entscheidungsprozess des Mannes vor dem definitiven Entscheid zur Unterbindung	„Darum dachte ich mir: E. (Name) fertig!“ (E.G. Vorgespräch) „Gott hat mir drei Kinder geschenkt und es ist gut so für mein Leben.“ (B.T. Vorgespräch)
7	Information zur Unterbindung	Gesamtheit des vom Mann erlangten Wissens in Bezug zur Unterbindung	„Geschätzt habe ich auch ihre Skizzen im Gespräch.“ (B.T. Vorgespräch) „Im Internet. Meine erste Sorge beim Lesen der Texte war, wie meine Ejakulation nach der OP sein würde.“ (E.G. Vorgespräch)
8	Präoperatives Männlichkeitsverständnis	Selbstdefinition von Männlichkeit	„Männlichkeit,...dass der Penis funktioniert.“ (E.G. Vorgespräch) „Die Männlichkeit liegt einerseits in der Biologie, den Chromosomen, andererseits in der Psyche.“ (B.T. Vorgespräch)

Nr.	Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiele
9	Postoperativ erlebte Entscheidung	Reflektierende Empfindungen des Mannes in Bezug zum präoperativ gefällten OP-Entscheid	„Ja die OP war gut überlegt und der Entschluss kam nicht von gestern auf heute.“ (M.N. Kontrollgruppe) „Ja, es war für mich die richtige Entscheidung. Und ich habe aktiv meinen Teil an Verantwortung im Verhüten wahrnehmen wollen.“ (J.R. Kontrollgruppe)
10	Perioperatives Erleben	Gesamtheit der Erlebnisse, Eindrücke und Emotionen, die der Mann im Rahmen der operativen Unterbindung wahrgenommen hat	„Ich hatte schon einige Knochenbrüche und aufwändige Zahnbehandlungen. Diese waren wesentlich unangenehmer als die Unterbindung.“ (J.R. Kontrollgruppe) „Er [Kollege] hatte ein wenig mehr Komplikationen gehabt als ich. Dagegen hatte ich nichts Wesentliches; ich kann mich also nicht beklagen.“ (M.N. Kontrollgruppe)
11	Postoperative Sexualität	Sexualität nach der Unterbindung (SB und GV)	„Es hat sich für mich nichts geändert. Vielleicht ist man jetzt mental freier.“ (J.R. Kontrollgruppe) „So hatte ich unmittelbar nach der Unterbindung eine überaus gesteigerte Empfindung und auch sexuelle Lust.“ (M.N. Kontrollgruppe)
12	Postoperativer Bezug zum Geschlecht als Sexualpartner	Veränderungen nach der OP in Bezug zum eigenen Geschlecht	„Einfach die Hoffnung, dass er für meine Freundin genügend funktioniert.“ (E.G. Verlaufsgespräch) „Es hat an der Beziehung nach der Unterbindung auch nichts verändert.“ (J.R. Kontrollgruppe)

Nr.	Hauptkategorie	Definition	Ankerbeispiele
13	Klient als Experte	Ratschläge und Informationen, die der Mann anderen noch nicht operierten Männern weitergeben würde	„Ja, ich selbst würde es wieder tun.“ (E.G. Verlaufsgespräch) „Ich denke schon, ja.“ (B.T. Verlaufsgespräch)
14	Postoperatives Männlichkeitsverständnis	Selbstverständnis von Männlichkeit und als Sexualpartner nach der erfolgten OP	„Hauptsache die Erektion funktioniert!“ (E.G. Verlaufsgespräch) „Als Arzt sollte man also eine ganzheitliche Sicht haben.“ (B.T. Verlaufsgespräch)
15	Postoperativer Bezug zum Kinderwunsch	Einstellung zum Kinderwunsch nach der Unterbindung	„Es wäre kein Thema für mich.“ (B.T. Verlaufsgespräch) „Ich würde einer neuen Partnerin offen meine Einstellung mitteilen: Es tut mir leid, aber für mich ist die Sache abgeschlossen.“ (E.G. Verlaufsgespräch)

Quelle: In Anlehnung an Mayring (2015, S. 111f)

Der Autor hat die Transkripte der Studieninterviews entsprechend der Hauptkategorien untersucht und zu jeder Kategorie die entscheidenden Aussagen der Interviewpartner aufgeführt. Jeder Kategorie wurde eine Farbe zugeordnet und die Aussagen entsprechend der Kategorie beziehungsweise der Farbe markiert. Dieser Schritt diente lediglich der Strukturierung der Aussagen und ist in dieser Arbeit nicht zusätzlich dokumentiert beziehungsweise ersichtlich.

Das Expertentelefoninterview mit Ruth Gnirss wurde gemäss der Kerninhalte zusammenfassend wiedergegeben. Das Interview mit dem Kandidaten R.F. (Unterbindungsabsage) musste aufgrund seiner Ablehnung einer Audioaufnahme ebenfalls zusammenfassend wiedergegeben werden.

13.2 Ergebnisse sexologische Vorgespräche Herr E.G. und Herr B.T.

Die Fragen zum sexologischen Vorgespräch sind im Interviewleitfaden Anhang 17.3 ersichtlich.

Bezug zum Geschlecht: Der Bezug zum Geschlecht präsentierte sich bei den beiden Männern auf unterschiedliche Weise und bot auch eine Überraschung, was zu einer neuen Unterkategorie (Sexualisierungsprozess/Überraschungen) führte.

Herr B.T. musste in früher Jugend unfreiwillig sexuelle Übergriffe hinnehmen und glaubt diese bisher ohne signifikanten Einfluss auf seine Beziehung zum Geschlecht verarbeitet zu haben: „Es hat aber nicht eine bestimmte Art der Penisbeziehung ausgelöst dadurch“, so B.T.. Er zeigt sich gekonnt in der Eigenreflexion und hat Distanz zu den unangenehmen frühen Erfahrungen gewonnen. Auch eine intensive Pornokonsumphase in den jungen Erwachsenenjahren konnte er aktiv verarbeitend überwinden. „In den frühen 20er Jahren hatte ich mit Pornografie meine Mühe, eine regelrechte Abhängigkeit“.

Herr E.G. scheint dem Penis eher eine rein funktionelle Bedeutung zukommen zu lassen. Äusserlichkeiten des Geschlechts taxiert er heute als weniger wichtig, früher seien diese angeblich wichtiger gewesen: „Ich denke nicht viel an oder über meinen Penis. [...] Ich denke, dass hoffentlich alles problemlos läuft.“ Auf körperliche oder genitale Empfindungen angesprochen, zögern beide. Die Frage überrascht die Männer beide, bringt sie etwas aus der Ruhe. Herr B.T. berichtet mir von seiner Initialzündung der bewusst erlebten Sexualität mit einem Schulkollegen, der anzügliche Beckenbewegungen vormachte, die er zuhause mit angenehmen Empfindungen und einer ersten starken Erektion nachahmte. Für ihn sei die Erektion ein Symbol der Manneskraft. Herr E.G. löst durch genitale Berührungen bei sich eher Fantasien von schönen Frauen aus. Die eigenen körperlichen Signale, ausser die Erektion selbst, nimmt er dabei weniger wahr. Aussagen wie: „Also wenn ich meinen Penis berühre, dann denke ich an eine andere Person“ und „Er (Penis) macht seine Arbeit“ scheinen weniger auf einen grossen Geschlechtsstolz hinzuweisen. So führt er auch an: „Ich denke, dass er mir immer wichtig war. Früher aber war mehr Stolz vorhanden, ich habe mehr an ihn gedacht.“

Selbstbefriedigung: Sie wird von beiden Kandidaten gelebt. Von früher her scheinen Herrn B.T. regulative oder kognitiv normative Einflüsse in der SB beeinflusst zu haben. So meint er: „Es konnte mir bisher niemand sagen [...] die Frage beantworten, ob die SB gut sei, und ob sie zu vermeiden sei.“ Von diesen kognitiven Mahnfingern habe er sich zwar im Verlauf des Erwachsenwerdens lösen können, habe aber die Einstellung behalten, dass man SB auch übertreiben und diese sich dann unter Umständen negativ auf die Paarsexualität auswirken könne. Die SB empfindet er folgendermassen: „Es ist ein schönes Gefühl, eine Wärme durch das einströmende Blut. Man hat dann was in der Hand. [...] Ich merke auch die Verbindung Penis – Hirn: Es geht auch was im Kopf ab.“ Die wachsende Erektion fülle

dann – begleitet von gesteigerten genitalen Empfindungen – seine Handhöhle aus. Er bediene sich bei der SB zudem eines variantenreichen Repertoires: Die Handposition am Penis, die Körperlage und manchmal auch Beckenbewegungen machen diese Vielfalt aus. Die SB praktiziert er in der Beziehung nebenbei öfters als es Herr E.G. tut. Dieser betreibt sie in seiner Partnerschaft weniger, eher in Zeiten, in denen er zuhause alleine ist und Ruhe hat: „Ausnahmen sind z.B., wenn ich sie sehr lange nicht sehe.“ Herr E.G. erlebt feuchte Träume immer noch wie zu Jugendzeiten; sie werden dann manchmal durch erotische Träume ausgelöst. Dann steigert sich auch seine Lust auf SB. Diese wirkt vom Ablauf her eher standardisiert und dient seinen Angaben zufolge eher als Ersatz der Paarsexualität, denn als positiv erlebte Ergänzung der gemeinsamen Intimität.

Paarsexualität: Die Paarsexualität erleben die zwei Männer als bedeutenden Teil ihrer Sexualität. Herr B.T. offenbart auch: „Ich hatte nie GV vor der Heirat mit meiner Frau, ausser mit dem Kollegen in der Jugend.“ Sie gestalten ihren intimen Raum variantenreich und ohne Druck. Kann er mangels Scheidenfeuchtigkeit seine Partnerin nicht penetrieren, behelfen sie sich einfach mit anderen Spielvarianten, u.a. mit Sexspielzeug. Sie geniessen für gewöhnlich eher die schnelle Erregungssteigerung und Entladung, sie sind beide eher schnell „entflammbar“: „Wir sind beim Sex wie ‚die Bauern‘, es geht dann schnell und klassisch, dann ist es vorbei.“ Herr E.G. erfreut sich regelmässiger, zweimal wöchentlicher Sexualkontakte mit seiner Partnerin und werde durch ihre feuchte Scheide zusätzlich erregt. Dennoch erwähnt er Sorgen und Gedanken, wonach sein Penis hoffentlich genügend funktioniere. „Dann bin ich gedanklich beim Sex bei ihr. Ich habe höchstens Gedanken, wie ich es ihr besser machen kann beim Sex. Aber ich achte nicht auf die eigene Atmung.“ Er ist mit seiner Aufmerksamkeit beim GV weniger beim eigenen Körper („Penisse sind doch alle gleich“), als mehr bei ihr („Ja, ich höre sie atmen“). Dies verdeutlicht seine Heterozentriertheit beim partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr, er ist dabei auf seine Partnerin fokussiert.

Genuss der sexuellen Aktivität: Die zwei Männer kennen ihren Körper sowohl in Ruhe und Entspanntheit als auch bei Stress und Müdigkeit. Genuss verbinden beide einerseits mit vorhandener Zeit, andererseits mit Ruhe oder Abwesenheit von Stress. Sie geniessen die genitale Reaktion der Erregung, welche gemäss B.T. bei SB von unten genital und beim GV eher von oben emotional komme. Er verbindet Genuss auch mit der Vorfreude auf die sexuelle Anspannung oder Erregung: „Der Herzschlag erhöht sich, man atmet schwerer, der Körper wird gesamthaft etwas wärmer“ oder mit dem Betrachten des Penis: „Wenn er aufsteht, dann ist es ein schöner Anblick.“ Auch nehme er die aufkommende Erregung vor der SB als „dicke Eier oder eine dicke Hose haben“ wahr. Die Erregungsquellen sind männertypisch dominant visuell, aber auch in Form von Fantasien vom Sexualpartner vertreten. Herr E.G. dagegen erzeugt sexuellen Genuss durch die genitalen Empfindungen,

weniger durch den visuellen Eindruck vom steifen Penis: „Nein, ich schaue den Penis meistens nicht an bei der SB.“ Der Anblick vom eigenen Penis, wenn er ihn manchmal im Spiegel selbst betrachten kann, lässt bei ihm weniger Genuss als eher Zweifel bezüglich dem Funktionieren und Genügen aufkommen.

Sexuelle Krisenbewältigung: Nach sexuellen Krisen gefragt gibt Herr E.G. an, dass er in neuen Partnerschaften oder speziell unter Aufregung manchmal zu schnell komme oder die Erektion schneller zusammenfalle. Mit der Zeit und mehr gemeinsamer Erfahrung nach der Kennenlernphase legten sich diese sexuellen Startschwierigkeiten bald wieder. Für ihn entstehe dann in solchen Situationen des Penisversagens ein peinlicher schamvoller Moment. Angesichts der aber sehr regelmässigen Sexualkontakte mit seiner langzeitigen Partnerin verkommen diese Momente eher zu Ausnahmesituationen, sie gewinnen also keine wesentliche Bedeutung. Auch Herr B.T. kennt wie viele Männer die gelegentlichen „Versager“, die er bei sich auf etwa 3-5% all seiner Sexualkontakte einschätze. Er störe sich zwar am situativ bedingten Erektionsverlust mit dem damit verbundenen Unterbruch des penetrierenden Geschlechtsverkehrs, könne aber immer wieder Vertrauen und Zuversicht künftigen Situationen gegenüber aufbringen. Auch wenn es seiner Partnerin nicht nach ihren Vorstellungen läuft, „kann ich die künstliche Vagina, ‚s’Öhrli‘, nehmen.“ Er verwende sie dann auch genussvoll zum Herbeiführen eines Orgasmus. Diese Gewohnheit entspanne diese unangenehmen Situationen seiner Auffassung nach beide Partner.

Entscheid zur Unterbindung: Herr E.G. wie auch Herr B.T. haben Kinder und die Familienplanung scheint bei beiden definitiv abgeschlossen zu sein. Herr E.G. lebt in zweiter Partnerschaft mit seiner 47-jährigen Partnerin; für sie beide kommt daher ein Kind wegen ihres Alters und auch aus situativen, finanziellen Gründen nicht mehr in Frage. Herr B.T. ist Vater von drei Kindern und erlebte die Kleinkinderphase bisweilen als sehr anstrengend. Die jeweiligen Partnerinnen von E.G. und B.T. haben die Entscheidung ihrer Männer für eine Unterbindung mitgetragen und unterstützt. Insbesondere wurde die Thematik im Vorfeld offen diskutiert; die Entscheidung danach oblag aber dann den Männern allein.

Beide Männer nahmen sich genügend Bedenkzeit, um ihren Entscheid zur Unterbindung mit guten Gründen fällen zu können. „Ja, ich wollte wegen meiner finanziellen Situation möglichst kein Risiko mehr eingehen. Darum dachte ich: E. (Name) fertig!“ meinte E.G, der noch für lange Zeit Alimente an seine Ex-Partnerin und den 11-jährigen Sohn zu entrichten hat. Gewisse Zweifel oder gegensätzliche Gedanken kommen in Herrn B.T. auf, der sich gerade bezüglich eines später aufkommenden Kinderwunsches nochmals hinterfragt. Dennoch kommt er bestimmt zum Schluss: „Nach drei Kindern, die sehr lebendig und aktiv sind, haben wir uns gesagt, dass es sowohl für meine Frau als auch für mich nun genug

sei.“ Sein religiös geprägtes Lebenskonzept setzt ihm zusätzliche Grenzen bezüglich späterer Kinder; diese Grenzen scheint er für sich gut akzeptieren zu können.

Mit dem Ziel der gewünschten Zeugungsunfähigkeit verbinden beide Männer vorausschauend eine grössere Freiheit in der Paarsexualität. Vor allem die ungeliebten Unterbrüche beim partnerschaftlichen Verkehr, vor allem beim Überziehen eines Kondoms, und die andauernde Ungewissheit einer nochmaligen Schwangerschaft der Partnerin wären der gewünschten sexuellen Lockerheit nicht gerade dienlich. Die mit der Zeit zurückgewonnene Freiheit im Wahrnehmen von Bedürfnissen würde im Falle eines Nachzüglers erneut stark eingeschränkt werden.

Bedenken wegen wahrnehmbaren Körperv Veränderungen durch die Unterbindung scheinen nur Herrn E.G. zu plagen. Mit leichter Skepsis denkt er an die postoperative Erektion und Ejakulation, obwohl er in der Aufklärung diesbezüglich beruhigt worden ist.

Information zur Unterbindung: Die Informationen zur Unterbindung erhielten beide Männer einerseits aus dem Umfeld (Kollegenkreis) und auch aus dem Internet (Praxishomepage, Foren u.a.). Die Homepage der Urologie-Praxis des Spitals Uster sowie das urologische Aufklärungsgespräch mit dem Operateur hat beiden die Möglichkeit geboten, letzte Fragen zu beantworten. Die handskizzierten Anatomieschnitte während des persönlichen Gesprächs, die dem Verständnis der operativen Vorgänge dienten, haben sie speziell geschätzt. Im sexologischen Vorgespräch ging es bei Herrn E.G. vor allem um eine Bestätigung, dass die Erektion und Ejakulation aus anatomischen Gründen nicht gefährdet sein würden: „Wenn nach der OP kein Samenerguss mehr möglich wäre, würde ich mich nicht unterbinden lassen. Das ist für mich sehr wichtig, ejakulieren zu können.“ Herr B.T. wünschte sich noch ergänzende Erklärungen zu den operativen Auswirkungen auf die Hodenfunktion bei verschlossenen Samenleitern.

Präoperatives Männlichkeitsverständnis: Herr E.G. verbindet sein Männlichkeitsverständnis vor allem mit der funktionierenden Erektion (Zitat: „Männlichkeit, dass der Penis funktioniert“) und erst nach nochmaligem Nachfragen ergänzt er sein Mann-Bild mit männlicher Muskulatur und einem guten Charakter. Die Entscheidung zur Unterbindung schmälere seine Männlichkeit überhaupt nicht. Herr B.T. zeichnet zu Beginn schon ein sehr differenziertes Mann-Bild bestehend aus biologischen Faktoren (Erektion und Zeugungsfähigkeit), Charakter und Widerstandsfähigkeit. Ein bisschen Heldentum gepaart mit innerer Überzeugung und Prinzipien gehöre auch noch dazu: „Helden sind für mich Männer, die nicht nach dem Lust-und-Laune-Prinzip leben, sondern nach inneren Überzeugungen und Prinzipien.“ Ein Mann sollte sich seiner eigenen physischen Kraft und Ausdauer bewusst sein, sich für eine Sache oder seine Familie einsetzen können. Auch feminine Züge wie Sensibilität, Emotionen und Gefühle integriert Herr B.T. in sein Mann-Bild. „Seinen Mann stehen“ im Leben, im Alltag und in der Beziehung.

13.3 Ergebnisse sexologische Verlaufsgespräche Herr E.G. und Herr B.T.

Postoperativ erlebter Entscheid: Ihren Entscheid zur Unterbindung haben beide Kandidaten im Rückblick nicht bereut. Eine sichere Rückmeldung kam von Kandidat E.G., wohingegen Herr B.T. sich zwar für seine Entscheidungsfindung präoperativ gut informiert fühlte, Angaben zum persönlichen Befinden und Erleben nach der Operation aber hatte er in der vorgängigen Beratung vermisst. Lobend erwähnte er hingegen. „Was mir zu Beginn sehr positiv aufgefallen ist, dass Sie mich auf die Bedeutung der Unterbindung hingewiesen haben und mich wiederholt nach der sicheren Entscheidung gefragt haben. Diese macht nämlich was mit einem Mann, was mir zu Beginn gar nicht so aufgefallen ist“, so B.T. Er erwähnte des Weiteren, dass nach einigen Wochen, ausgelöst durch ironische Äusserungen seiner Frau bezüglich eines vierten Kindes, in ihm erneut Zweifel bezüglich seines gefällten OP-Entscheids aufgekommen seien.

Perioperatives Erleben: Eine gewisse Nervosität sei bei beiden schon da gewesen; sie wich aber relativ schnell, nicht zuletzt auch dank des professionellen Empfangs und den Erklärungen des Behandlungsteams in der Tagesklinik und dem Operationssaal. Herr B.T. konnte sogar zum Schluss die abgetrennten Samenleiterteilstücke anschauen, die ihm der Operateur ungefragt und mit einem gewissen Stolz übers Tuch präsentiert hatte: „Es war kein Problem für mich, ich fand es aber doch etwas lustig“, so meinte er. Schnell war die Unterbindung vorüber und auf die Frage, was den Männern Mut für die Zeit danach gegeben hätte, meinte E.G.: „Die gute Betreuung und später die Erektion!“ und Herr B.T.: „Das Thema der Verhütung ist nun passé. Das Verwenden von Kondomen hat uns beim Sex doch sehr gestört.“ Letzterer war für eine gewisse Zeit wegen einer Wundinfektion im Bereich einer Operationsnaht von sexuell motivierten Gedanken abgelenkt gewesen. Kontrollen beim Arzt und eine Antibiotikabehandlung waren nötig, bis es auch bei ihm zur guten Abheilung der Wundinfektion gekommen war. Er meinte noch selbstkritisch, dass er sich zu Beginn bei Bewegungen und beim Tragen seiner Kinder doch hätte zurückhalten sollen.

Postoperative Sexualität: Herr B.T. erlebte nach seiner Unterbindung einen sexuellen „Taucher“, ein völliges Versiegen von Lustgefühlen und auch von Erektionen. Erst nach einer Woche meldeten sich die Libido und sein Penis mit kräftigen Erektionen wieder zurück. Eventuell im Wissen, dass man es wieder dürfe, meinte er augenzwinkernd. An Erektion, Ejakulation sowie Orgasmusqualität habe sich aus seiner ersten Erfahrung zwar nichts verändert, doch empfand er zu Beginn noch ein unangenehmes postejakulatorisches Spannungsgefühl im Hodensack. Dieses sei aber im Verlauf schon wesentlich schwächer wahrnehmbar als noch zu Beginn. Funktionell hat sich also bei SB wie auch beim GV nichts verändert, doch in der Anfangszeit war er sexuell sehr aktiv: „Aber vielleicht war es auch die Freude über die wiedererwachte Sexualität.“

Postoperativer Bezug zum Geschlecht: Die Hoffnung, dass der Penis der Partnerin genüge, war die anfängliche Sorge von Herrn E.G. Trotzdem sei der Penis sein „Freund“ geblieben, und er empfinde nun nach der Unterbindung mehr Lust in der Sexualität. Den sexuellen Begegnungen mit seiner Partnerin stünde nun nicht mehr die latente Angst vor einem weiteren Kind im Wege. Er empfinde nach der Unterbindung eine Entspannung, Freiheit sowie einen Gewinn an sexueller Lust: „Meine Erklärung hierfür ist, dass ich von den Gedanken her eine gewisse Freiheit spüre, nun frei ejakulieren zu können. Und dies bei und in meiner Partnerin.“

Herr B.T. ergänzte seine Angaben der ersten Sitzung mit der Erkenntnis, dass die sexuelle Orientierung in der Entwicklung immer auch Störeffekten ausgesetzt sein könne. So kamen ihm damals Gedanken, wie es wohl als (den Penis empfangende) Frau wäre. Er wurde ja früher von einem Kameraden anal penetriert. Das Erlebte hätte aber dank seines Glaubens und den als positiv anerkannten Grenzen in der Sexualität für ihn keine negativen Auswirkungen gehabt. Der sexuelle Entfaltungsraum wird von ihm zwar als begrenzt wahrgenommen, er kann es aber gut für sich akzeptieren. Sein Männlichkeitsverständnis habe dadurch und hinsichtlich der überstandenen Unterbindung nicht gelitten.

Klient als Experte: Beide Kandidaten haben klar angegeben, dass sie die Unterbindung bei sich nochmals durchführen lassen würden, stünden sie abermals vor dem Entscheid. Auch könnten beide Männern in ihrer Lebensphase die Unterbindung als Verhütungsmethode empfehlen, vorausgesetzt dass diese den Entscheid sicher fällen können. „Ich denke schon ja. Man muss sich vor der OP – und sie haben es gut mit mir gemacht – doch die grösseren Fragen stellen“, fügt Herr B.T. an. Zudem rät er, dass ein Mann sich dies gut überlegen sollte. Besser warte man noch ein halbes oder ganzes Jahr ab, bevor man sich entscheide. Verändere sich nämlich die Beanspruchung oder Belastung in der Familie, könne es durchaus sein, dass unerwartet ein weiterer Kinderwunsch aufkommen kann. Zudem bemerkte er, dass sich aufgrund seiner Erfahrung viele Männer in seinem Bekanntenkreis haben unterbinden lassen, ohne dass sie zuvor davon erzählt hätten. Herr E.G. fügte noch an, dass er anderen Männern die OP eher im Winterhalbjahr empfehlen würde. Er selbst war nach seiner Unterbindung im Sommer nach Spanien verreist und musste trotz grosser Hitze zwei Wochen lang auf das Baden im Meer verzichten.

Postoperatives Männlichkeitsverständnis: Die persönliche Männlichkeitsdefinition nach der Unterbindung umschreibt Herr E.G. kurz so: „Hauptsache die Erektion funktioniert! Für mich ist es nicht entscheidend, ob Spermien im Ejakulat sind.“ Auf nochmaliges Nachhaken ergänzt er sein Männlichkeitsbild mit guten Charakterzügen, einer eigenen Meinung und Visionen im Leben. Trotz seiner nach eigener Ansicht eher konservativen spanischen Herkunft hat er bisher viele unterschiedliche Länder bereist und unterschiedlichste Kulturen

kennengelernt. So ist er mit ganz verschiedenen Männlichkeitsbildern konfrontiert worden. Sein Fazit: „Auch ein schwuler Mann kann Männlichkeit ausstrahlen.“

Herr B.T. meint unmittelbar postoperativ, dass ihm bezüglich seiner Geschlechterrolle doch auch gewisse Zweifel gekommen sind: „Es gingen mir schon trotzdem Gedanken durch den Kopf: Jetzt bist du kein richtiger Mann mehr. So als spontanes Gefühl.“

Postoperativer Bezug zum Kinderwunsch: Herr E.G. scheint auch in dieser Frage keine Zweifel in sich zu tragen. Er habe sich zwar mögliche operative Massnahmen zur Wiedererlangung der Zeugungsfähigkeit vorgestellt, gibt aber dann klar an, sich mit bald 50 Jahren nicht mehr für weitere eigene Kinder motiviert zu fühlen. Auch würde er einer jüngeren Partnerin gegenüber seine Meinung offen darlegen. Ob sie es dann verstehen oder akzeptieren könnte, könne er nicht beeinflussen: „Es tut mir leid, aber für mich ist die Sache abgeschlossen. Ich möchte jetzt das Leben (mit dir) geniessen.“ Auch Herr B.T. beurteilt die Kleinkinderphase als sehr anstrengend, und meint, dass Gott ihm drei Kinder geschenkt habe: „Aber es war mein Beitrag, und ich liebe Kinder, aber nochmals Kinder kriegen, das käme für mich nicht mehr in Frage.“

13.4 Ergebnisse Referenzgespräche mit Herrn M.N. und Herrn J.R. (Kontrollgruppe)

Postoperativ erlebter Entscheid: Beide Männer der Kontrollgruppe nahmen eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung vor der Operation ein: Herr J.R. hat einen Sohn mit Trisomie 21 und Herr M.N. ist Vater zweier Kleinkinder, was sie jeweils nach einer ausreichend langen Bedenkzeit zum sicheren OP-Entscheid brachte. So meinte Herr J.R.: „Wir (mit der Partnerin) haben die Situation besprochen, und ich habe mich danach für die Unterbindung entschieden und auch selbst angemeldet.“ Herr M.N.: „Ja, es war gut überlegt und der Entschluss kam nicht von gestern auf heute.“ Der Entscheid basierte bei beiden offensichtlich auf einer nachvollziehbaren Familiensituation und einer offenen Paarkommunikation. Eine Drucksituation oder ein Drängen von Seiten der Partnerin lag bei beiden Männern nicht vor. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs, meist der letzten Entscheidungsetappe, erwies sich das gewachsene Vertrauen in die Behandler als ausschlaggebend: „Für mich war das Aufklärungsgespräch gut, das Vertrauen in die mich behandelnden Personen war für mich aber fast am wichtigsten“, formulierte es J.R.

Perioperatives Erleben: Die beiden Kandidaten zeigen sich sehr entspannt, sowohl aufgrund ihrer Persönlichkeit als auch bezüglich ihrer Haltung und ihrer Aufmerksamkeit im Gespräch. Somit ist die Grundvoraussetzung für eine gute Gesprächsatmosphäre gegeben. Beide Männer bekunden umfassend informiert worden zu sein. Ihre Informationsquellen waren im Vorfeld das Internet, Kollegen und dann im urologischen Aufklärungsgespräch der Operateur. Beide fühlen sich im Rückblick bezüglich ihres Informationsbedarfs gut vorbereitet. Herausragend in der Vertrauensbildung mit dem

Operateur und dessen Team war das persönliche Gespräch. Bei dieser Gelegenheit liessen sich die letzten Fragen unkompliziert klären.

Zum OP-Tag machen beide durchwegs positive Rückmeldungen. Sie schätzten insbesondere die pflegerische und ärztliche Betreuung in der Tagesklinik, sowie den Kontakt zu Männern in gleicher Situation, sozusagen zu „Leidensgenossen“. Als hilfreich erwiesen sich auch die medizinischen Vorerfahrungen beider Männer. So stuften sie im Nachhinein frühere Behandlungen (z.B. Zahnarzt, Knochenbrüche) oder negativ geschilderte Erlebnisse von Kollegen nach Vasektomien schlimmer ein als ihre eigene Unterbindung. Eine gewisse Leidenserfahrung lässt unter Umständen auch die eigene Beschwerdetoleranz wachsen – frei nach dem Motto: Man(n) hat schon was durchgestanden und im Verlauf die Zuversicht gewinnen können, dass es schon gut kommen wird. Auf die Frage, was sie speziell beschäftigt hat, meinte J.R.: „Vielleicht, dass es bei der OP sehr empfindliche Stellen des Mannes betrifft; und, dass die OP in Teilnarkose gemacht wird.“ Die Unterbindungsoperation, welche meist in Lokalanästhesie und ohne direkten Sichtkontakt auf das Genitale, durchgeführt wird, verlangt vom Patienten eine gewisse vertrauensvolle Hingabe ab. Obwohl der Mann etwa für eine halbe Stunde ruhig liegen muss und sich dem Operationsteam anvertraut, sind taktile und akustische Eindrücke und Wahrnehmungen möglich. Beide Klienten erlebten diese Ausnahmesituation als relativ entspannt. „Angenehme Erfahrungen waren es nicht, aber ich hatte Vertrauen in die Behandler. Ich hätte mich aber auch gemeldet, wenn es nicht mehr gegangen wäre“, meinte J.R. Es waren während beider Operationen relativ entspannte Gespräche mit den Männern möglich. Ein Hinweis auf die Anspannung des Patienten während einer Operation gibt der Muskeltonus im Oberschenkel, den der Operateur bei Auflage seiner Unterarme wahrnehmen kann. Die muskuläre Anspannung der Männer der Kontrollgruppe war erstaunlich gering. In Analogie zum Sexocoporel lässt sich sagen, dass ein Gespräch in solchen Situationen mit einem Patienten nur dann möglich ist, wenn dieser bei geringerem Tonus seine Aufmerksamkeit auch auf andere Dinge richten kann. Herr M.N. gab an: „Ich war nicht speziell nervös vor, während und nach der OP. Bei der OP hatte ich, wie sie mich ja schon informiert hatten, durch die Lokalanästhesie doch noch einige Empfindungen. Es war aber für mich nicht sehr unangenehm, überhaupt nicht.“ Der Klient J.R. beobachtete das Geschehen um seine Unterbindung sehr genau und nahm dabei sogar wahr, dass der junge Assistenzarzt in der Handhabung noch relativ ungeübt sein musste. Diese Beobachtungsgabe wäre in erhöhter Anspannung nicht in gleicher Weise möglich gewesen. Als Operateur beobachtet man dann eher eine übersteigerte auf sich selbst gerichtete Aufmerksamkeit. Die anfänglich noch erhaltenen Tastempfindungen unter der gut wirkenden Lokalanästhesie waren für beide Männer nicht beunruhigend, sie wurden darauf gut vorbereitet und zeigten sich nicht sonderlich überrascht. „Ich hätte mich schon

gemeldet, wenn ich es als nicht angenehm empfunden hätte“, war die Aussage von Herrn M.N.. Trotz seiner immobilisierten passiven Lage hätte er sich aktiv eingebracht und gemeldet, wäre irgendetwas für ihn sehr unangenehm gewesen.

Die postoperative Wundheilung gestaltete sich bei beiden komplikationslos und ihre Erwartungen an die postoperative Zeit wurden sogar übertroffen, da sie viel weniger Beschwerden hatten als im Vorfeld angenommen. Die Operationsnähte am Hodensack haben sich beide nach Pflasterabnahme entspannt ansehen können. Sie haben angeblich auch kurz nach der Unterbindung ihren Hodensack neugierig auf körperliche Veränderungen hin abgetastet. Dies lässt darauf schliessen, dass sie erneut einen Bezug zu ihrem operierten Geschlecht herstellen wollten. Sie zeigten sich zufrieden und konnten dank der präoperativen Hinweise die normalen Veränderungen am Geschlecht annehmen. Herr R.F. berichtet: „[...] und man konnte auf beiden Seiten Knoten fühlen, es war etwas verknorpelt im Bereich der Unterbindungsstellen.“ und Herr M.N., sich an eine frühere Hautoperation erinnernd, äusserte sich folgendermassen: „Dagegen waren die OP-Nähte am Hodensack schön.“

Postoperative Sexualität: Die beiden Referenzgruppenkandidaten haben keinen wesentlichen Unterbruch ihrer Sexualität erlebt. M.N.: „SB hatte ich nach einem Tag und GV nach zwei Tagen.“ Die sexuelle Lust war immer noch stark vorhanden, zeigte sich bei Herr M.N. sogar etwas gesteigert: „Eine überaus gesteigerte Empfindung und auch sexuelle Lust bis ca. eine Woche nach der OP als sonst üblich. Viel mehr Lust auf Dinge, die ich nun eigentlich nicht tun sollte.“ Ob die medizinische Empfehlung zur sexuellen Zurückhaltung für einige Tage oder der Reiz, die ärztliche Karenzempfehlung zu brechen, die Libido steigerte, konnte im Gespräch nicht eindeutig eruiert werden. Die körperliche Sexualfunktion mit Erektion und Libido stellte wie erwartet keine spezielle Herausforderung dar. Es lag ihren Schilderungen zufolge eher eine postoperativ gesteigerte Neugier auf Körperwahrnehmungen vor, die sie zur Selbstexploration sowohl in Ruhe wie auch unter sexueller Erregung motivierte. So folgten den Gedanken bald Taten: Herr M.N. konnte schon nach einem Tag masturbieren und hatte kurz darauf auch erstmals GV mit seiner Partnerin. Sehr überraschend war zu hören, dass beide Männer über keine unangenehmen Empfindungen in der sexuellen Erregungssteigerung oder beim Orgasmus berichteten. Das Ejakulieren und die Ejakulatmenge erlebten sie unverändert. Diese Erfahrungen bestärkten beide in ihrer neuen Rolle als unterbundene Männer, die ihre Sexualität von nun an freier leben können. Für den Autor war es zudem interessant von den neuen Erfahrungen von Herrn J.R. zu hören: „Das Gefühl im Hodensack, also Spannungen. Im Erleben habe ich so fast einen Orgasmus im Hodensack erlebt, neue Empfindungen für mich und nicht unangenehm.“ Herr M.N. meinte, dass er sich nach der Unterbindung nicht unmännlicher gefühlt habe als zuvor, er habe sich sogar eher freier gefühlt in seiner aktiv gelebten Rolle

als Sexualpartner. Von ihren Partnerinnen haben sie auch keine negativen Rückmeldungen bezüglich der gemeinsamen Sexualität erhalten. Ihre Partnerinnen verhielten sich sehr vorsichtig und zeigten ihr Interesse an den körperlichen Veränderungen am äusseren Genitale der Männer. So trat kein Unterbruch im Liebesleben auf. Nach der jetzigen sexuellen Zufriedenheit seiner Partnerin befragt, meinte M.N.: „Ich habe sie aktuell gar nicht danach gefragt.“ Er lachte und meinte, dass er diesen Denkanstoss, es mal zu tun, gerne annehmen würde.

Postoperativer Bezug zum Geschlecht: Nach ihrem Bezug zum Penis befragt, meint Herr M.N.: „Es hat sich nichts geändert. Ich bin zufrieden wie er (Penis) aussieht.“ und „Ja, er ist ein Freund, kein Feind.“ Auf die Frage, ob sich am Verhältnis zum Geschlecht was verändert habe, meint er: „Nein überhaupt nicht.“ Und Herr J.R. gibt an: „Ich kenne eine sehr verschiedenartige Beziehung zu meinem Penis. Sie kann lustvoll oder entspannend sein. Ich kenne keinen Zwiespalt mit meinem Penis. Es hat sich an der Beziehung nach der Unterbindung nichts verändert.“

In der gemeinsamen Sexualität mit der Partnerin scheint nach beendeter Zeugungsfähigkeit eine wohltuende Entspannung und sexuelle Freiheit einzukehren. Unterbrüche oder Sorgen wie sie durch das Kondom oder das ständige Beachten des weiblichen Zyklus entstehen können, liegen nun plötzlich nicht mehr vor. Diese vom Kopf oder dem neuen Bewusstsein erfahrene Entspannung könne sich nun auch im ganzen Körper ausbreiten. So geben beide neue oder bewusster Wahrnehmungen ihr Geschlecht betreffend an. Herr M.N. meint sogar, dass er unter der Erregungssteigerung seine sich zusammenziehende Prostata wahrnehmen könne: „Ich spürte plötzlich körperlich viel mehr, insbesondere vom ganzen Beckenraum. Unter Erektion spürte ich das Zusammenziehen der Prostata.“ Faszinierend bei diesen Rückmeldungen ist, dass die Unterbindung positive Nebeneffekte, also gesteigerte körperliche Wahrnehmungen ermöglicht. Diese ebten aber bei beiden nach einer Zeit von ungefähr 4-5 Wochen wieder etwas ab. Dies dürfte wahrscheinlich einem gewissen Gewöhnungseffekt geschuldet sein.

Klient als Experte: Im Rückblick ihren Entscheidungsprozess und ihre Unterbindung beurteilend würden es beide Klienten nochmals tun, müssten sie sich mit dem jetzigen Wissen nochmals entscheiden. Herr M.N. meint: „Ja, ich kann es für mich wie auch für andere Männer empfehlen, und darüber hinaus meine positiven Erfahrungen weitergeben.“ Eine Empfehlung im eigentlichen Sinne für andere Männer könnten sie aber nicht immer und uneingeschränkt abgeben. Die Kenntnis der Entscheidungsfaktoren (Alter, Familiensituation, Sexualität) müssten vorhanden sein und in einen Ratschlag miteinbezogen werden. Der Entscheid sollte ihrer Meinung nach immer im Mann selbst heranreifen und nicht überwiegend durch äussere Einflüsse oder gar auf ein Drängen der Partnerin hin zustande kommen. Vielleicht wäre es darum besser, einfach vom eigenen

Erleben der Unterbindung zu erzählen, indem man besser persönliche Gedankengänge einem interessierten Mann mitteilt, als dass man ihm einen Ratschlag in teilweiser Unkenntnis seiner Entscheidungsgrundlage abgibt. Unglückliche oder ungünstige Entscheidungen von Männern aus dem persönlichen Umfeld kennen sie beide, was ihnen in ihrem eigenen Entscheiden aber indirekt geholfen hat, da sie es verinnerlicht haben. Beide Kandidaten sahen speziell im jungen Erwachsenenalter, d.h. jünger als 30 Jahre, eine gewisse lebensbedingte Labilität für eine nachhaltige Entscheidungsfindung, weshalb sie bei Jüngeren eher zu alternativen Verhütungsmethoden raten würden. „Ich glaube, es braucht eine gewisse Lebenserfahrung, um diesen Entscheid gut treffen zu können. Er war, so glaube ich, erst 28 Jahre alt, und das Leben kann sich doch gerade in diesem Lebensabschnitt so schnell ändern“, so J.R. über einen jungen Bekannten, der unvorbereitet Vater geworden war und sich wohl aus einem Frust heraus sofort hatte unterbinden lassen wollen. Diese Gedankengänge sprechen sehr für ihre tiefe Auseinandersetzung mit der Kinderwunschfrage. Sie zeigen dem Interviewer, dass sie Fremderfahrungen in ihren Entscheidungsprozess haben integrieren können, sich der unterschiedlichsten Entscheidungsgrundlagen bewusst gewesen sind und zum Schluss eine eigene Meinung und Einstellung zu ihrer Unterbindungsfrage haben vertreten können.

Postoperatives Männlichkeitsverständnis: Das Männlichkeitsverständnis hat sich bei der Vergleichsgruppe postoperativ nicht wesentlich verändert. Bemerkenswert ist ihre breit abgestützte Selbstdefinition als Mann, die sich über die biologischen Faktoren (Phänotyp, Sexualefunktion, Rolle als Mann) hinaus bis hin zu Haltung, Charakter und Meinungsverhalten erstreckt hat. Auch ein sichtbarer Geschlechtsstolz und ein positives Gefühl des Mannseins machen es aus und zeugen von einer positiv bewerteten und integrierten Geschlechterrolle. „Bei dem Gedanken als unterbundener Mann habe ich keine Verlustgedanken oder Minderwertigkeitsgefühle“, so J.R. Sogar negative Äusserungen aus dem persönlichen Umfeld – „Du bist ja nun unterbunden und somit gar kein richtiger Mann mehr“ – scheint das Selbstverständnis als Mann von Herrn M.N. nicht zu erschüttern. Beide Kandidaten berichten mir auch von anderen Männlichkeitsbildern aus ihrem Bekanntenkreis, wobei sexuelle Orientierung, Lebensentwurf, Körperlichkeit und auch Wesenszüge sehr facettenreich ausgeprägt sind. „Männergruppierungen wie im Fussballclub oder in einer Männerclique – das ist nur eine Form von Männlichkeit“, meint J.R. und ist von vielfältigen Möglichkeiten, seiner Geschlechterrolle gerecht zu werden, überzeugt. Beide Kandidaten können verschiedenste Formen von gelebter Männlichkeit für sich akzeptieren und scheinen sich nicht auf stereotype Rollenmuster zu fixieren. So können auch feminoide Eigenschaften bezüglich Phänotyp, Sensibilität oder Haltung einen richtigen Mann ausmachen. Das Bild von Männlichkeit sei auch von der Lebensphase abhängig, nicht zuletzt sei sie doch durch das Altern einem ständigen Wandel unterworfen.

Das langsame Nachlassen der männlichen Potenz im Alter habe man als Mann trotz etwas Wehmut in gewisser Weise zu akzeptieren. Herr M.N. meint dazu, dass man eben die Zeit seiner guten Potenz ausnützen und geniessen solle; er meint auch, dass er mit dem Gedanken an den bevorstehenden Alterungsprozess und die nachlassende Manneskraft weniger Mühe habe. Es gehöre einfach zum Leben eines Menschen, dass sich mitunter auch die Sexualität verändere. Es würde ihn nicht verunsichern. „Ja es kann doch sein, dass mit den Jahren, so mit 50-60 Jahren, das Geschlechtsteil nicht mehr gleich funktioniert wie früher noch. Man hatte seine Zeit gehabt, man hatte sich (sexuell) ausgelebt. Wenn man diese Zeit nicht genutzt hat, dann ist es halt nicht mehr nachzuholen“, so M.N.

Postoperativer Bezug zum Kinderwunsch: Die operativ abgeschlossene Zeugungsfähigkeit erleben die beiden als positiv, obwohl sie sich einen völlig unerwarteten Lebensverlauf als der jetzige durchaus vorstellen könnten. Trennungen, Tod der Partnerin oder ein nochmals aufkommender Kinderwunsch seien wohl denkbar. „Das kann sicher passieren, da ich weiss, dass das Leben immer wieder Überraschungen bereithält“ und „Ich bin sicher, dass es die richtige Entscheidung war“, meint J.R. auf die Kinderwunschfrage. Die selbst gefällte Entscheidung und ihre Haltung zur Unterbindung würden ihnen und ihren Partnerinnen hoffentlich eine lang anhaltende Zufriedenheit garantieren.

13.5 „Startabbruch“ – Nach der Entscheidung gegen die Unterbindung

Ein Startabbruch bedeutet in der Fliegersprache, dass der Pilot das Flugzeug während des Startvorgangs plötzlich abrupt abbremsen muss, indem er den Triebwerkschub zurücknimmt und volle Bremsleistung auf die Räder gibt. Für die Besatzung wie auch die Passagiere bedeutet dies eine Überraschung, weil sie eigentlich ein anderes Vorhaben hatten, nämlich an ein bestimmtes Ziel zu fliegen. Gründe für einen Startabbruch können technische Probleme sein, die mit einem normalen Startvorgang oder Flug nicht vereinbar sind, oder aber Umstände, die später Gefahren mit sich bringen würden. Auch wenn dieser Vorgang von den Piloten in bester Absicht für alle gefällt wird, reagieren Passagiere nicht selten enttäuscht, verärgert oder wütend, fast nie aber gelassen und erleichtert. Es sind allesamt vorstellbare individuelle Emotionen auf das unerwartete Ereignis „Startabbruch“. Ähnlich kann es sich vor einem „Startabbruch vor geplanter Unterbindung“, also einer plötzlichen Abkehr vom zuvor sicher gefassten Unterbindungswunsch, zutragen. Die Umentscheidung muss in beiden Fällen relativ schnell erfolgen, um nachhaltige Folgen oder Schäden abwenden zu können. Der Mann im Entscheidungsprozess vor der Unterbindung muss sich im Klaren darüber sein, was die beendete Zeugungsfähigkeit für ihn persönlich bedeutet und welche Konsequenzen diese nach sich ziehen kann. Er sollte, wenn er sich dem Operateur anvertraut, keine grundlegenden Zweifel mehr haben. Anderenfalls läuft er Gefahr, sein Tun später zu bereuen. Viele Männer, die sich mit der Unterbindung befassen,

tun sich schwer in der Entscheidungsfindung, im klaren Bewusstsein, dass es danach kein einfaches Zurück mehr gibt. Das Beispiel von Herrn R.F., der sich in einer ausserordentlichen Lebenssituation befunden hat, möchte der Autor als wertvolle Ergänzung der zuvor geschilderten Studieninterviewinhalte als Erfahrungsbericht anfügen. Ganz am Anfang der Geschichte von Herr R.F. steht seine Langzeitbeziehung mit seiner damaligen Ehefrau und den gemeinsamen Kindern, einem 11-jährigen Jungen und einer 13-jährigen Tochter. Aufgrund unterschiedlicher sexueller Bedürfnisse litt die damalige Beziehung stark und bewog das Paar dazu, eine sexologische Beratung anzunehmen. Diese wurde sowohl in Einzel- als auch in Paarsitzungen während eines langen Zeitraums wahrgenommen. Kernproblem ihrer Sexualität war angeblich das unterschiedlich ausgeprägte Bedürfnis nach partnerschaftlicher Sexualität. Die Qualität ihrer sexuellen Begegnungen hingegen stand weniger in der Kritik. Trotz aktivem Angehen des gemeinsamen Problems mit der sexologischen Beratung zerbrach ihre Beziehung im Jahr 2012. Herr R.F. wollte die Beratung für sich aber weiterhin wahrnehmen. Dabei lernte er unter anderem an seiner sexuellen Autonomie zu arbeiten und seine heterozentrierte Haltung in der Sexualität zu erkennen. Diese basierte bei ihm ausschliesslich auf einer partnerbezogenen Bedürfnisstillung. Er lernte dies zu hinterfragen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und die eigene Sexualität als gleichwertig anzuerkennen. Nebst dem sexuellen Raum breitete sich dieser Autonomiemangel auch auf andere Lebensbereiche wie den Beruf und den Sport aus. Im Neuanfang nach der Trennung gelang es ihm, einen positiv konnotierten Bezug zu seinem Geschlecht aufzubauen. Die Erektion hatte trotz emotionaler Anspannung in dieser Zeit nie wesentlich gelitten. Der Penis funktionierte relativ zuverlässig. Auch die Libido, die sexuelle Lust, war ihm weiterhin ständiger Begleiter, erlangte aber nach der intensiven Beratung einen anderen Stellenwert in seiner Sexualität. So praktizierte er SB früher sehr fokussiert auf sein Genitale, dabei war er in sexologischem Sinne nicht wirklich am Penis interessiert. Das heisst, dass er seine Männlichkeit, die Erektion und die Fähigkeit des Penetrierens, nicht bewusst als Teil seiner Potenz erleben konnte. Die phallische Erotisierung war bei ihm nicht vorhanden, er nahm seinen Körper zu Beginn sensorisch praktisch nicht wahr. Erst mit der Zeit lernte er neue Körperwahrnehmungen kennen und integrierte sie in seine Sexualität. Mit anderen Worten, er schulte seine Sinne für sich selbst, auch in sexueller Erregung. Die ganzheitliche Körperwahrnehmung gewann zunehmend an Bedeutung und damit auch das Zeitgefühl sowie die Fähigkeit, den Fokus zu wechseln. Diesen Weg zu beschreiten kann auch das Ziel in der Paarsexualität werden. Mit dieser Einstellung machte er in neuen Beziehungen ausschliesslich positive Erfahrungen. Es gelang ihm, seine Aufmerksamkeit in der Sexualität schweifen zu lassen. Sein Geschlecht, der Penis war nun nicht mehr unter

ständiger Beobachtung und stand nicht mehr ausschliesslich in seinem Fokus, was dem Geniessen der Sexualität zugute kam.

Der frühere Entscheid zur Familiengründung hat er bewusst und unverkrampft zusammen mit seiner ehemaligen Partnerin gefällt. Die zwei Kinder kamen relativ bald. Nach der Trennung von seiner Ehefrau kam schnell der Gedanken auf, seine Zeugungsfähigkeit zu beenden. Er war zu dieser Zeit emotional sehr instabil und wünschte die Unterbindung im Wesentlichen aus einem grossen Frust heraus. Auf keinen Fall wollte er eine solche Trennungsphase mit kleinen Kindern nochmals erleben. In der Sexualberatung wurde ihm eingehend von der Unterbindung abgeraten. Die Auswirkungen stellten sich nach Beraterauffassung als viel bedeutender heraus, als er es im Moment beurteilen könne. Aus seinem Kollegenkreis vernahm er über die Unterbindung praktisch nur positive Rückmeldungen. Weder von Zweifeln, Bedenken oder sexuellen Nachteilen wurden ihm berichtet. Doch hatte er Bedenken, ob sein sexuelles Selbstwertgefühl nach der OP eventuell leiden könnte. Bezüglich des medizinischen Operationsablaufs und der Wundheilung selbst hatte er eigentlich keine Bedenken. Auf seine eigene Definition von Männlichkeit angesprochen meinte er im Gespräch, dass dazu Autonomie in der Sexualität und in anderen Lebensbereichen und eben die biologische Potenz bestehend aus Erektionsvermögen und Zeugungsfähigkeit dazugehören würden. Vor allem das Bewusstsein zeugen zu können, auch wenn kein konkreter Wunsch vorhanden ist, verleihe ihm ein gewisses Gefühl von männlicher Autonomie: „Ich habe die Möglichkeit dazu, wenn oder wann ich will. Es bedeutet eine Freiheit zu haben.“ In seiner derzeitigen Beziehung, einer Fernbeziehung, erlebe er die Paarsexualität neu. Es bestehe auch bei seiner neuen Partnerin kein Müssen mehr, und so könne er Verantwortung für sich und eigene Bedürfnisse eher wahrnehmen. Unter diesem Aspekt zeigt er sich trotz der Mühsale der vergangenen Jahre, seinem Wandel von der Hetero- zur Autozentriertheit und dem Gewinn an Autonomie sehr dankbar.

Die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch kam nach der Trennung von seiner Ehefrau in einer kurzen Beziehung nochmals auf. Es war aber für ihn klar, dass es unter den gegebenen Umständen besser keine Kinder mehr geben sollte. Der Wunsch zur Unterbindung kam damals eher mit der Angst auf, dass es doch noch in ungünstiger Konstellation einschlagen könnte. Stets musste er darauf bedacht sein, mit dem Kondom zu verhüten und nicht noch in der sexuellen Leidenschaft in der Verhütung nachlässig zu werden. In dieser kurzen Beziehung hatte er sich auch erstmals bei einem Urologen zum Unterbindungsvorgespräch vorgestellt. Es war zwar eine angenehme lockere Beratungsatmosphäre, operative Taten folgten aber nicht, da er sich kurz darauf von der Freundin wieder trennte. Und mit der Freundin war auch das Thema Unterbindung wieder vom Tisch. Mit seiner aktuellen 37-jährigen Partnerin gebe es keinen Kinderwunsch mehr.

Nach genauem Überlegen aber wäre es auch keine Katastrophe, wenn sie schwanger werden würde. Erneut sehe er sich mit dem Gedanken konfrontiert, was eine Unterbindung wohl für Auswirkungen auf sein sexuelles Selbstwertgefühl und sein Selbstverständnis als Sexualpartner haben würde. Er erwähnt das Erlebnis eines Kollegen, der sich nach einer Trennung unterbinden liess, und es postoperativ zu einer depressiven Verstimmung kam. Deswegen fühle er sich momentan nicht sehr motiviert sich unterbinden zu lassen. Auf die Bedeutung einer sexologischen Beratung vor einer Unterbindung befragt meint er, dass es mit Sicherheit eine wertvolle Ergänzung zur Betreuung eines Mannes sei. „Vielleicht hätte er sich ja nach ganzheitlicher Beratung damals schon unterbinden lassen sollen!“, lacht er. Er sei damals schon in einer speziellen Situation gewesen und habe dank der sexologischen Beratung wichtige sexuelle Lernschritte machen können. Den meisten Männern aber, die sich mit dem Gedanken der Unterbindung auseinandersetzten, stünde kein gleichwertiges sexologisches Beratungsangebot zur Verfügung. Man lerne dabei ja nicht nur in der Kinderwunschfrage dazu, sondern auch in Belangen der eigenen Sexualität. Abschliessend lehrt der Bericht von Kandidat R.F., dass Man(n) im Rahmen der Unterbindungsentscheidung nie situativ und emotional rasch entscheiden sollte, sondern besser erst seine eigene Sexualität respektive die Paarsexualität beurteilen sollte. Ist die Zeugungsfähigkeit an ein positives Selbstbild als Mann geknüpft, sollte Man(n) in sich rein hören, bevor man sich für oder gegen die Unterbindung entscheidet.

13.6 Ergebnisse im Vergleich: Sexologische Gruppe versus Kontrollgruppe

Die Aussagen der Sexologischen Gruppe werden nun mit jenen der Kontroll- oder Referenzgruppe verglichen und zwar anhand der Fragekategorien 9-15 in der Tabelle (S. 46-47), also des zweiten postoperativen Interviewteils. Im Anschluss daran folgen zusammenfassende Erkenntnisse aus den präoperativen Fragekategorien 1-8 (in der Tabelle S. 44-45) der sexologischen Gruppe sowie die Kernpunkte des Experten- und Kandidateninterviews „Startabbruch“. Der Autor rundet dieses Kapitel mit seinen persönlichen Reflexionen aus den Interviews ab.

Postoperativ erlebter Entscheid: Der Entscheidungsprozess der Kandidaten beider Gruppen zeigt Parallelen bezüglich der folgenden Eckpunkte: Klare familiäre, situative und ökonomische Beweggründe, eine ausreichende Entscheidungszeit (meist ein halbes bis ein ganzes Jahr), ein Hinterfragen der Eigenmotivation und eine offene Paarkommunikation. Herr B.T. der Sexologischen Gruppe bemerkt zu seinem Entscheidungsprozess, dass ihm erst dank des sexologischen Vorgesprächs die Tragweite des Unterbindungsentscheids richtig bewusst geworden sei. Durch das mehrmalige interessierte Nachfragen von Seiten des Interviewers sei er auf die wirkliche Bedeutung aufmerksam geworden und habe sich ehrlich bezüglich seiner Sicherheit im Entscheid hinterfragt. Seine postoperativen Zweifel,

ob er wohl richtig entschieden habe, gehören nach Auffassung des Studienleiters zum Abschiedsprozess der Zeugungsfähigkeit dazu. Dem Mann wird oft erst im Verlauf richtig bewusst, wozu er sich entschieden hat. Von der zuvor abgelehnten Option, der Erhaltung der Zeugungsfähigkeit nämlich, muss er nun Abschied nehmen. Dieser Zustand kann von Emotionen wie Zweifel, Melancholie, aber auch Freude begleitet sein. Zur Operation gedrängt oder genötigt gefühlt hat sich glücklicherweise keiner der interviewten Männer, haben sie sich doch alle selbst beim Urologen zum Vorgespräch angemeldet.

Perioperatives Erleben: Das präoperative medizinische Informationsangebot (Arzt, Kollegenkreis, Internet u.a.) bewerten alle Kandidaten als ausreichend. Die perioperative Betreuung durch das Tagesklinik- und OP-Team ist darüber hinaus sehr geschätzt worden und hat nicht zuletzt dem eigenen Stressabbau in dieser Ausnahmesituation gedient. Denn eine leichte Nervosität scheint doch bei allen vorhanden gewesen zu sein. Sie gehört aus Erfahrung des Autors, der drei der vier Kandidaten selbst unterbunden hat, einfach dazu. Die eigene Hingabe während der Operation in Lokalanästhesie ohne direkten Sichtkontakt und ohne Kontrolle über das Geschehen stellt für die meisten Männer eine sehr grosse Herausforderung dar. Darüber hinaus können aus operationstechnischen Gründen die Schamgefühle des Patienten, der mit entblösstem Genitale da liegt, nur beschränkt berücksichtigt werden. Die Schamzone des Mannes wird im Alltag mindestens mit einer Bade- oder Unterhose bedeckt. In der Operationssituation wird alles andere abgedeckt, nur Penis und Hodensack liegen frei da. Eine gewisse Vorerfahrung insbesondere mit Lokalanästhesieeingriffen (Zahnarzt, Kleinchirurgie) ist oft hilfreich und hat Herrn J.R. der Kontrollgruppe bezüglich der Empfindungen während des Eingriffs etwas beruhigen können. Auch die eigene Persönlichkeit, biografische Besonderheiten oder Wegmarken (Betreuung eines behinderten Kindes, Sexualisierungsprozess) und ihre offene Kommunikation zeichnen die vier Kandidaten aus. So haben sie ihre Unterbindung als Meilenstein gut meistern können. Die körperliche Wundheilung hat einzig dem Kandidaten B.T. wegen einer lokalen Wundinfektion mehr Mühe bereitet; ihm wurde vom Operateur eine antibiotische Behandlung verschrieben, wonach die Entzündung rasch hat abheilen können.

Postoperative Sexualität: Erstaunlich für den Autor ist die relativ kurze sexuelle Pause aller Kandidaten, wobei SB teils schon am Folgetag und GV nach wenigen Tagen bis einer Woche möglich gewesen ist. Einen signifikanten Unterschied lässt sich innerhalb und zwischen den Gruppen nicht herauskristallisieren. Kandidat B.T. der Sexologischen Gruppe hat möglicherweise wegen seiner Wundinfektion eine markante sexuelle Pause ohne Libido und Erektionen für eine ganze Woche erfahren. In der Folge ist es bei ihm für mehrere Wochen zu einem unangenehmen postorgastischen Ziehen im Hodensack gekommen. Die anderen Kandidaten dagegen sind weniger durch Beschwerden in ihrer Sexualität belastet

und berichten teilweise von einer intensiveren Wahrnehmung ihres Genitales und einer gesteigerten genitalen Erregbarkeit. Herr M.N. der Kontrollgruppe hat sogar eine gesteigerte Empfindsamkeit in seinem ganzen Körper empfunden. Zudem geben dem Autor drei der Kandidaten an, nach der OP eine stärkere Libido und daraus folgend auch eine grössere sexuelle Aktivität genossen zu haben. Dieser postoperative Effekt sei aber ihren Schilderungen zufolge meist nach einigen Wochen wieder abgeebbt. Dennoch scheinen die in Aussicht stehende sexuelle Freiheit, Abwesenheit von Verhütungssorgen und Unterbrüche während des GV mit der Partnerin die sexuelle Lust zu beflügeln. Die erektile Funktion, die Ejakulation und insbesondere auch das Orgasmusgefühl werden von allen vier Kandidaten als unverändert angegeben, was die beschriebenen Daten in der wissenschaftlichen Literatur bestätigt. Zum Glück haben sich in der aktuellen Datenerhebung auch keine Orgasmusstörungen gemäss früherer Hinweise der Sexologin Ruth Gnirss nachweisen lassen. Auch haben die Partnerinnen der Männer die postoperative Sexualität mit ihren Männern von sich aus nicht beklagt. Jedoch sind sie von ihren Männern auch nicht aktiv danach gefragt worden.

Postoperativer Bezug zum Geschlecht als Sexualpartner: Auf den Bezug zu ihrem Geschlecht hatte die Unterbindung keinen negativen Einfluss. Weiterhin scheinen sie in der Partnerschaft wie auch alleine stabil in ihrer Rolle als Mann und Sexualpartner unterwegs zu sein. Im Gegenteil, die operativ beendete Zeugungsfähigkeit bringt ihnen eher einen Gewinn an sexueller Freiheit verbunden mit einer Aufwertung ihrer Partnerrolle und der Qualität der Paarsexualität. Ihre Selbstwahrnehmung für den eigenen Körper und vor allem den Beckenraum hat sich, so scheint es, merklich verbessert. Herr M.N. der Kontrollgruppe nahm nicht nur intensivere Empfindungen während sexueller Erregung wahr, sondern glaubte auch seine muskulär aktive Prostata zu spüren. Weder Penis noch Hodensack sind durch die Unterbindung optisch verändert worden und werden somit als markante Pfeiler des männlichen Selbstverständnisses auch nicht in Frage gestellt. Drei Kandidaten haben ihr Männlichkeitsbild in der Befragung facettenreich und aufwertend beschrieben. Dagegen beschränkt sich nach Auffassung des Autors das Selbstverständnis als Mann bei Herrn E.G. der Sexologischen Gruppe im Wesentlichen auf die physiologischen Funktionen Erektion und Ejakulation. Trotzdem ist sein Selbstverständnis als Sexualpartner unangetastet geblieben, vielleicht auch weil ein geringerer Bezug zum Geschlecht auf operative Veränderungen weniger anfällig ist. Diese phallische Erotisierung, die Fähigkeit, das Penetrieren als Teil der eigenen Potenz erleben zu können, scheint dem Autor bei ihm weniger ausgeprägt zu sein.

Die ergänzenden Bemerkungen des sexologischen Vorgesprächs von Herrn B.T. zu Störeffekten in Bezug zur Bildung sexueller Orientierung und der Geschlechterrolle wird später in der Evaluation der Kategorien 1-8 eingehender diskutiert werden.

Klient als Experte: Alle vier Männer würden sich nochmals unterbinden lassen, stünden sie erneut vor der Entscheidung zur Unterbindung. Einen direkten Ratschlag aus der eigenen Perspektive heraus wollten sie aber nicht uneingeschränkt abgeben. Herr J.R. der Kontrollgruppe meint hierzu, er wolle dann eher von seinen eigenen Gründen und seinem Entscheid berichten. In Unkenntnis der Ausgangssituation anderer Männer könnten sie nicht eine direkte Empfehlung abgeben, da diese Männer im Gespräch wichtige Themen wie die Paarsexualität oft ausklammerten. Hauptfaktoren in der eigenen Entscheidungsfindung waren aus ihrer Sicht die Familien- oder Kindersituation, das Lebensalter des Mannes sowie die Paarsexualität. Als sehr wichtig bewerteten die Männer in beiden Gruppen den in sich selbst gereiften Entscheid. Dieser sollte nämlich genügend lang heranreifen und möglichst ohne externen Druck von Seiten der Partnerin oder auch aus einer momentanen Belastungssituation heraus unüberlegt rasch gefällt werden. Negativbeispiele aus dem persönlichen Umfeld haben den Kandidaten paradoxerweise dabei geholfen, in der eigenen Entscheidungsphase nicht die gleichen Fehler zu machen. Zudem unterstütze ein Mindestmass an Selbstreflexion in der Beantwortung der wichtigsten Fragen, unter anderem warum genau man diesen Schritt machen möchte, und was das Beenden der Zeugungsfähigkeit für jeden selbst wirklich bedeute, die Entscheidungsfindung.

Herr E.G. ergänzt die tiefer gehenden Fragen mit einer auf der eigenen Erfahrung basierenden, praktischen Empfehlung, die Unterbindung möglichst im Winterhalbjahr vornehmen zu lassen, ist er doch noch kurz vor seinen Sommerferien unterbunden worden und hat demzufolge das kühlende Meer in seiner Heimat nicht geniessen können.

Postoperatives Männlichkeitsverständnis: „Hauptsache die Erektion funktioniert!“, war ein zentrales Zitat von Herrn E.G. der Sexologischen Gruppe. Wohl andere Formen von Männlichkeit wahrnehmend definiert er die eigene Männlichkeit eher fokussiert auf die genitalen Funktionen. Die anderen Kandidaten beschreiben ihr Männlichkeitsbild wesentlich vielfältiger sowohl in Bezug auf sich selbst als auch in Bezug auf andere Männer: Biologie, Phänotyp, Sexualfunktion, Rollenbild, Haltung, Meinung, Charakter, Visionen und einen sichtbaren Geschlechtsstolz machten doch einen Mann aus. Allen Aussagen gemeinsam aber ist, dass sich ihr „Mannsbild“ durch die Operation nicht verändert hat. Abgesehen vielleicht von reaktiven Zweifeln oder Gedanken unmittelbar nach der Unterbindungsoperation im Sinne eines Abschieds von der reproduktiven Lebensphase. Herr B.T. äussert sich zu seinen Zweifeln sehr reflektiert und kann dennoch seinen gefällten Entscheid weiterhin vertreten. Er kann Männlichkeit für sich sehr breit definieren und ist sich der Unterbindung sicher gewesen, weshalb er die kurzzeitig in ihm aufgekommenen Selbstzweifel nach der OP zu akzeptieren vermag. Männlichkeit sei doch viel mehr als

Zeugungsfähigkeit und sexuelle Potenz allein. Diese lasse sich trotz Unterbindung und Alterungsprozess stets selbst vielfältig definieren.

Postoperativer Bezug zum Kinderwunsch: Auch in der langfristigen Frage zum Kinderwunsch scheint Einstimmigkeit zu bestehen. Zwar könnten sich die meisten Kandidaten eine erneute Konfrontation mit der Kinderwunschfrage vorstellen, doch würden sie aus ganz unterschiedlichen Gründen (Ökonomie, Religion, Alter) einer potentiellen und eventuell viel jüngeren Partnerin ihre vormalige Entscheidung zum Abschluss der Zeugungsfähigkeit offen darlegen wollen. Eine nochmalige Rückkehr in die reproduktive Phase könnten sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht wirklich vorstellen. Sie sind sich auch bewusst, dass diese Haltung einen Trennungsgrund darstellen kann. Doch erleichtere ihnen der aktiv und autonom gefällte Entscheid zur Unterbindung das Abschiednehmen von der Zeugungspotenz und garantiere ihnen am ehesten eine langfristige sexuelle Zufriedenheit.

Erkenntnisse aus den sexologischen Vorgesprächen: Die Fragekategorien 1-8 der Sexologischen Vorgespräche können nicht direkt mit der Kontrollgruppe verglichen werden, da letztere nur postoperativ befragt worden sind. Dennoch enthalten sie einige wichtige Informationen, die sich zu erwähnen lohnen: Die sexologischen Kandidaten unterscheiden sich nämlich aus Autorensicht untereinander viel stärker als die Vertreter der beiden Gruppen unter sich. Dies wird in Bezug zum Geschlecht und zur Männlichkeitsdefinition deutlich. Herr E.G. ist in seiner Sexualität eher auf die Penisfunktion fokussiert und sein Selbstverständnis als Mann wesentlich von der Wirkung und Akzeptanz der Partnerin abhängig. Er scheint in seinem bisherigen Sexualisierungsprozess weniger schwerwiegenden Krisen oder Umbrüchen ausgesetzt worden zu sein, als dies bei Herrn B.T. der Fall gewesen ist. So offenbart er traurige Kindheitserfahrungen in Form von sexuellem Missbrauch durch einen Kameraden. Wahrscheinlich dank seiner religiösen Einbettung hat er in seinem weiteren Leben glücklicherweise keine negative sexuelle Entwicklung erfahren, weder in Bezug zum männlichen Geschlecht, noch im Rahmen sexueller Erregung. Zwar hat sich eine spätere dranghafte Pornokonsumphase schlecht auf die Paarsexualität ausgewirkt und einen grossen Leidensdruck verursacht, doch hat sie beim sehr sensiblen Mann auch die nötige Selbstreflexion ausgelöst. Erst dadurch hat er sich nach eigenem Ermessen in seiner Sexualität in eine positive Richtung weiterentwickeln können. Auch das Reflektieren der sexuellen Orientierung, des Rollenbildes als Mann und Sexualpartner, haben Herrn B.T. eine bemerkenswerte Entwicklung durchlaufen lassen. Die Ausgestaltung und Varianz seiner Sexualität sowohl in der SB als auch im partnerschaftlichen GV zeigt im Vergleich zu derjenigen von Herrn E.G. signifikante Unterschiede: Herr E.G. scheint sich sexuell eher in einem sicheren und konstanten Rahmen zu bewegen; Herr B.T. dagegen kann eine variantenreiche Sexualität erleben, er

geniesst den Wechsel in Körperposition und -haltung und bedient sich der drei Gesetze des Körpers (Muskelspannung, Atmung/Bewegung und Rhythmus). In Anlehnung an das Sexocorporel Modell von Jean-Yves Desjardins kann Herrn E.G. in seiner Erregungssteigerung eher ein archaisch-mechanischen Erregungsmodus zugeschrieben werden. Merkmale hierfür sind ein höherer Muskeltonus mit wenig Bewegung im Becken sowie eine standardisierte, monotone, mechanische Erregungssteigerung. Herr B.T., welcher wahrscheinlich auch eher in einem mechanischen Erregungsmodus funktioniert, kennt aber das Spiel mit Körperposition, Bewegung in der Hüfte und genitaler Erregung auf verschiedene Arten. Insbesondere beschreibt er eine Art der SB im Stehen mit dem Becken ans Lavabo angelehnt, was ihm die Beckenbewegung ermöglicht. So kann er dank der Beckenbewegung seinen Penis in die hohle Hand gleiten lassen. Er vermag die Aufmerksamkeit in sexueller Erregung schweifen zu lassen, was bedeutet, dass er sich der sexuellen Lust und der Partnerin hingeben kann. Der Penis steht damit nicht andauernd unter Beobachtung, wie es bei einem hohen Beckenbodentonus der Fall ist. Herr E.G. ist seinen Angaben zufolge eher heterozentriert, also auf körperliche Rückmeldungen seiner Partnerin angewiesen und lässt oft unbewusst seine latente Penis-Versagensangst durchblicken. Die Aufmerksamkeit oder der Fokus in der Sexualität unterscheidet die beiden deutlich. Sexpannen wie z.B. ein unvorhergesehener Erektionsverlust oder das Erleben einer fehlenden Lubrifikation bei der Partnerin scheinen Herrn B.T. offensichtlich weniger zu verunsichern als Herrn E.G. Herr B.T. kennt mit seiner Partnerin Ausweichstrategien für solche Fälle wie das Verwenden der Kunstvagina. Dies senkt beim Paar den Erwartungs- oder Erfolgsdruck merklich und ermöglicht trotzdem die Zuversicht, dass es beim nächsten Mal wieder klappen wird. Herr E.G. scheint im Anblick des eigenen erigierten Penis weniger stolz als eher besorgt zu sein, ob er seiner Frau wohl genüge. Herr B.T. aber sieht den Penis stolz an und wertet zudem die sexuelle Vorfreude im Hinblick auf das gemeinsame Geniessen sexueller Erregung und Lust als sehr wichtig. Er weiss auch, dass in der sexuellen Begegnung die Erektionsstärke unduliert, nicht immer gleich ist. Sein Vertrauen in den Penis und sein Geschlechtsstolz werden in den Gesprächen deutlich wahrgenommen.

Obwohl sie sich in der Gestaltung ihrer Sexualität, im Beschreiben ihrer Männlichkeit und ihrem Bezug zum Geschlecht sehr unterschiedlich präsentieren, so können doch beide sexologischen Kandidaten ihren Entscheid sicher fällen. Es zeigt sich allerdings, dass ein tieferes Bewusstsein für sich und seinen Körper auch Reflexionen, Nachdenken und Zweifeln grösseren Raum gibt. Anders ausgedrückt zeigen die beiden Interviews, dass eine grössere Neugierde am eigenen Körper, das Informationsbedürfnis in Bezug auf die Sexualität und auch der Umfang an Erwartungen an Männlichkeit oder das

Selbstverständnis als Sexualpartner entsprechend vielschichtige Abwägungen in der Entscheidungsfindung verursachen können.

Reflexion zu den sexologischen Interviews: Die sexologischen Kandidaten sind untereinander sehr verschieden bezüglich ihrer Herkunft, der Sozialisierung und auch der Religion oder Religiosität. Auch die Muttersprachen, bei Herrn E.G. Spanisch und bei Herrn B.T. Deutsch/Schweizerdeutsch, haben unterschiedliche Gesprächsbedingungen geboten. Aus diesem Grund haben die sexologischen Interviewfragen für Herrn E.G. eine gewisse sprachliche Herausforderung dargestellt, obwohl er für einen Fremdsprachigen sehr gut Deutsch spricht. Paraphrasierungen von Seiten des Interviewers haben Verständnislücken aber weitgehend ausgeglichen, so dass Herr E.G. die Fragen richtig verstanden und entsprechende Rückmeldungen gemacht hat. Es darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass Herr E.G. im Rahmen der vorliegenden Studie erstmals mit sexologischen Fragen konfrontiert worden ist, und er sich bisher noch nie in seinem Leben derart mit der eigenen Sexualität auseinandergesetzt hat. Herr B.T. hat hier sicher einen gewissen Vorteil gehabt: Die deutsche Muttersprache und auch das berufliche Umfeld (Jugendarbeit mit Sexualaufklärung) haben es ihm leichter gemacht, sich mit den Fragen zur eigenen Sexualität auseinanderzusetzen. Darüber hinaus hat er dem Autor überraschend von zwei gemeisterten Hürden in seinem früheren Sexualisierungsprozess berichtet – den frühen sexuellen Übergriffen und seiner intensiven Pornografiekonsumzeit. Um diese inneren Konflikte verarbeiten zu können ist ein Mindestmass an Selbstreflexion und Eigenwahrnehmung Voraussetzung.

Während der sexologischen Beratungssituationen macht der Autor sehr unterschiedliche Erfahrungen in Bezug auf Gesprächsführung und Atmosphäre: Herr B.T. hat durch seine auffallend offene Art und innere Ruhe eine sehr entspannte Interviewatmosphäre möglich gemacht. Auf die standardisierten Fragen hat er sehr umfangreich, detailliert und tiefgründig zu antworten gewusst. Zuweilen hat der Autor seine Berichterstattung etwas kanalisieren müssen, so dass die Diskussion nicht zu sehr vom Thema abgeschweift ist. Diese Art des Gesprächs hat aber vom Interviewleiter nur leichte Richtungskorrekturen abverlangt, der Informationsgehalt der Antworten war mehr als reichhaltig und eindrücklich. Es ist schnell gelungen einen Eindruck von seinen Ansichten, Empfindungen und Konflikten zu erhalten. Die Zeit der zwei Interviews ist darum sehr schnell verfliegen und zum Schluss hat der Autor dankbar und zufrieden mit der Qualität der erhaltenen Informationen sein können.

Herr E.G. dagegen hat wesentlich mehr Entertainerqualitäten abverlangt. Regelmässig hat der Autor Fragen umformulieren oder grobe Zusammenhänge erklären müssen, damit Herr E.G. die Fragen sinngemäss richtig hat verstehen können. Seine Antworten waren weniger reflektiert und sich hinterfragend. Während dieser Gespräche hat sich der Autor als

angespannter, vielleicht auch ungeduldiger erlebt. Es ist ihm im Interviewverlauf wesentlich mehr Führungsarbeit abverlangt worden. Auch hat der Autor den Eindruck gewonnen, dass sich Herr E.G. in körperlichen und sexuellen Belangen weniger zu hinterfragen gewohnt ist. Dies war immer wieder an seiner Überraschung auf intime Fragen zu erkennen. Diese Tatsachen haben dem Entscheidungsprozess respektive der postoperativen Zufriedenheit aber keinen Abbruch getan. Sein Entscheid zur Unterbindung ist gut begründet und ebenfalls aus innerer Überzeugung gefällt worden.

Reflexion zu den Interviews der Referenzgruppe: Die beiden Männer der Referenzgruppe sind durch den Autor urologisch aufgeklärt und auch operiert worden. Beide haben auf Anfrage zur Teilnahme sofort zugesagt und sich sehr interessiert am sexologischen Abschlussgespräch gezeigt. In der Interviewsituation haben sie sich trotz der für sie ungewohnten sexologischen Fragen erstaunlich entspannt verhalten. So sind sie insbesondere durch ihre innere Ruhe, Entspanntheit und auch Neugierde aufgefallen. Beide Interviews sind aus Sicht des Gesprächsleiters leicht zu führen gewesen. Dank der Audioaufnahme hat er sich voll und ganz auf die Befragten konzentrieren können. Die lockere Atmosphäre hat es dem Interviewer immer wieder erlaubt interessiert nachzufragen, worauf die Kandidaten freizügig Antwort gegeben haben. Nie ist während der Gespräche das Gefühl aufgekommen, dass die Männer mit den Fragen überfordert gewesen sind. Vielmehr sind sie durch Fragen zum Bezug zum Geschlecht oder zur Selbstdefinition von Männlichkeit zum längeren Nachdenken veranlasst worden. Ihre OP-Entscheidungen sind aus Autorensicht ebenfalls gut nachvollziehbar und ihre aktive Rolle in der Entscheidungsfindung ist offensichtlich. Medizinische Erlebnisse in der Vergangenheit oder auch eine gewisse Lebenserfahrung haben sie in ihrem Entscheidungsprozess zusätzlich unterstützt. Der Heilungsverlauf hat sich bei beiden Männern komplikationslos gestaltet und ihnen angesichts rasch rückläufiger Beschwerden einen raschen sexuellen Wiedereinstieg ermöglicht. Neue körperliche Wahrnehmungen im Becken in sexueller Erregung und die neue Freiheit nach erlangter Zeugungsunfähigkeit haben zu einer durchwegs positiven Erfahrung nach der Unterbindung geführt. Trotz ihrer eigenen facettenreichen Selbstdefinition als Mann und Sexualpartner können sie andere Rollenverständnisse von Männern ihres Umfelds gut akzeptieren und achten. Sie heben dabei ihre eigene Haltung und Einstellung als wichtigen Anteil am Selbstverständnis als Mann und als Sexualpartner hervor. Die Herausforderung „Unterbindung“ haben sie nach Auffassung des Autors bestens gemeistert, da sie unter kundiger Anleitung dazu in der Lage gewesen sind, die Unterbindung ganzheitlich reflektiert anzugehen.

Das Schlusszitat von Kandidat J.R. bringt dies zusammenfassend sehr schön auf den Punkt: „Es ist verrückt, aber ich empfinde im Rückblick, dass man die Verarbeitung der

Unterbindung auf zwei verschiedenen Ebenen betrachten muss: Auf der körperlichen und der mentalen, sensiblen Ebene.“

14 Diskussion

Als Titelbild der vorliegenden Arbeit hat der Autor das Bild des Daumenlutschers aus dem Band „Der Struwwelpeter“ von Heinrich Hoffmann (1848) gewählt. Diese im deutschsprachigen Raum weitbekannte Geschichte trägt moralische Leitplanken der damaligen Zeit in sich und mahnt den jungen Daumenlutscher zur Vorsicht. Wie für die vor der Unterbindung stehenden Männer steht für den Daumenlutscherbub körperlich viel auf dem Spiel. Ohne die funktionell äusserst wichtigen Daumen wird er in seinem Leben massiv eingeschränkt sein. Wie der Daumenlutscherbub am Schluss sein daumenloses Dasein bitter beklagt so würde wohl auch ein unterbundener Mann in gleicher Zeitepoche seine verlorene Zeugungsfähigkeit, begleitet von Kastrationsängsten, bitter beklagen:

„Weh, jetzt geht es klipp und klapp
Mit der Scher‘ die [Samenleiter] ab.
Mit der grossen scharfen Scher‘!
Hei! Da schreit der Konrad sehr.
Als die [Freundin] kommt nach Haus,
sieht der Konrad traurig aus.
Ohne [Samenleiter] steht er dort,
die sind alle beide fort.“

(Textausschnitt mit Autoreninterpretation aus „Die Geschichte vom Daumenlutscher“)

Nach heutigem Wissen und wissenschaftlichem Erkenntnisstand sind die körperlichen Veränderungen und langfristigen Komplikationen der Unterbindungsoperation als äusserst gering einzustufen. Nicht eingeschlossen sind wohlgemerkt die zwar häufigen, doch reversiblen, eher kurzzeitigen Operationsfolgen wie ein Bluterguss, eine postoperative Schwellung oder eine Wundinfektion. Auch die postoperative Empfindlichkeit und die Schmerztoleranz, die je nach operiertem Mann sehr individuell ausgeprägt sein können, sowie die tastbaren Knotenveränderungen an den Samenleiterstümpfen sind körperliche Begleiter, die aber objektiv betrachtet nicht langzeitrelevant sind.

Die erstmalig im 19. Jahrhundert durchgeführte Unterbindung des Mannes kann in Analogie zur Geschichte vom Daumenlutscher gesehen werden: Beide Ereignisse stammen aus der gleichen Zeit. Einer Zeit, in der die Unterbindungsoperation noch weitgehend mit der Kastration (als massiver körperlicher Eingriff analog zum Abtrennen der Daumen)

gleichgesetzt worden ist. Die Unterbindungsoperation hat sich in der Medizin erst gerade von der Kastration und ihrer Bedeutung zu emanzipieren begonnen. Der operative Unterschied war damals allein den Fachleuten bewusst, wohlgemerkt nur die Samenleiter wurden am Samenstrang unterbunden. Die allgemeine Bevölkerung aber war über diesen anatomischen Unterschied zur Kastration nicht genügend aufgeklärt. Im Volksmund stand daher die Bedeutung der Unterbindung weiterhin mit jener der Kastration in enger Verbindung. Die Unterbindung, die ausschliessliche Durchtrennung des Samenleiters, lateinisch *vas deferens* genannt, wurde nun im Rahmen einer ganz neuen Operationsindikation durchgeführt und es wurden neue Erkenntnisse daraus gewonnen: Die neue Operationsmethode sollte dem alternden Mann vielversprechend als Männlichkeitsjungbrunnen und Auffrischung der männlichen Potenz dienen. Sogar Sigmund Freud soll sich beim Pionier Doktor Steinach der Unterbindung unterzogen haben. Und so war der immense Zulauf interessierter Männer zu dieser Verjüngungsoperation nicht überraschend. Erst mit der Zeit, nach Einsatz im Rahmen der Euthanasie oder Rassenhygiene – dies nicht nur in NS-Deutschland, sondern auch in vielen westeuropäischen Ländern – verbreitete sich die Unterbindungsoperation gegen Mitte des 20. Jahrhunderts, anfänglich noch von gesellschaftlichen Widerständen begleitet, im heute allgemein bekannten Einsatzbereich der Familienplanung und langfristigen Verhütung des Mannes. Bis heute aber, trotz allgemein akzeptiertem Indikationswandel, haften der operativen Unterbindung hartnäckig alte Mythen an, die sich hauptsächlich um einen „entmannenden Nebeneffekt“ drehen. Hinweise dafür liefern Meinungen, Stammtischzoten und wiederkehrende Fragen aus Sprechstundengesprächen. In punkto Akzeptanz der Unterbindung bestehen je nach Kultur sehr grosse Unterschiede, was an den Operationszahlen deutlich wird. Dies unterstreicht den engen Bezug, der zwischen Männlichkeit und rekreativer Potenz und der Unterbindung hergestellt wird. Insbesondere wird sie in Afrika, im Orient oder in südlichen Ländern, hier vor allem in patriarchalen, vom Mann geprägten Kulturen, praktisch nicht angewendet. Das Selbstverständnis als Mann ist dort zu eng mit der Reproduktionskraft verbunden. Im deutschsprachigen Raum oder im westlichen Europa nimmt die Autonomie des einzelnen Mannes eine viel grössere Bedeutung in der Verhütungsfrage ein als es in patriarchalen Kulturen der Fall ist. Doch vor die Wahl der Verhütungsmethoden für den Mann gestellt, fehlen nebst der Enthaltensamkeit, dem Koitus interruptus und dem Kondom einsatzfähige Alternativen. Die Pille für den Mann wird wohl noch einige Zeit auf sich warten lassen; dies nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern auch aufgrund mangelnder Akzeptanz bei den Frauen, die dabei ihre Autonomie in der Verhütungsfrage an den Mann abgeben müssten.

In Anbetracht dessen, dass die Unterbindung an Bedeutung gewinnen dürfte, bleibt die Frage des sexologisch interessierten Urologen bestehen: Wird die Unterbindung bezüglich

psychischer Langzeitfolgen und dem postoperativen Selbstverständnis als Sexualpartner nicht doch in ihrer Bedeutung unterschätzt? Konkret gefragt, hat die operative Unterbindung des Mannes Einfluss auf die sexuelle Selbstsicherheit und das Selbstverständnis als Mann? Und weiterführend: Hat eine sexologische Beratung für den sich für die Unterbindung interessierenden Mann eine signifikante Bedeutung?

Um diese Kardinalsfragen der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, verweise ich auf die Erkenntnisse der Sexologin Ruth Gnirss, die viele unzufriedene oder enttäuschte Männer erst nach erfolgter Unterbindung beraten hat. Typische Beratungsanliegen zweifelnder oder unzufriedener Männern, die man vor der Unterbindung hätte angehen sollen, sind unerfüllte sexuelle Erwartungen an die Unterbindung aufgrund einer vorgängig verfahrenen Paarsexualität (z.B. bei Lustlosigkeit der Partnerin) oder aber ein grosser Handlungsdruck (d.h. die Forderung, die ungleiche Paarbilanz im Verhütungsaufwand auszugleichen), den sie von Seiten der Partnerin oder dem Umfeld verspürt haben und der sie zur Operation getrieben hat. Auch hilft die Situation des betroffenen Mannes R.F. die oben gestellten Fragen zu beantworten: In einer emotional äusserst labilen Phase der Trennung hat er sich aufgrund einer Gefühlsmischung aus Wut, Trauer und Ohnmacht baldmöglichst zur Unterbindung anmelden wollen. Nicht nochmals wollte er eine aufwühlende, kräftezehrende Trennungszeit mit kleinen Kindern erleben. Gerade noch rechtzeitig hat er sich aber in der sexologischen Beratung eines Besseren belehren lassen und ist der fachlichen Empfehlung nachgekommen, den für ihn zum damaligen Zeitpunkt ungünstigen OP-Entscheid zu verschieben. Die Unterbindung war somit vorerst wieder vom Tisch, und Herr R.F. hat damit Zeit gewonnen, sich eigener Bedürfnisse bewusst werden und vermehrt Autonomie in seiner Sexualität aufbauen zu können.

Der Autor hat in den Studieninterviews mit den sexologisch begleiteten Männern und den Männern der Referenzgruppe im Gruppenvergleich zwar keine markanten Unterschiede aufgedeckt, wonach eine sexologische Beratung einen signifikanten Unterschied in der postoperativen sexuellen Zufriedenheit und in der sexuellen Selbstsicherheit erkennen lässt. Dennoch haben die qualitativen Interviewdaten wichtige Erkenntnisse zu ganz unterschiedlich gelagerten Männlichkeitsbildern sowie ihrem Einfluss auf die Erwartungshaltung und die sexuelle Zufriedenheit nach operativer Unterbindung geliefert. Des Weiteren konnte auch der Einfluss einer Paardynamik auf die Entscheidungsfindung des Mannes herauskristallisiert werden. Somit gehören das Ausloten des Bezugs zum eigenen Geschlecht, die Definition von Männlichkeit, die eigene Sexualität in SB und GV sowie Wünsche oder Erwartungen an die Operation zu einer vollständigen sexologischen Anamnese. Erst danach kann der Mann kompetent sexologisch beraten werden.

Nach Auffassung des Autors soll die vollständige Anamnese bezüglich der persönlichen Situation eines Mannes das Ziel haben, in der Beratung unglückliche und irreversible Folgen einer zu unreflektiert durchgeführten Unterbindung zu vermeiden. Der Mann erhält darüber hinaus die einmalige Gelegenheit, durch sexuelle Denkanstösse seine sexuellen Gewohnheiten zu hinterfragen. Dies ermöglicht ihm unter Umständen wertvolle Lernschritte im eigenen lebenslangen Sexualisierungsprozess.

Die grössten Unterschiede der Interviewinformationen macht der Autor weniger zwischen den beiden Gruppen, als vielmehr innerhalb der sexologischen Gruppe aus. Diese Kandidaten unterscheiden sich sehr stark in der eigenen Auseinandersetzung mit ihrer Sexualität, und sie definieren Männlichkeit für sich sehr unterschiedlich. Trotz dieser Differenzen besteht nach Auffassung des Autors bei beiden Männern in etwa die gleiche postoperative Zufriedenheit. Ihre unterschiedlich gelagerten Reflexionen der eigenen Sexualität sind dementsprechend an individuelle Erwartungen an die postoperative Sexualität verbunden, so dass im Endeffekt beide Männer auf ihre Art zufriedengestellt sind.

Erwähnenswert sind auch die postoperativ aufgekommenen Zweifel an der gefällten Entscheidung bei Kandidat B.T., der sich zuvor äusserst differenziert mit seiner Sexualität auseinandergesetzt hat. Dies verdeutlicht, dass vielschichtiges Denken und eine ständige Selbstreflexion auch nach gefälltem Entscheid nicht aussetzen. Herrn B.T.s Zweifel aber sind in diesem Zusammenhang eher als ein emotionales Abschiednehmen einer körperlichen Fähigkeit zu deuten. Schliesslich beschneidet die Unterbindung eine der beiden männlichen Potenzen, die „*potentia generandi*“. Im lateinischen Begriff „*generare*“ steckt die Bedeutung „schaffen, hervorbringen“, nämlich der Nachkommen oder der nächsten Generation. In diesem Tun werden Eltern die „Älteren“, gehören plötzlich der älteren Generation an. So wird der Mann in der Unterbindungsfrage unweigerlich mit dem eigenen Alterungsprozess, der leiblichen Vergänglichkeit konfrontiert. Der Alterungsprozess erwartet uns Menschen alle und früher oder später – manchmal unerwartet – führt er zum Tod. Machtlos unterliegen wir diesem Lebenszyklus, von der Geburt bis hin zum Tod. Ein Drittel eines durchschnittlichen Lebens gehört dem Erwachsenwerden, der körperlichen und geistigen Reifung; in zwei Dritteln der Lebensspanne aber, dem Alterungsprozess, müssen wir ständig körperliche und geistige Fähigkeiten und Kompetenzen abgeben – ein fortwährendes Abschiednehmen auf Raten. Das bewusste Abschiednehmen von der Zeugungsfähigkeit heisst für den Mann nicht nur, keine weiteren leiblichen Kinder mehr kriegen zu können, sondern vielmehr auch den eigenen Alterungsprozess und den irgendwann sicher eintretenden Tod lernen müssen zu akzeptieren. Männern, denen dies gelingt – und es wird ihnen besser gelingen, wenn man ihnen hilft, ihre Lebenssituation ganzheitlich zu betrachten, wenn man sie also sexologisch

berät – haben loslassen gelernt und können sich entspannter einer neuen Lebensphase zuwenden.

Im Befragen aller Interviewkandidaten, wie sie eine sexologische Begleitung im Rahmen der Unterbindung beim Mann beurteilen, haben alle das einmalige Angebot begrüsst. Es ist entscheidend, dass der Mann sich im Vorfeld anhand sexologischer Beispielfragen Gedanken zu seiner Lebenssituation im Allgemeinen und zu seiner sexuellen Situation im Besonderen macht. Dem Kandidaten soll dabei bewusst werden, dass viele Männer die Unterbindung postoperativ als einschneidender erlebt haben, als sie es zu Beginn vermutet hätten. Zudem werden durch sexologische Fragen in der eigenen Sexualität neue Lernschritte ermöglicht, was sich in der Folge bereichernd auf die Paarbeziehung auswirken kann. Die vier Männer haben jeweils eine nachvollziehbare Entscheidung getroffen und haben ihre postoperative Situation mehrheitlich positiv erlebt. Aus Sicht des Operateurs und zukünftigen Sexologen darf die ganzheitliche, das heisst schulmedizinische *und* sexologische Beratung beim Prozess der Entscheidungsfindung nicht fehlen. Als sexuelles Wesen befindet sich der Mensch während seines ganzen Lebens in einem bewussten und unbewussten sexuellen Entwicklungsprozess. Eine sexologische Beratung ist von zentraler Bedeutung, wenn es gilt, sich für oder gegen den operativen Meilenstein „Unterbindung“ zu entscheiden. Heutzutage nehmen wir zu verschiedensten Anliegen Beratungsangebote an, z.B. in Geldfragen (finanzielle Vorsorge), in Lebenskrisen, bei der Berufswahl, bei Fragen rund um die Gesundheit und bei vielem mehr. Entsprechend wird eine sexologische Beratung den Mann dabei unterstützen, sich mit seiner eigenen Männlichkeit und seinem Selbstverständnis als Sexualpartner auseinanderzusetzen und dabei wertvolle Impulse für seine Beziehung zur Partnerin zu gewinnen. Und Beziehungen, insbesondere die sexuelle partnerschaftliche Beziehung, erlangen insbesondere bei älteren Menschen, die auf ein langes Leben zurückblicken können, eine grosse Bedeutung.

Aus dem Blickwinkel des Sexocorporel-Modells von Jean-Yves Déjardins besehen kann eine Veränderung in einem der vier Hauptkomponenten – Physiologie/Körper, Kognitionen, Sexodynamik und Beziehungen – eine Veränderung in der persönlichen Sexualität verursachen. Es geht also bei der Evaluation der vier Komponenten und der anschliessenden Beratung darum, Fallstricke der Entscheidungsfindung aufzudecken und zu analysieren um dem Mann eine gesunde Basis für seine Entscheidung zu verschaffen. Solche Fallstricke können in Form falscher Erwartungen an die postoperative Paarsexualität, einer fehlenden Autonomie des Mannes, eines Bilanzierungssystems in der Partnerschaft oder eines anfälligen Männlichkeitsverständnisses daherkommen. Nur wenn diese umfassend betrachtet und diskutiert werden, bleibt dem unterbindungswilligen Mann eine langfristige sexuelle Zufriedenheit erhalten. Die Bedeutung, welche die Reproduktionsfunktion für ihn einnimmt, sollte mit ihm geklärt sein. Wie jede Frau in der

Menopause von ihrer Fortpflanzungsfähigkeit Abschied nehmen muss und sich dennoch weiterhin einer sexuellen Zufriedenheit erfreuen kann, so dürfte dies auch dem Mann gelingen. Für beide Geschlechter bleibt auch nach Ende der rekreativen Lebensphase die Sexualität ein wichtiger Lebensbestandteil, denn sie stellt eine körperliche Kommunikationsform mit sich und dem Partner oder der Partnerin dar.

Die Sexualität kann als eine individuell gestaltete Reise zwischen zwei Körperreflexen, dem Erregungs- und dem Orgasmusreflex, beschrieben werden. Die sexuelle Zufriedenheit des Mannes hängt auch nach der Unterbindung im Wesentlichen von der Qualität der Körperempfindungen während dieser Reise ab. Das spermienfreie Ejakulat hat auf die sexuelle Erregung physiologisch keinen Einfluss.

Der Autor sieht den Sinn einer ganzheitlichen Beratung im Rahmen der männlichen Unterbindung im Sexocorporel-Modell nach Jean-Yves Desjardins sehr schön bestätigt: Es beschreibt im Wesentlichen das sexuelle Funktionieren einer Person unter Einbezug von emotionaler und genitaler Erregung im Resonanzraum menschlicher Körper. Der ganze Körperraum kann durch emotionale und genitale Erregung erfüllt werden. Diese zwei Erregungsqualitäten können mit dem Spiel der sogenannten Gesetze des Körpers – nämlich der äusseren Bewegung in Becken und Schulter, dem inneren Bewegungsraum (Atmungsraum), dem Bewegungsrhythmus sowie dem Muskeltonus moduliert werden. Im Idealfall kann in Anwendung einer Doppelten Schaukel, einer koordinierten Becken- und Schulterbewegung, genitale Erregung vom Becken her nach oben und die emotionale Erregung von der Brust nach unten in den Körper diffundieren. Gelingt es dem Mann den genitalen Stimulationsort auf eine grössere Hautoberfläche auszudehnen, kommt dem Genitale – dem Hodensack und dem Penis – in der Erregungssteigerung nicht mehr die gleich grosse Bedeutung zu. Diese Fähigkeit ist bekanntlich an den Erregungsmodus gebunden: Männer, welche ihre genitale Erregung im Spiel der drei Gesetze des Körpers – Muskeltonus, Rhythmus und Bewegung – in ihren Körper diffundieren und so kanalisieren können, sind weniger von einer körperlichen Veränderung (wie z.B. nach der Unterbindung) abhängig. Sie können zudem ihre Aufmerksamkeit schweifen lassen und fokussieren in der Erregung weniger auf ihr Genitale. Männer, die dagegen in einem Erregungsmodus höherer Muskelanspannung und mit viel Druck auf ihr Genitale bei der Erregung funktionieren, erlangen diese Erregungsausbreitung in ihren Körperraum nicht. Es ist daher nachvollziehbar, dass diese den Verlust der Zeugungsfähigkeit, der potentia generandi, nach der Unterbindung eher bedauern. Sie sind mehrheitlich auf ihr Genitale mit seinen beiden biologischen Funktionen fokussiert, aber nicht wirklich an ihrem Genitale interessiert. Sexologisch formuliert heisst das, dass es ihnen an integriertem Geschlechtsstolz und einer erotisierten Intrusivität mangelt. Letztere ermöglicht ein genussvolles Erleben eigener sexueller Erregung mit sich und der Partnerin und auch das

Eindringen in die Partnerin. Auch der Autonomie in der Sexualität, der Autozentrierung, kommt aus Sicht des Sexologen eine grosse Bedeutung in der Sexualität zu. Die sexuelle Erregung wird primär in und an sich selbst erzeugt und wahrgenommen und basiert weniger auf einer Anspruchshaltung dem Partner oder der Partnerin gegenüber.

Die Fähigkeit, eine medizinische Herausforderung durch die körperliche Veränderung der Unterbindung in positivem Sinne zu meistern, beruht ausserdem auf einer breiteren Definition der Männlichkeit. Nebst seinem Geschlecht und Identifikationsmerkmal Penis und Hodensack, das der Mann seit Kindheit beim Urinieren, bei der Hygiene und bei sexueller Erregung zu sehen und begreifen gewohnt ist, kann er darüber hinaus Haltung, Gang, Verhalten, Eigenschaften und vieles mehr in sein persönliches Männlichkeitsverständnis integrieren. So kann die generative Potenz zu gegebener Zeit für den Mann an Bedeutung verlieren oder sogar unwesentlich werden. Die wissenschaftlichen Publikationen zu den sexologischen Aspekten hierzu sind bislang leider nur spärlich vorhanden und decken lediglich einen relativ kurzen Beobachtungszeitraum ab.

Nur ein Mann, der die Herausforderung seiner bevorstehenden körperlichen Veränderung – der Unterbindung – in positivem Sinne aktiv annehmen kann, wird seine sexuelle Zufriedenheit auch langfristig erhalten können. Da die Lebensfreude eng mit der sexuellen Zufriedenheit und dem Selbstverständnis als Mann und Sexualpartner verbunden ist, gilt es für den operierenden Urologen diesen sexologischen Fragen im Aufklärungsgespräch grössere Bedeutung zukommen zu lassen. Mit den im Anhang 17.3 und 17.4 angefügten Interviewfragen als Grundlage für ein solches Vor- und Abschlussgespräch kann die Sexualität des Patienten ausgelotet und begleitet werden.

Als sexologisch orientierter Urologe wird der Autor sein bisher erlangtes Wissen motiviert in seine tägliche Beratungstätigkeit integrieren und damit dem Mann in Zukunft in Fragen zur definitiven Verhütung eine kompetente ganzheitliche Beratung anbieten können.

15 Schlusswort

Meine Masterarbeit in Sexologie zu einem alltäglichen urologischen Sprechstundenanliegen und zur Unterbindungsoperation, die im westlichen Kulturkreis an Beliebtheit und Verbreitung gewinnen dürfte, habe ich sehr spannend gefunden. Obwohl mir die medizinischen Grundlagen und die operativen Vorgänge eingehend bekannt sind, wurde mein Interesse an der Thematik durch die Beurteilung aus der sexologischen Perspektive und auch durch die Tatsache geweckt, dass es sexologisch ein noch nicht breit erforschtes Feld darstellt. Meine Literaturrecherche gefolgt von der qualitativen Datenerhebung in Form von Männerinterviews hat für mich als Mediziner, der eher mit der qualitativen Forschung vertraut ist, eine regelrechte Premiere dargestellt. Zudem war dieses zeitlich zwar limitierte, aber intensive Engagement nebst beruflicher und familiärer Verpflichtungen eine grosse Herausforderung für mich. Die Masterarbeit liegt nun endlich gebunden vor mir – bereit zur Abgabe.

Dass ich dies so kurz nach Jahresbeginn rechtzeitig mit den verfügbaren Ressourcen habe leisten können, verdanke ich nicht zuletzt meiner lieben Partnerin Sonja, die nebst ihrer fachlichen philologischen Kompetenz und ihrem generellen Verständnis für das wissenschaftliche Arbeiten mich immer wieder aufmunternd unterstützt hat. Ohne ihre Hilfe wäre diese Arbeit nicht derart schön gelungen. Meiner dreijährigen Tochter Iris verdanke ich einen regelmässigen körperlichen Ausgleich in der Schaffenszeit, der mir im heimischen Umfeld mit Herumspringen, Lachen und Turnen immer wieder zur nötigen Lockerheit verholfen hat.

Mit dem Erreichen dieses langersehnten Ausbildungsziels, des Masterstudiengangs in Sexologie II 2016-2020, erklimme ich analog dem Bergsteiger den Gipfel und schaue auf eine äusserst lehrreiche berufsbegleitende Weiterbildungszeit zurück. Wie dem Bergsteiger der Gipfel eine herrliche Aussicht in die Ferne ermöglicht, steht auch mir als frischgebackenem Sexologen nun ein spannendes breites Berufsfeld offen, das meine urologische Tätigkeit sehr gut zu ergänzen vermag. Das erhaltene Rüstzeug, die sexologischen Lehrinhalte, bieten mir Selbstvertrauen, Zuversicht und Ansporn, um beruflich neue Wege zu beschreiten.

Thomas Luginbühl

Uster, im Januar 2020

16 Quellenverzeichnis

- Amory J.K. (2016). Male Contraception. *Fertility and Sterility*, 106 (6), 1303-1309.
- Awsare N.S., Krishnan J., Boustead G.B., Hanbury D.C. et McNicholas T.A. (2005). Complications of Vasectomy. *Annual Research Collection Surgery England*, 87 (6), 406-410.
- Beier K.M., Bosinski H. et Loewit K. (2005). Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation. In *Sexualmedizin, 2. Auflage*, 640-650. München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.
- Belker A.M., Thomas A.J., Fuchs E.F., Konnak J.W. et Sharlip I.D. (1991). Results of 1'469 Mircorsurgical Vasectomy Reverseals by the Vasovasostomy Study Group. *Journal of Urology*, 145 (3), 505-511.
- Bertero E., Hallak J., Gromatzky C., Lucon A.M. et Arap S. (2005). Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function (IIEF). *International Brazilian Journal of Urology*, 31 (5), 452-458.
- Cook L.A., Pun A., Gallo M.F., Lopez L.M. et Van Vliet H.A. (2014) Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Review*.
- Desjardins J.-Y., Chatton D., Desjardins L. et Tremblay M. (2011). Le Sexocorporel. La Compétence érotique à la portée de tous. *La sexothérapie*, chapitre 2, 63-102.
- Desjardins J.-Y. (2008), *Ausbildung in Sexocorporel*, deutsche Übersetzung (2010), Heft 2.
- Dole R.G., Diemer T., Kopa Z., Krausz C., Giwercman A. et Jungwirth A. (2012). European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. *European Urology*, 61, 159-163.
- Engl T., Hallmen S., Beecken W.D., Rubenwolf P., Gerharz E.W. et Vallo S. (2017). Impact of vasectomy on the sexual satisfaction of couples: experience from a specialized clinic. *Central European Journal of Urology* 70, 275-279.

- Gaines A.R., Vidal A.C. et Freedland S.J. (2015). Vasectomy: Potential links to an increased risk of aggressive prostate cancer? *Expert Review Anticancer Therapy*, 15 (10), 1123-1125.
- Glasier A. (2010). Acceptability of Contraception for Men: A Review. *Science Direct*, 82 (5), 453-456.
- Goethals A. et Thiery M. (1985). Voluntary male sterilization: a psychological evaluation. *Tijdschr geneeskde*, 41 (16), 1019-1026.
- Guo D.P., Lamberts R.W. et Eisenberg M.L. (2015). Relationship between Vasectomy and Sexual Frequency. International Society for Sexual Medicine, *Journal of Sexual Medicine*, 12, 1905-1910.
- Grimes D.A., Lopez L.M., Gallo M.F., Halpern V., Nanda K. et Schulz K.F (2012). Steroid hormones for contraception in men. *Cochrane Database of systematic Reviews*.
- Hinman F. (2007). Atlas urologischer Operationen im Kindes- und Erwachsenenalter, Kapitel 10, 282-284. Heidelberg: Springer Verlag.
- Jacobs E.J., Anderson R.L., Stevens V.L., Newton C.C., Gansler T. et Gapstur S.M. (2016) Vasectomy and prostate cancer incidence and mortality in a large US cohort. *Journal of Clinical Oncology* 34 (32), 3880-3885.
- Jacobstein R. (2015). *The kindest cut: global need to increase vasectomy availability*. www.thelancet.com/lancetgh, Vol 3.
- Jocham D., Miller K. (2003). Praxis der Urologie in zwei Bänden, Band II, 2. überarbeitete Auflage, 531-535. Stuttgart: Thieme.
- Jütte R. (2003). Lust ohne Last, Geschichte der Empfängnisverhütung. München: Beck Verlag.
- Lee H.Y. (1986). A 20-Year Experience of Vasovasostomy. *Journal of Urology* 136 (2), 413-415.

- Lichtenheldt M. (2017). *Un-heil: Vorhaut, Phimose & Beschneidung Zeitgemäße Antworten für Jungen, Eltern und Multiplikatoren*, 2. Auflage.
- Li S.Q., Goldstein M., Zhu J. et Huber D. (1991). The no-scalpel vasectomy. *Journal of Urology* 145 (2), 341-344.
- Liu L.H., Kang R., He J., Zhano S.K., Li F.T., Wan S.P., Zhao Z.G. (2015). Vasectomy and risk of prostate cancer: a systematic review and metaanalysis of cohort studies. *Journal of Andrology* 3 (4), 643-649.
- Mayring P. 2015. Qualitative Inhaltsanalyse. 12. überarbeitete Auflage, 110ff. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Michelmann H.W. (2009). Wunder, Mythen und Märchen in der Reproduktion. *Journal der Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 6 (1), 21-25.
- Miltsch B., Senn E. (1999). Vasektomie: Präoperative Bedenken und postoperative Akzeptanz. *Aktuelle Urologie*, 30, 237-241.
- Murdoch F.E., Goldberg E. (2014). Male contraception: Another holy grail. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*, 24, 419-424.
- O'Rand M.G., Silva E.J.R. et Hamil K.G. (2016). Non-hormonal male contraception: A review and development of an Eppin based contraceptive. *Pharmacology and therapeutics*, 157, 105-111.
- Polawick A.S., Tadros N.N., Ostrowski K.A., Kent J., Conlin M.J., Hedges J.C. et Fuchs E.F. (2015). Vasectomy Reverseal for Postvasectomy Pain Syndrome: A Study and Literature Review. *Journal of Urology* 86 (2), 269-272.
- Randall S., Boyd J. et Fuller E. (2018). The effect of vasectomy reversal on prostate cancer risk: International Meta-Analysis of 684'660 vasectomized men. *Journal of Urology Volume* 200, 121-125.
- Réal J. (2001). Voronoff. Biographie. Paris: Stock Verlag.

- Schmidt R.F. (2007). Physiologie des Menschen. Pathophysiologie. Heidelberg: Springer Verlag.
- Schwingl P.J. et Guess H.A. (2000). Safety and Effectiveness of Vasectomy. *Fertility and Sterility*, 73, 923-936.
- Serna E. (2016). De la castration thérapeutique à la vasectomie contraceptive, in *Encyclopédie pour une histoire nouvelle de l'Europe*. ISSN 2677-6588.
- Shang Y., Han G., Li J., Zjao J., Cui D., Liu C., Yi S. (2015). Vasectomy and prostate cancer risk: a meta-analysis of cohort studies. *Scientific reports* 5, 9920.
- Siddiqui M.M., Wilson K.M., Epstein M.M., Rider J.R., Martin N.E., Stampfer M.J., Giovannucci E.L. et Mucci L.A. (2014). Vasectomy and risk of aggressive prostate cancer: a 24-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (27), 3033-3038.
- Sterilisationsgesetz der Schweizerischen Eidgenossenschaft, datiert am 17. Dezember 2004, <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20031506/index.html>.
- Stoff H. (2004). Ewige Jugend. Konzepte der Verjüngung vom späten 19. Jahrhundert bis ins Dritte Reich. Köln: Böhlau Verlag.
- Trussel J., Hatcher R.A., Cates W. Jr., Stewart F.H. et Kost K. (1990). A guide to interpreting contraceptive efficacy studies. *Obstetrics and Gynecology* 76 (3 Pt 2), 558-567.
- Walch S. (2016). Triebe, Reize und Signale. Eugen Steinachs Physiologie der Sexualhormone. Vom biologischen Konzept zum Pharmapräparat, 1894-1938. (Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 8). Wien: Böhlau Verlag.
- Weiske W.H. (2004). Vasektomie – aktueller Stand. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1 (3), 222-227.
- Wilsen J.-D., Roehrborn C. (1999). Long-Term Consequences of Castration in Men: Lessons from the Skoptzy and the Eunuchs of the Chinese and Ottoman Courts In: *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 84(12), 4324-4331.

Yüksel E. (2005). Wissen und Verhalten türkischer Migrantinnen in Bezug auf Sexualität und Verhütung. Bundeszentrum für gesellschaftliche Aufklärung BZgA Forum.

Zhao K., Wu L., Kong X., Chen Y., Li H., Gu Y., Shang X. et Xiong C. (2018). Long-term Safety, Health and Mental Status in Men with Vasectomy. *Scientific Reports*, 8:15703, 1-8.

17. Anhänge

17.1 Aufklärungsformular Unterbindung – Schweiz. Gesellschaft für Urologie



Urologische Abteilung
Dr. med. M. Dubs, Chefarzt
Dr. med. Th. Luginbühl, Leitender Arzt



Aufklärungsprotokoll über die Unterbindung (Vasektomie)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Lieber Herr _____

Sie haben sich entschlossen eine Unterbindung zur Empfängnisverhütung durchführen zu lassen. Die folgende Übersicht enthält die wichtigsten Allgemeininformationen, Erfolgsaussichten und Risiken, welche bereits mit Ihnen besprochen wurden. Diese Angaben sollen Ihnen als Stütze für eventuelle weitere Fragen dienen.

Die Kosten des Eingriffs werden in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen sondern sind durch den Patienten selbst zu tragen.

Operationsmethode: In örtlicher Betäubung werden 2 kleine Hautschnitten am Hodensack gemacht, der Samenleiter freigelegt und auf einer Länge von 2 - 3 cm entfernt.

Folgen des Eingriffs: Durch den geplanten Eingriff können die Spermien nicht mehr aus dem Nebenhoden in die Harnröhre gelangen, sodass der Samenerguss nur noch Flüssigkeitsanteile der Samenblasen und Prostata enthält.

Die Unfruchtbarkeit wird in der Regel erst nach 8 - 12 Wochen oder 25 Ejakulationen (Samenergüssen) erreicht, da sich Spermien zuvor noch in Samenblasen und Prostata befinden können. Sie muss durch eine Untersuchung der Samenflüssigkeit bestätigt werden.

Die Vasektomie ist eigentlich als irreversibler Eingriff anzusehen. Eine spätere Wiedervereinigung der durchtrennten Stümpfe wäre heutzutage dank der Mikrochirurgie möglich.

Die sexuelle Funktion wird von der Operation nicht beeinflusst.

Risiken und Komplikationen: Infolge des fehlenden Abflusses kann es in den ersten Wochen nach der Operation zu einer leichten Anschwellung und geringfügigen Schmerzen im Nebenhoden kommen.

In seltenen Fällen (1:3000) kann es zum Auftreten einer Wundinfektion oder einer Blutung, welche eine operative Revision erforderlich macht, kommen.

In Ausnahmefällen ist es möglich, dass es zu einer spontanen Wiedervereinigung der beiden durchtrennten Stümpfe des Samenleiters kommt. Deshalb kann man, trotz anfänglich nachgewiesener, vollständiger Unterbindung, nach Monaten oder Jahren wieder fruchtbar werden.

Nach der Operation können noch leichte Schmerzen im Wundbereich auftreten. Normalerweise bilden sich diese Schmerzen in 2 - 3 Tagen zurück. Duschen ist nach der Operation möglich, auf Vollbäder sollte für 10 Tage verzichtet werden. Eine Arbeitsunfähigkeit besteht nur für den Operationstag.

Bitte fragen Sie nach allem, was Ihnen wichtig erscheint oder unklar ist. Sagen Sie uns aber auch, ob Sie möglichst umfassend orientiert werden oder lieber nicht mehr allzu viel über den Eingriff wissen möchten. Bei noch bestehenden Unklarheiten schlagen wir Ihnen vor, sich die Fragen zu notieren, welche Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt noch stellen möchten.

Ihre Fragen:

Protokoll des Aufklärungsgesprächs (Dolmetscher: _____)
Operationsskizze:

Notizen des Arztes / der Ärztin zum Aufklärungsgespräch (insbesondere Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung, individuelle, risikoe erhöhende Umstände, Wahl der Operationsmethode/Alternativen, besprochene Operationserweiterung(en), Informationsbedürfnis des Patienten, Beantwortung konkreter Fragen des Patienten)

Datum: _____ Zeitpunkt: _____ Dauer des Aufklärungsgesprächs: _____

Behandlungsauftrag

Herr/Frau Dr. _____ hat heute mit mir ein abschliessendes Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Erläuterungen verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

Ich bin deshalb mit dem geplanten Eingriff einverstanden, ebenso wie mit den besprochenen Änderungen und Erweiterungen, die sich während der Operation als erforderlich erweisen.

Ort, Datum: _____

17.2 Formular Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview

im Rahmen der Masterarbeit *„Einfluss operativer Unterbindung auf die sexuelle Selbstsicherheit und das Selbstverständnis des Mannes – Zusammenhänge zwischen der Entscheidung zur Unterbindung und der Bedeutung der Sexualberatung im präoperativen und postoperativen Zeitraum“*

- Ich wurde vom unterzeichnenden Testleiter mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter/ pseudoanonymisierter Form gespeichert werden. Die erhobenen Daten in Form von Tondokument, Notizen und Skripten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Dokumente werden zudem nach Einreichen der verfassten Arbeit Ende 2019 gelöscht resp. vernichtet.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
- Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Testleiterin oder der Testleiter jederzeit von der Studie ausschliessen.

Uster, den _____

Vor- und Nachname

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Name Interviewer

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

17.3 Fragekatalog für die Patienteninterviews vor und nach Unterbindung

Vor der Unterbindung (Aufklärungsgespräch beim Sexologen/Urologen)

- Wenn Sie an Ihren Penis denken, sich Ihren Penis vorstellen: Was geht in Ihnen vor? Welche Gefühle und Gedanken stellen sich ein? Eventueller Vergleich mit anderen Körperteilen. Wie war Ihre Beziehung zum Geschlecht bisher – von Kindheit an bis heute?
- Wenn Sie Ihren Penis oder Ihren Hodensack berühren: Was für Gefühle stellen sich ein? Was denken Sie? Praktizieren Sie Selbstbefriedigung? Wie sind Sie sich gewohnt zu berühren und sexuell zu erregen?
- Wie befriedigen Sie sich selbst? Kennen Sie einen bevorzugten Ablauf oder eine Position (z.B. im Liegen, Sitzen, Stehen)? Wo und wann und wie oft befriedigen Sie sich (zu Hause, auswärts, spezielle Situationen)?
- Wenn Sie Ihre sexuelle Erregung steigern: Welche Rolle spielt dabei der Penis?
- Bereitet er Ihnen Lust dabei? Inwiefern können Sie die sexuelle Erregung oder den Anblick des erigierten Penis genießen? Wo spüren Sie sexuelle Erregung im Körper und was genau nehmen Sie dabei wahr?
- Welche Einstellung haben Sie zum Aussehen, der Grösse und dem Funktionieren?
- Hatten Sie schon Probleme mit Ihrem Geschlecht und der Erektionsmöglichkeit? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?
- (Haben Sie bei möglichen Problemen konservative Therapien angewendet? Erfolg/Misserfolg damit?)
- Wie erleben Sie den partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr beim Eindringen? Was sind da Ihre Empfindungen? Wie steht es um Ihre jetzige sexuelle Zufriedenheit? Oder um jene Ihrer Partnerin?
- Wie ist Ihre derzeitige Situation bezüglich des Kinderwunsches?
- Können Sie sich vorstellen sich in einer späteren Partnerschaft (je nach Situation), falls es in der aktuellen Partnerschaft zu einer Trennung käme, weitere Kinder zu wünschen bzw. zu haben?
- Wie lange beschäftigen Sie sich (auch mit Ihrer Partnerin) mit dem Entscheid zur Beendigung des Kinderwunsches? Wer ist die treibende Kraft für eine Unterbindung?
- Haben Sie sich schon anderweitig über die Unterbindung informiert? Was wissen Sie bis jetzt, auch über die Anatomie der Sexualorgane? Woher haben Sie die Informationen? Was möchten Sie zusätzlich wissen?
- Wie stehen Sie zur empfohlenen Unterbindung? Haben Sie als Mann irgendwelche Einwände oder Bedenken? Wenn ja, welche? Haben Sie mit anderen Männern darüber gesprochen? Inwieweit hat der Entscheid zur

Vasektomie für Sie persönlich einen Einfluss auf Ihre Einstellung zur eigenen Männlichkeit?

- Welche Bedeutung hat für Sie Männlichkeit?
- Was wünschen Sie sich nach der Operation, was Ihre Sexualität anbetrifft? Was wäre dabei wichtig?
- Was brauchen Sie jetzt, damit Sie sich für oder gegen die Operation entscheiden können? Es gibt Männer, die brauchen eine Bedenkzeit? Wie würden Sie eine Bedenkzeit nutzen?
- Welche Hauptkriterien führen Sie zum Entscheid für oder gegen die Operation?

Nach der Unterbindung (Postoperative Kontrolle beim Sexologen/Urologen)

- Wie empfanden Sie die Vorbereitung, das Gespräch, die Wissensvermittlung und den Operationstag?
- Wie ist es Ihnen am Operationstag ergangen? Unmittelbar vorher und nachher?
- Was hat Sie im Rahmen Ihrer Unterbindung beschäftigt? Was hat Sie gefreut oder Ihnen Mut für die Zeit danach gemacht?
- Wie ist die Wundheilung mit den empfohlenen Pflegemassnahmen verlaufen?
- Nach der Pflasterabnahme: Was waren Ihre ersten (visuellen, taktilen) Eindrücke mit der neuen Situation? Waren die Gefühle positiv, neutral oder negativ?
- Wie verhielt sich in dieser Zeit Ihre sexuelle Lust, hatten Sie Erektionen?
- Wie meldeten sich Ihre sexuellen Bedürfnisse nach dem Eingriff zurück? Welche Faktoren haben diese beeinflusst?
- Ab wann konnten Sie Selbstbefriedigung und/oder Geschlechtsverkehr erstmals nach der OP erleben?
- Eine Frage, die Sie schon kennen: Wenn Sie an Ihren Penis denken, sich Ihren Penis vorstellen: Was geht in Ihnen vor? Welche Gefühle und Gedanken stellen sich ein? Eventuell Vergleich mit anderen Körperteilen. Inwiefern hat sich etwas verändert?
- Inwieweit machen Sie neue Erfahrungen bezüglich dem Ejakulat, der sexuellen Lust (Libido), der Erektion, der Steigerung der sexuellen Erregung, dem Orgasmus?
- Wie erleben Sie den partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr beim Eindringen? Was sind da ihre Empfindungen? Gibt es neue Empfindungen? Wie reagierte bzw. reagiert Ihre Partnerin darauf? Wie empfinden Sie die Reaktion der Partnerin? Wie steht es um Ihre jetzige sexuelle Zufriedenheit? Oder um jene Ihrer Partnerin?
- Würden Sie im Rückblick die Operation aufgrund gleicher Problematik nochmals vornehmen lassen oder einem anderen Mann in gleicher Situation empfehlen?

- Was würden Sie einem Mann raten, der die operative Behandlung noch vor sich hat und gleich alt ist wie Sie?
- Hat der Eingriff Ihre persönliche Einstellung zur eigenen Männlichkeit verändert? Wie beschreiben oder definieren Sie Männlichkeit für sich genau?
- Wie erleben Sie sich als unterbundener Sexualpartner? Veränderte dies Ihre gemeinsame Sexualität?
- Zum Schluss nochmals eine Frage, die Sie bereits kennen: Angenommen, Sie würden sich von Ihrer Partnerin trennen und eine neue Partnerin mit einem Kinderwunsch haben, wie argumentieren Sie ihr gegenüber?

Zusatzfragen an die Kandidaten mit sexologischer Begleitung

- Wie empfanden Sie das erste präoperative Gespräch? Was war für Sie wertvoll dabei?
- Worin sehen Sie den Nutzen einer sexologischen Beratung?
- Was wäre zu ergänzen oder anzupassen?
- Sollte das Angebot an jeden Mann getragen werden?

17.4 Fragekatalog für Herrn R.F. (Entscheid gegen die Unterbindung)

Vor dem Entscheid gegen die Unterbindung resp. Entscheidungsprozess

- Wenn Sie an Ihr Geschlecht (Penis) denken, sich Ihren Penis vorstellen: Was geht in Ihnen vor? Welche Gefühle und Gedanken stellen sich ein? Eventueller Vergleich mit anderen Körperteilen. Wie war Ihre Beziehung zum Geschlecht bisher – von Kindheit an bis heute?
- Wenn Sie Ihren Penis oder Ihren Hodensack berühren: Was für Gefühle stellen sich ein? Was denken Sie? Praktizieren Sie Selbstbefriedigung? Wie sind Sie sich gewohnt zu berühren und sexuell zu erregen?
- Wie befriedigen Sie sich selbst? Kennen Sie einen bevorzugten Ablauf oder eine Position (z.B. im Liegen, Sitzen, Stehen)? Wo und wann und wie oft befriedigen Sie sich (zu Hause, auswärts, spezielle Situationen)?
- Wenn Sie Ihre sexuelle Erregung steigern: Welche Rolle spielt dabei der Penis?
- Bereitet er Ihnen Lust dabei? Inwiefern können Sie die sexuelle Erregung oder den Anblick des erigierten Penis geniessen? Wo spüren Sie sexuelle Erregung im Körper und was genau nehmen Sie dabei wahr?
- Welche Einstellung haben Sie zum Aussehen, der Grösse und dem Funktionieren?
- Hatten Sie schon Probleme mit Ihrem Geschlecht und der Erektionsmöglichkeit? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?

- Haben Sie bei möglichen Problemen Therapien (sexologische Beratung ISP) angewendet? Erfolg/Misserfolg damit?
- Wie erleben Sie den partnerschaftlichen Geschlechtsverkehr beim Eindringen? Was sind da Ihre Empfindungen? Wie steht es um Ihre jetzige sexuelle Zufriedenheit? Oder um jene Ihrer Partnerin?
- Wie ist Ihre derzeitige Situation bezüglich des Kinderwunsches?
- Können Sie sich vorstellen sich in einer späteren Partnerschaft (je nach Situation), falls es in der aktuellen Partnerschaft zu einer Trennung käme, weitere Kinder zu wünschen bzw. zu haben?
- Wie lange beschäftigen Sie sich (auch mit Ihrer Partnerin) mit dem Entscheid zur Beendigung des Kinderwunsches? Wer ist die treibende Kraft für oder gegen eine Unterbindung?
- Haben Sie sich schon anderweitig über die Unterbindung informiert? Was wissen Sie bis jetzt, auch über die Anatomie der Sexualorgane? Woher haben Sie die Informationen? Was möchten Sie zusätzlich wissen?
- Wie stehen Sie zur Unterbindung? Haben Sie als Mann irgendwelche Einwände oder Bedenken? Wenn ja, welche? Haben Sie mit andern Männern darüber gesprochen?
- Inwieweit hat der Entscheid gegen die Vasektomie für Sie persönlich einen Einfluss zu Ihrer Einstellung zur eigenen Männlichkeit?
- Welche Bedeutung hat für Sie Männlichkeit?
- Welche Hauptkriterien führten Sie zum Entscheid gegen die Operation?

Nach dem Entscheid gegen die Unterbindung

- Was hat Sie im Rahmen der Entscheidung gegen die Unterbindung in der Folgezeit beschäftigt? Was hat Sie gefreut oder Ihnen Mut für die Zeit danach gemacht?
- Wie verhielt sich in dieser Zeit Ihre sexuelle Lust, hatten Sie Erektionen?
- Wie verhielten sich Ihre sexuellen Bedürfnisse nach dem Entscheid? Welche Faktoren haben diese beeinflusst?
- Wie steht es um Ihre jetzige sexuelle Zufriedenheit? Oder um jene Ihrer Partnerin?
- Wie erleben Sie sich als doch nicht unterbundener Sexualpartner, veränderte dies Ihre gemeinsame Sexualität?
- Können Sie sich vorstellen die Unterbindung später in anderer Situation doch vornehmen zu lassen? Was raten Sie einem anderen Mann in der Entscheidungsphase vor möglicher Unterbindung?

- Hat der Entscheid gegen die OP Ihre persönliche Einstellung zur eigenen Männlichkeit oder der Rolle als Sexualpartner verändert? Wie beschreiben oder definieren Sie jetzt Männlichkeit für sich?
- Angenommen, Sie würden sich von Ihrer Partnerin trennen und eine neue Partnerin mit einem Kinderwunsch haben, wie argumentieren Sie ihr gegenüber?

Zusatzfragen an Herrn R.F.

- Wie empfanden Sie das sexologische Gespräch?
- Konnten Sie etwas für sich mitnehmen? Ergaben sich neue Aspekte der Sexualität, wenn ja, welche?
- Worin haben Sie den Nutzen einer sexologischen Beratung im Entscheidungsprozess gesehen?
- Wie stünden Sie zu einem Angebot der sexologischen Beratung eines Mannes vor und nach seiner Unterbindung oder im Rahmen seiner Entscheidung dagegen?
- Haben Sie nun noch etwas anzufügen?

17.5 Auszug Telefoninterview mit Frau Dr. med. Ruth Gnirss-Bornet am 17.07.2019

L Herzlichen Dank für die Bereitschaft zur Auskunft aus ihrem Berufsalltag bezüglich Aspekten von Männern mit Fragen zur Unterbindung. Die operative Unterbindung betrifft ja immer die männliche Sexualität, im engeren Sinne die sogenannte „potentia coeundi“ mit sexueller Erregung, Aufbau der Erektion und anschliessendem vaginalen Eindringen sowie die Möglichkeit des Kinderzeugens durch Ejakulation der Samenflüssigkeit in die Scheide, die „potentia generandi“. Wie kommen Sie mit den Männern bezüglich der Unterbindung in Kontakt?

G Oft sehe ich die Männer erst hinterher – nach der Unterbindung. Wenige Ausnahmen gibt es natürlich im Rahmen der Paar- und Sexualtherapie, in denen drüber nachgedacht wird, ob diese OP gemacht werden sollte. Ich habe hierzu nicht so viel Erfahrung. Nehme aber aus einigen Erfahrungen eine eher kritische Haltung ein, in denen die Männer den Eingriff nicht verkraftet haben, das heisst nicht verkraftet haben, es gemacht zu haben. Unrealistische Erwartungen waren häufig die Gründe für ein negatives postoperatives Erleben. Zudem wäre es sehr wichtig, Langzeitstudien zur sexuellen Zufriedenheit nach z.B. drei, sechs, zwölf Monaten zu erheben, was meines Wissens bisher noch nicht gemacht worden ist.

[...]

L Was können Sie zu den erwähnten unrealistischen Erwartungen der Männer angeben?

- G Oft kann in diesen Fällen eine niedrige sexuelle Zufriedenheit der Männer festgestellt werden, wobei die Frauen auch sexuell lustlos gewesen sind, ohne dass dies genauer abgeklärt worden wäre. Oft hatten die Paare auch schon eins, zwei, drei Kinder und der Mann Angst vor einer weiteren Schwangerschaft. Zudem hat sie schon genug gelitten mit der Empfängnisverhütung (Pille, Spirale etc.). Gerade aktuell betreue ich ein Paar, bei dem die Frau seit zwei Jahren absolut lustlos ist. Hier war vorschnell die Überlegung zur Vasektomie auf dem Tisch. Im Gespräch mit den zweien wurde aber verdeutlicht, dass das Problem dadurch nicht zu lösen sein wird. In meinen Augen sind es oft depressiv veranlagte Männer, die die operative Unterbindung nicht gut verkraften oder verdauen. Sie sagen sich: „Ich mache es der Frau zuliebe.“ Aus Schuldgefühlen heraus also. Die Frau hat schon durch die Schwangerschaften und die Geburt(en) gelitten und körperlich Federn gelassen. Ich muss also auch Federn lassen.
- L Kann man es so formulieren, dass von beiden Seiten, vom Mann und der Frau – oder beiden, ein solcher Erwartungsdruck bestehen kann?
- G Ja genau, dies kann so sein. Hinzu können auch Schwangerschaftsabbrüche oder Aborte als traumatische Paarerlebnisse den Handlungsdruck auf Seiten der Männer begründen. Sie können durch die OP sozusagen nachziehen, die Leidensbilanz etwas ausgleichen. Eine Sühne sozusagen.
- L Wie stehen Sie zur provokativen Aussage: Wenn die Frau die Verhütung schon zwanzig Jahre übernommen hat, soll sie es doch auch noch bis zum Schluss, also bis zur Menopause übernehmen? Kennen Sie solche Gedanken aus Beratungen?
- G Aus meiner Erfahrung kommt diese Entscheidungsfrage doch häufig gegen Ende der Fruchtbarkeitsphase einer Frau. Meine Klientinnen waren da meist schon zwischen 40 und 45 Jahre alt. Hier scheint mir das Risiko einer Schwangerschaft deutlich geringer zu sein als früher. Mit einer guten frauenärztlichen Beratung wäre eine Versorgung mit einer Spirale für die letzten Jahre der Fruchtbarkeit sicher sehr sinnvoll. In den Beratungen hatte ich mit dieser Lösung auch im weiteren Verlauf meist sehr zufriedene Paare angetroffen. Das Outcome nach Unterbindung ist in meinen Augen sehr eng mit der präoperativen Abklärung der Bedürfnisse und Erwartungen verknüpft. Eine schnelle OP-Entscheidung basiert doch oft auf einer Gedankenkette: lustlose Frau mit teils schlechten Erlebnissen, z.B. SS-Abbrüche, und der Hoffnung auf eine bessere Paarsexualität. So ist der Mann dann schnell bereit, seinen Teil zu leisten, um weitere Schwangerschaften zu verhindern. Diese Erwartung wird aber aus Erfahrung ganz selten in diesem Kontext erfüllt werden.
- L Was geschieht dann in solchen Fällen?

G Auf die nicht erfüllten Erwartungen an die Sexualität und auch die geopfert Fruchtbarkeit – diese hat doch einen hohen Stellenwert beim Mann – folgen nicht selten Trauer und Groll. Und diese Gefühlsempfindungen werden dann nicht als Trauer und Groll verarbeitet, sondern äussern sich körperlich als Erektionsstörung und Lustlosigkeit beim Mann.

[...]

L Wie nahmen Sie in den Beratungsgesprächen die Eigeninitiative der Männer in der Entscheidung und im Gespräch wahr?

G In den Jahren in der Sexuelsprechstunde habe ich diese Männer mit eigener Entscheidung nicht mehr gesehen. Dagegen jene, die mit einer Sexualfunktionsstörung auf die operative Unterbindung reagiert haben. Oder ich habe Männer gesehen, die wütend waren, weil ihre Partnerinnen danach nicht entsprechend lustvoll geworden sind.

L Also wurden deren Erwartungen nicht erfüllt.

G Ja, sie wurden durch die Unterbindung nicht belohnt.

L Wenn Sie zum Erreichen eines besseren postoperativen Outcomes nebst operativem Aufklärungsgespräch eine sexologische Beratung vorher und nachher einführen würden, was wären im präoperativen Setting wichtige Informationen für den Mann?

G Das stellt ja gerade den Gegenstand ihrer Untersuchung dar: Was ist also die Paarsituation und worauf beruht genau die Motivation. Und wenn Sie zur Erkenntnis gelangen, dass das Paar durch die Unterbindung ein sexuelles Problem beheben will, sollte sicher zuerst eine sexologische Beratung erfolgen. Die OP sollte also besser verschoben werden.

L Die Motivation zur Unterbindung ist also der Schlüssel in der sexologischen Anamnese.

G Darüber hinaus soll auch nach einer depressiven Struktur oder Stimmungslage beim Mann gefragt werden. Entsprechende Tests wären sicher hilfreich, eventuell sind auch narzistisch veranlagte Männer herauszukristallisieren. Die sehr unrealistischen Erwartungen sind auszuloten wie auch die Schuldgefühle der Männer und ihr Willen, Sühne zu leisten. Dies sind bestimmt schlechte Prädiktoren für die sexuelle Zufriedenheit nach einer Unterbindung.

Zudem kenne ich Aussagen von einigen Männern, die angeben, wenn sie gewusst hätten, wieviel schwächer ihr Orgasmuserleben nach der Operation werden würde, hätten sie sich den Eingriff nochmals überlegt. Dies sind Berichte einiger Männer, was aber mal wissenschaftlich untersucht werden müsste. Es gibt sicher einige mögliche Erklärungen, wie das Älterwerden, Eigenwahrnehmung usw. Aber meines

Wissens ist es so noch nicht untersucht worden. Wenn es aber durch die Unterbindung so wäre, würde ich es als Mann auf gar keinen Fall machen lassen. Das habe ich dann auch den Frauen mitgeteilt, die sich in dieser Angelegenheit ein bisschen beharrend verhielten. Speziell in Paarsituationen, in denen ein gegenseitiges Aufrechnen in der Verhütungsfrage grosse Bedeutung einnimmt. Bei manchen Frauen nehme ich auch aggressive Impulse in dieser Frage wahr, die da umgelenkt worden sind. Nach dem Motto: „Ich habe jetzt Schwangerschaftstreifen, und nun soll er seinen Beitrag leisten; nicht, dass er am Schluss noch mit einer anderen Frau Kinder zeugt.“ Dann ist er auch für andere Frauen nicht mehr so attraktiv.

[...]

17.6 Auszug Sexologisches Interview 1 mit E.G., geb. 1974, am 18.07.2019

- L Wenn Sie an ihren Penis denken oder sich Ihren Penis vorstellen, was denken Sie, was geht in Ihnen vor? Sind es Situationen oder Eindrücke?
- G Ich denke vielleicht an die Grösse des Penis. Ich denke nicht viel an oder über meinen Penis nach. Nichts Spezielles.
- L Welche Gefühle oder Gedanken stellen sich bei Ihnen ein, wenn Sie an Ihren Penis denken?
- G Ich denke, dass hoffentlich alles problemlos läuft, dass er seine Funktion (*gemeint: Erektion*) erfüllt.
- L Bewerten Sie diese Gefühle oder Gedanken eher positiv, oder kennen Sie auch andere Gefühle?
- G Ja meistens sind diese positiv, aber manchmal ist er zu schnell (*gemeint: zu früher Orgasmus und Ejakulation*) bei Aufregtheit.

[...]

- L Praktizieren Sie also Selbstbefriedigung?
- G Eher selten. Ich kenne eher feuchte Träume. Beim Erwachen am Morgen ist Feuchtigkeit im Bettlaken festzustellen. Der Penis hat im Traum reagiert. Meistens läuft es so ab.
- L Praktizieren Sie andere Arten der sexuellen Erregung im Rahmen von Selbstbefriedigung?
- G Nein, nur nach Träumen und dann mit meiner Freundin zusammen. Ausnahmen sind z.B., wenn ich sie sehr lange nicht sehe.

- L Wie sind Sie sich gewohnt sich bei der Selbstbefriedigung am Penis oder am Genitale zu berühren? Oder wie erregen Sie sich? Kennen Sie einen bestimmten Ablauf, eine gewohnte Körperposition dabei?
- G Wenn es zur Selbstbefriedigung kommt, dann eher morgens nach dem Aufwachen, im Liegen. Ich habe dann oft eine Erektion, der Penis ist parat (*lacht*).
- [...]
- L Sehen Sie sich gern mit steifem Penis an? Oder betrachten Sie sich mal im Spiegel bei der Selbstbefriedigung?
- G (*Lacht*) Nein ich schaue den Penis meistens nicht an bei der Selbstbefriedigung. Im Spiegel habe ich mich nackt auch schon betrachtet.
- L Was hatten Sie für ein Gefühl dabei?
- G Ab und zu kommen mir Gedanken dabei, ob es (*gemeint: die Penisgrösse, Erektion*) für die Frau wohl genügend ist.
- L Wenn Sie sich so erregt sehen, haben Sie dann Lust auf Ihre Frau? Haben Sie Fantasien?
- G Ja, logisch.
- L Das ist eine Stärke von Ihnen, Fantasien zu haben oder sie abzurufen. Spüren Sie sexuelle Erregung auch in anderen Körperpartien ausserhalb des Genitales oder des Beckens?
- G Nein, ich konzentriere mich eigentlich auf den Penis.
- [...]
- L Was ist Ihre derzeitige Situation bezüglich des Kinderwunsches?
- G Ich habe schon einen 11-jährigen Jungen aus einer früheren Partnerschaft. Mit meiner derzeitigen Partnerin – sie ist drei Jahre älter, also 47 Jahre – bin ich nun schon fünf Jahre zusammen. Somit ist der Kinderwunsch bei uns beiden abgeschlossen.
- L Könnten Sie sich unter Umständen vorstellen, in einer späteren Partnerschaft nochmals einen Kinderwunsch zu haben?
- G Ich muss realistisch sein hinsichtlich meiner finanziellen Verpflichtungen meinem Sohn und meiner Ex-Partnerin gegenüber. Ich habe schlicht nicht genug Geld, um weitere Kinder zu haben.
- L Also vom Herzen her möglich, aber aus finanziellen Gründen klar nein.
- G Genau.
- L Kamen bezüglich dem Empfängnisschutz Wünsche von Seiten Ihrer Partnerin auf?
- G Von ihrem Bekanntenkreis wussten wir von einem Mann, der sich unterbinden liess. Wir haben darüber gesprochen und danach habe ich gedacht, ja warum sich nicht

unterbinden lassen. Das erste Gespräch war noch diesen März, also vor drei oder vier Monaten. Ich wollte das Thema noch im April, kurz vor meinen Ferien erledigen.

L Dann war Ihre Entscheidungszeit doch relativ kurz mit sicherem Entschluss zur OP?

G Ja, ich wollte wegen meiner finanziellen Situation möglichst kein Risiko eingehen. Darum dachte ich mir: Enrique, fertig!

L Wer war eher die treibende Kraft bei dieser Entscheidung?

G Schliesslich habe ich entschieden. Sie hat aber meine Entscheidung begrüsst und mitgetragen.

[...]

L Hat die Entscheidung zur Unterbindung einen Bezug zu Ihrer Selbstdefinition von Männlichkeit? Wie sehen Sie sich als unterbundener Mann?

G Es ist kein Problem, ich sehe mich gleich männlich nach der Unterbindung. Ich denke, man trifft die Entscheidung selber. Der einzige Unterschied, man kann nachher keine Kinder mehr zeugen.

L Was bedeutet denn für Sie Männlichkeit?

G Männlichkeit,...dass der Penis funktioniert.

L Ja, die Erektion ist sicher ein zentrales Männlichkeitssymbol. Wir Männer definieren unsere Männlichkeit sicher stark mit dem erektionsfähigen Penis. Kennen Sie für sich noch andere Merkmale für Männlichkeit?

G Ausser die Haare und die Muskeln? Ich hoffe, der Körper bleibt möglichst lange gut erhalten. Und darüber hinaus vielleicht ein guter Charakter.

[...]

L Welche Hauptkriterien führen Sie für die OP auf?

G Ja, dass meine Zeugungsfähigkeit definitiv abgeschlossen sein wird.

L Können Sie sich auch andere Vorteile durch die OP vorstellen, z.B. in der Sexualität?

G Keine Pausen beim Sex machen zu müssen, z.B. Sex auch an fruchtbaren Tagen geniessen oder keine Pausen während des Geschlechtsverkehrs machen zu müssen. Wir machen Sex oft zuerst ohne und danach mit Gummi. Das ist eine tödliche Pause für mich.

L Warum ist die Pause tödlich? Für wen tödlich?

G Maria hat nie was gesagt, aber ich denke, für sie ist die Pause unangenehmer als für mich. Also ich meine, dass sie warten muss, bis ich den Gummi angezogen habe. Also hoffe ich, dass es ein richtiger Vorteil der OP sein wird.

[...]

17.7 Auszug Sexologisches Interview 1 mit B.T., geb. 1977, am 20.08.2019

- L Die ersten Fragen betreffen Ihre Sexualität. Wenn Sie an Ihren Penis denken, was kommt Ihnen spontan in den Sinn? Was haben Sie für Gedanken?
- T Ich denke, dass mein Penis oft sehr klein ist. Ich habe gehört, dass es Männer mit Fleisch- und andere mit Blutpenis gibt. So zähle ich mich zu den Männern mit einem Blutpenis (*lacht*). Im Alltag nehme ich ihn darum gar nicht so wahr. Es ist eine spannende Frage: In der Jugend, so mit ca. 15 Jahren, hat ein Kollege in der Schulpause so eine anzügliche Beckenbewegung gemacht. Ich verstand am Anfang gar nichts. Erst als ich es zuhause nachmachte, machte ich spannende körperliche Entdeckungen mit meinem Penis.
- L So war dies Ihre Initialzündung der bewusst wahrgenommenen Sexualität?
- T Ja, kann man so sagen. Obwohl, ein Kollege hat in meiner Kindheit an mir schon missbräuchliche sexuelle Handlungen vollzogen. Es hat aber nicht eine bestimmte Art der Penisbeziehung ausgelöst dadurch.
- L Was haben Sie bis aktuell für eine Beziehung mit Ihrem Geschlecht?
- T Als ich mein Geschlecht selbst entdecken konnte, war es natürlich eine erfreuliche Sache. Es konnte mir aber bisher niemand in den prägenden Jahren der Jugend die Frage beantworten, ob die Selbstbefriedigung gut sei oder ob sie zu vermeiden sei. Ich bemerkte auch, dass man es (SB) übertreiben kann: Ständig daran denken, es an Orten tun, wo es einen gerade reizt z.B. auf dem Heimweg von der Schule. Heute nehme ich aber eine entspannte, positiv konnotierte Haltung zu meinem Penis ein. Ein Symbol der Manneskraft. Wenn man mit der Frau zusammen ist, ist man froh um diese Kraft. In der Vergangenheit, in meinen frühen 20er Jahren hatte ich mit Pornografie meine Mühe, eine regelrechte Abhängigkeit. Zwischen 25 und 30 hatte ich dann Erektionsschwierigkeiten bekommen, musste die Selbstbefriedigung mit extremer Stimulation durchführen. Das war eine schwierige Phase.
- L Wenn Sie sich am Geschlecht berühren, was haben Sie für Gefühle oder Empfindungen?
- T Es kommt drauf an: Wenn es wie eine normale Berührung am Körper ist, keine spezielle Empfindung. Wenn er aber erregt ist, dann sind die Empfindungen stärker. Es ist ein schönes Gefühl, eine Wärme durch das einströmende Blut. Man hat dann was in der Hand (*lacht*). Die Hand-Höhle wird gefüllt, oder auch in liegender Position. Ich merke auch die Verbindung Penis – Hirn: Es geht auch was im Kopf ab.
- [...]
- L Wo stehen Sie gerade bezüglich dem Kinderwunsch oder der Familienplanung?
- T Wir haben drei Kinder: Fünf, vier und ein Jahr alt. Ich habe mit 31 Jahren geheiratet, meine Partnerin ist 8 Jahre jünger. Danach hatten wir noch Ehezeit zu zweit. Zu

Beginn hatten wir keinen konkreten Kinderwunsch. Trotzdem wollten wir im Falle von Kindern nicht, dass ich ein zu alter Vater werde. Es war eine der grossen Entscheidungen, die man nie so bewusst gefällt hat, sondern wir sagten uns, irgendwann haben wir dann Kinder. Es war normal und klar für uns. Vor jedem Kind hat es sofort eingeschlagen, fast beängstigend (*lacht*). Nach drei Kindern, die sehr lebendig und aktiv sind, haben wir uns gesagt, es ist sowohl für meine Frau als auch für mich genug.

L Wie lange war Ihre eigene oder die gemeinsame Entscheidungszeit?

T Von der Geburt des dritten Kindes bis aktuell, also etwa ein Jahr. Vor einem halben Jahr gingen wir noch davon aus, dass es noch ein viertes Kind geben könnte. Wir liessen es sogar ohne Verhütung noch darauf abkommen. Aber dachten dann kurz darauf, nein jetzt ist fertig mit der Kinderplanung.

L Also ist es doch gut überlegt gewesen mit einer gewissen Bedenkzeit? Können Sie sich trotzdem vorstellen, dass Ihnen die Frage des Kinderwunsches später im Leben nochmals begegnet?

T Ja, es war gut überlegt, und ja, ich kann es mir gut vorstellen. Wir hatten gerade gestern darüber gesprochen. Was ist denn in fünf oder sechs Jahren, wenn wir dann nochmals ein Kind haben möchten? Wir sagten uns, ja, es kann sein – vielleicht in Extremsituationen – aber wir fanden den Entscheid jetzt trotzdem richtig für uns. Einerseits wäre der Altersabstand zu unseren Kindern dann doch etwas gross und andererseits im Todesfall meiner Partnerin, kann ich mir sagen, ich hatte die Chance, Gott hat mir drei Kinder geschenkt, und es ist gut so für mein Leben. Aus heutiger Sicht ist es genug.

[...]

L Hat die Unterbindung einen Einfluss auf Ihr Verständnis von Männlichkeit?

T Ja, ganz gering, der Gedanke kommt mir einfach. Die zweite Potenz der Zeugungsfähigkeit geht nun weg.

L Was bedeutet für Sie ganz persönlich Männlichkeit?

T Für mich wird die Männlichkeit doch nicht zentral betroffen, so meine Meinung. Abgesehen vom Nicht-mehr-Zeugen-können. Die Männlichkeit liegt einerseits in der Biologie, in den Chromosomen, andererseits in der Psyche: Ich bin ein feinfühliges, aber auch ein kampffähiges Wesen. Mit Stärke und Überwindungsfähigkeit. Meine Frau mit drei Kindern steht auf einem anderen Niveau als ein Grenadier (*lacht*). Vor allem auch was Frauen aushalten können. Zusätzlich kommt der Charakter als Eigenschaft hinzu: Ein Mann, der zu seinem Wort steht, der seine Sache durchzieht, auch wenn es anderen nicht passt. Auch etwas Heldentum im positiven Sinne, so würde ich sagen. Helden sind für mich Männer, die nicht nach dem Lust-und-Laune-

Prinzip leben, sondern nach inneren Überzeugungen und Prinzipien leben. Sie unterstützen ihre Mitmenschen, helfen ihnen und beschützen ihre Familie. Sie nehmen ihre Verantwortung wahr und leben als Vorbilder ihrer Kinder in der Erziehung. Man kann alles kaputt machen, oder man kann sich Mühe geben, wie man sich gibt. Dies hat einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder. Ich selbst habe dies sehr positiv erlebt zuhause früher. Männlichkeit, also „seinen Mann stehen“ im Leben, im Alltag, in der Beziehung.

L Gibt es auch äusserliche Merkmale?

T Ja, wahrscheinlich eher ein kräftig gebauter Mann, als ein dünner Strich von Mann.

[...]

17.8 Auszug Sexologisches Interview 2 mit E.G., geb. 1974, am 24.09.2019

[...]

L Wie ist es Ihnen am OP-Tag ergangen? Unmittelbar vor, während und nach der Unterbindung?

G Ehrlich gesagt, ich war nicht nervös. Meine Partnerin hat mich begleitet, da sie sowieso in der Nähe des Spitals arbeitet. Es war fast gemütlich, ich fühlte mich gut empfangen, nett begrüsst. Aber ganz unmittelbar vor der OP war ich doch etwas aufgeregt und nervös. Ich musste dann nochmals auf die Toilette. Etwas Angst hatte ich dann schon.

L Ah die Blase hat auf Ihre innere Unruhe und Nervosität reagiert! Und nach der OP? Wie ging es Ihnen dann? Was hat Sie beschäftigt?

G Ja, dass es wieder funktioniert mit der Erektion! (*lacht*)

L Hat Sie etwas gefreut oder hat ihnen etwas Mut gemacht am OP-Tag für die Zeit danach?

G Die gute Betreuung und die Erektion auf dem Nachhauseweg vielleicht?!

[...]

L Wie kam Ihre Sexualität in der Partnerschaft wieder in Gang nach der Unterbindung?

G Es war – so glaube ich – eine Woche, acht Tage nach der OP. Wir waren sehr vorsichtig, weil ich ja noch die Fäden an den OP-Zugängen hatte und die Knoten, die noch zu spüren waren. Wir gingen es behutsam an zusammen. Es kam da auch zu einem Orgasmus mit Ejakulation.

L War das ihre erste sexuelle Aktivität nach der OP oder hatten Sie schon vorher Selbstbefriedigung gemacht?

G Ja, einen Tag vor dem ersten Sex mit der Partnerin, also nach sieben Tagen, hatte ich masturbiert.

- L Wie haben Sie die ersten sexuellen Aktivitäten erlebt?
- G Ich war immer noch sehr vorsichtig, aber ich war sehr erleichtert, dass alles gut funktioniert hat.
- L Im Vergleich zu vor der Unterbindung: War es anders? Oder wie waren da Ihre Empfindungen?
- G Gleich denke ich.
- [...]
- L Und nach der Unterbindung: Haben sich bis jetzt neue Erfahrungen ergeben in der Sexualität? Vielleicht in Bezug auch zur sexuellen Lust und dem Genuss beim Sex?
- G Ich habe immer noch Lust. Aber wenn ich genau nachdenke, empfinde ich ein wenig mehr Lust jetzt.
- L Wie können Sie sich das erklären?
- G Meine Erklärung hierzu ist, dass ich von den Gedanken her eine gewisse Freiheit spüre, nun frei ejakulieren zu können. Und dies bei oder in meiner Partnerin.
- L Nun ohne Kondom oder Verhütungsmethode.
- G Ja genau. Das ist mir vermehrt gedanklich präsent gewesen. Jetzt endlich kann ich in Ruhe ohne Probleme Sex haben.
- L Dann haben Sie offensichtlich eine innere Entspannung wahrgenommen?
- G Ja genau, denn ich weiss, jetzt kommen keine Kinder mehr, kein Stress also. Ein Weiterleben mit meiner Partnerin.
- [...]
- L Hat die Unterbindung Ihre Einstellung zu Männlichkeit etwas verändert? Und wenn ja, wie?
- G Nein.
- L Wie beschreiben Sie für sich persönlich Männlichkeit?
- G Hauptsache die Erektion funktioniert! Für mich ist es nicht entscheidend, ob Spermien im Ejakulat drin sind.
- L Was muss ein typischer Mann sonst noch für Eigenschaften erfüllen für Sie?
- G Er muss Charakter haben, eine gewisse Persönlichkeit ausstrahlen. Er definiert sich nicht über die sexuelle Orientierung. Auch ein schwuler Mann kann Männlichkeit ausstrahlen.
- L Bei den Charaktereigenschaften denken Sie primär an was genau?
- G Er sollte eine Meinung oder Richtung seines Strebens haben und dies auch konsequent verfolgen.
- L Gibt es auch äusserliche Merkmale oder ist dies weniger wichtig für Sie?
- G Das ist weniger wichtig in meinen Augen.
- [...]

- L Nun noch einige Fragen zum Schluss: Nach der medizinischen Aufklärung habe ich mit Ihnen ein sexologisches Interview geführt. Letzteres war etwas Neues, Besonderes, das Männern vor der Unterbindung normalerweise nicht angeboten wird. Wie fanden Sie das Gespräch vor der Unterbindung, was war besonders wertvoll, oder auch hilfreich bezüglich der eigenen Sexualität als Mann?
- G Die Fragen waren für mich fremd, etwas komisch. Ich habe mich bisher nicht mit solchen Fragen beschäftigt (*gemeint: Bezug zum Penis, Selbstbetrachtungen im Spiegel nackt und in sexueller Erregung etc.*). Meine Gedanken waren, ich komme hierher zur Unterbindung, aber nicht zur Besprechung dieser intimen Dinge, ob ich den Penis anschau, berühre oder solche Dinge.
- L Haben diese Fragen bei Ihnen etwas ausgelöst? Hat es irgendein Interesse geweckt?
- G Ich habe es komisch gefunden. Nein eigentlich nicht. Ich bleibe immer noch gleich nach der Unterbindung und bin zufrieden.
- L Was war Ihr Gefühl am Ende des ersten sexologischen Interviews vor der OP? War es eher positiv, ausgeglichen oder gar negativ?
- G Normal denke ich.
- L Sie waren ja zu Beginn sehr positiv der Unterbindung gegenüber eingestellt. Im Vergleich zum kurzen medizinischen Aufklärungsgespräch ganz am Anfang, haben Sie da im Interview doch noch etwas Spezielles erlebt? Oder hat sich ein Nutzen für Sie ergeben? Konnten die Fragen Ihnen etwas aufzeigen?
- G Nichts Spezielles.
- L Was halten Sie von einem solchen Angebot eines sexologischen Gesprächs vor der Unterbindung? Haben Sie eventuell Verbesserungsvorschläge?
- G Das ist eine schwierige Frage. Jede Person ist anders. Es sind ja sehr intime Fragen, die vielleicht nicht jeder beantworten möchte.

[...]

17.9 Auszug Sexologisches Interview 2 mit B.T., geb. 1977, am 21.10.2019

[...]

- L Wie haben Sie denn den Operationstag empfunden, wie erging es Ihnen da?
- T Es kam das auf mich zu, was ich mir vorgestellt habe. Im OP hat mir der Operateur die Samenleiterteilstücke über das OP-Tuch zur Ansicht präsentiert. Ich fand es nicht schlimm, aber komisch beim Anblick.
- L Wurden Sie angefragt, ob Sie es sehen wollen?
- T Nein, er hat es mir ganz spontan gezeigt. Es war kein Problem für mich, ich fand es aber doch etwas komisch. Die Vorbereitung zur OP war gut, der Ablauf und auch

danach erging es mir gut, ich hatte kaum Schmerzen. Er desinfizierte zu Beginn den Hodensack und injizierte das Lokalanästhetikum über mehrere feine Einstiche unter die Haut. Danach konnte er die OP ohne Schmerzen bei mir durchführen. Nach der OP musste ich noch eine Stunde liegen, dann konnte ich wieder aufstehen und umhergehen.

[...]

L Gab es in der postoperativen Zeit auch mentale, psychische Hürden oder Herausforderungen für Sie?

T Wie ich zu Beginn gesagt habe, gingen mir trotzdem Gedanken durch den Kopf: Jetzt bist du kein richtiger Mann mehr. So als spontanes Gefühl.

L Nach dem Motto: Jetzt haben wir Tatsachen geschaffen!

T Genau. Und gerade gestern, mehr als fünf Wochen nach der Unterbindung hat mir meine Frau nach einer beruflich strengen Zeit gesagt: Du, ein viertes Kind wäre doch noch schön gewesen. (*lacht*) Die Bemerkung war schon im Spass gesagt worden. Aber dennoch kann es sein, dass wir mit unserer Entscheidung noch nicht durch alles Abwägen hindurchgekommen waren. Schnell konnten wir uns aber die rationale Entscheidung darlegen: Wir haben drei lebendige Kinder, und es war gerechtfertigt. Aber trotzdem kommt man bei diesen Gedanken schnell ins Schleudern.

L Sie meinen diese Gedanken und Zweifel, ob Sie es jetzt mit der Unterbindung richtig gemacht haben?

T Ja genau.

L Ich denke, dass es zu einem solchen Prozess dazugehört. Auch bei einem festen Entschluss können die unerwünschten Gedanken immer noch aufflackern. Es wird einem bewusst, nach der Entscheidung kann ich den anderen Weg, jenen der erhaltenen Zeugungsfähigkeit, nicht mehr gehen. Es ist ein Abschiednehmen, bei Ihnen vom vierten Kind. Und Abschied ist meist mit Wehmut verbunden, man lässt los.

[...]

L Wie erging es Ihnen mit der Sexualfunktion? Mit der Libido und den Erektionen? Wie kam die sexuelle Aktivität wieder in Gang?

T Die Zeit von der OP bis ca. eine Woche danach, bis zu dieser Schmerzepisode, hatte ich einen „Taucher“: Bis dahin hatte ich weder Erektionen noch sexuelle Lust verspürt. Ab dem 7. Tag, vielleicht weil ich gehört hatte, dass ich wieder dürfe, kam die Lust wieder auf. Auch die Erektionen kamen wieder wie zuvor.

L Hatten sie bezüglich der sexuellen Aktivität Ängste?

- T Ja, ich wusste nicht, was es für Gefühle auslösen würde, wenn alles sehr sensibel ist, ob es Schmerzen geben würde, oder wie sich der ganze Orgasmus anfühlen würde. Da habe ich geschwitzt, als ich das erste Mal Selbstbefriedigung machte. Ich hatte damals dreimal Selbstbefriedigung gemacht, weil ich noch keinen GV mit meiner Partnerin riskieren wollte. So kann ich es selbst und sanfter gestalten.
- L Dann haben Sie selbst das Ruder in der Hand!
- T Ja genau. Es brauchte schon eine rechte Überwindung das erste Mal. Es hat aber dann alles einwandfrei funktioniert, ausser die erwähnten „Nebengeräusche“ (*gemeint: postoperativ postejakulatorische Beschwerden*).
- L Haben Sie dieses Gefühl als negativ, unangenehm empfunden?
- T Ja, doch ein wenig, es hielt ja etwa eine halbe Stunde an, ging in der Intensität leicht zurück und ist eigentlich jetzt noch leicht zu spüren.
- L Immer noch unangenehm zu spüren?
- T Nein, aktuell nicht mehr.
- L Hatten Sie Angst um die Erektion.
- T Nein überhaupt nicht. Sie war wieder da, mit der Freude, dass alles gut gegangen ist. Auch der Orgasmus fühlt sich genau gleich wie vor der Unterbindung an.
- L Gab es Veränderungen bezüglich Erregungsaufbau und Orgasmusgefühl bei der Selbstbefriedigung?
- T Ich hatte zuerst Angst, ob es wieder kommt so nach einer Woche, wenn vom Körper her absoluter Stillstand besteht. Aber seit dem Neubeginn ist es nicht anders. Es ist auch schwierig, den einen mit dem anderen Orgasmus abzuwägen; die sind ja von der Intensität her nicht immer gleich.
- [...]
- L Wie meldete sich die Sexualität zurück, gab es Gedanken oder körperliche Signale?
- T Am Abend kurz vor dem Einschlafen hatte ich eine Erektion. Ich wusste, jetzt ist eine Woche seit der OP vorbei, und jetzt wäre es wieder möglich.
- L Hat das Warten auch einen gewissen Effekt gehabt?
- T Ich hatte das Gefühl, dass ich gerade am Anfang besonders sexuell aktiv war. Aber vielleicht war es auch die Freude über die wiedererwachte Sexualität.
- [...]
- L Wenn Sie sich auf das Positive des Settings konzentrieren, was können Sie da erkennen? Insbesondere zu Fragen der sexuellen Erregung, dem Selbstverständnis als Sexualpartner und der Männlichkeitsdefinition? Die Fragen kamen ja auch unvorbereitet für Sie.
- T Ich sehe einen Gewinn für die medizinische Forschung, für die Gesellschaft und auch für mich: Es war doch spannend, Ihre Fragen zu hören, und auch was Sie sich

für Gedanken machen. Da und dort haben Sie ja etwas eingeflochten, worüber ich mir nie Gedanken gemacht hätte. Interessant war auch die Erklärung zum sexuellen Reiz. Ich kam ja mit der Überzeugung, dass die Erregung vom Kopf her ausgelöst wird. Und Sie haben dies etwas entkräftet.

L Können Sie ein solches sexologisches Beratungssetting empfehlen? Oder sehen Sie Einschränkungen, Hürden?

T Erstens würde ich drei, vier sexologische Kernfragen zu Beginn als Orientierung präsentieren und das Interesse des Klienten dazu abwarten. Sie haben es zu Beginn ja gesagt, aber man kann sich vielleicht alles vorstellen. Man kann sich dann etwas vorbereiten und fühlt sich nicht so überrumpelt oder überfordert. Zweitens würde ich statt der Forschung und der Studie eher den persönlichen Gewinn hervorheben. Vielleicht mit der Frage: Was wollten Sie zu Ihrer Sexualität schon lange mal wissen, es gäbe die Möglichkeit diese Fragen eingehender zu diskutieren. Man hätte hier die einmalige Gelegenheit von einer Fachperson diese intimen Fragen beantwortet zu kriegen anstatt aus anderen weniger zuverlässigen Quellen.

[...]

17.10 Auszug Referenzinterview mit J.R., geb. 1974, am 27.07.2019

[...]

L Wie ist Ihre Situation bezüglich Kindern? Sie haben doch einen Sohn?

R Ja, ich habe einen 10-jährigen behinderten Sohn aus der Beziehung mit meiner Ex-Frau. Mit meiner Partnerin bin ich schon acht Jahre zusammen. Ich bin demzufolge noch stark mit seiner Betreuung engagiert. Seit dem Absetzen der Pille hat sich die Sexualität merklich verbessert. So hatten wir uns abgesprochen, dass sie zuerst mit der Pille die Verhütung übernimmt und es angesichts der Gesamtsituation am besten wäre, wenn ich mich nun unterbinden lassen würde. Unsere Sexualität hat sich verbessert, ist freier geworden. Es ist also ein gemeinsamer Entschluss gewesen, sie wollte als 45-jährige Frau sicher nicht mehr schwanger werden.

L Nun folgen einige sexologische Fragen, die die Kandidaten, die ich zusätzlich vor der Vasektomie interviewe, auch gestellt kriegen. Wenn Sie an ihren Penis denken, was geht in Ihnen vor, was haben Sie für Gefühle? Es ist eine Frage, bei welcher es um die Beziehung zum eigenen Geschlecht geht. Und sie wird sowohl Frauen als auch Männern gestellt. *(Kurze Erklärung „Beziehung zum eigenen Geschlecht“).*

R *(lacht).*

L Umgangssprachlich gibt es die Bezeichnung vom Penis als den kleinen Freund des Mannes. Ist er einer für Sie persönlich?

- R Ich kenne eine sehr verschiedenartige Beziehung zu meinem Penis: Er kann lustvoll oder entspannend sein. Er hilft mir zum Beispiel in der Selbstbefriedigung Stress abzubauen. Ich kenne keinen Zwiespalt mit meinem Penis. Es hat an der Beziehung nach der Unterbindung auch nichts verändert.
- L Was haben Sie für neue Erfahrungen gemacht, z.B. beim Ejakulieren, mit der sexuellen Lust oder der Erektion?
- R Es hat sich für mich nichts geändert. Vielleicht ist man jetzt mental freier, medizinisch hat sich die Sexualität wohl nicht verändert. Diese Freiheit bedeutet nun, dass wir als Paar uns nicht mehr um Kondome oder den weiblichen Zyklus kümmern müssen. Es war also immer etwas zu beachten beim Sex mit meiner Partnerin. Und dies fällt nun weg, das meine ich mit gewonnener Freiheit.
- L Sexualität kann ja als alle Erlebnisse mit erregtem Genitale bei der Selbstbefriedigung und beim Geschlechtsverkehr zusammengefasst werden. Haben Sie beim penetrierenden Verkehr neue Erfahrungen gemacht nach der OP?
- R Nein, es ergaben sich keine neuen körperlichen Erfahrungen.
- L Nun komme ich zum abschliessenden Interviewteil: Im Rückblick nun auf die OP, würden Sie diese nochmals vornehmen lassen? Oder würden Sie einem Mann, der sich mit einer definitiven Lösung der Verhütung befasst, aus Ihrer eigenen Erfahrung die Unterbindung empfehlen können?
- R Ich selbst würde es wieder für mich selbst entscheiden. In meinem Freundeskreis gibt es zwei Männer, die es mit völlig unterschiedlichen Erfahrungen schon gemacht haben. Oder sie haben völlig unterschiedlich reagiert. Ich würde es aber einem Mann nicht direkt empfehlen, da ich der Meinung bin, dass dieser Entscheid der betroffene Mann selbst fällen muss. Ich würde es wahrscheinlich weniger direkt empfehlen, als eher meine persönlichen Erlebnisse um die Entscheidungsfindung und die Unterbindung erzählen. Die Entscheidung sollte doch nicht von aussen kommen, sondern im Mann selbst reifen.
- L Sie meinen die Motivation muss vom Mann selbst kommen?
- R Ja genau. Ich kenne einen Mann, der die OP schon relativ jung machen liess und sich dann noch Jahre später unmännlich fühlte. Dieser hatte eine sehr turbulente Beziehungssituation hinter sich. Er kam mit einer neuen jungen Partnerin zusammen, die wahrscheinlich noch einen Kinderwunsch hatte, und er damals nicht mehr zeugungsfähig war. Ich kann mir vorstellen, dass eine freundschaftliche Empfehlung die Freundschaft zu späterer Zeit auch belasten kann.
- L Was können Sie aber einem anderen Mann zu bedenken geben, der die Entscheidung noch vor sich hat?

- R Mein zweiter Freund, der die OP auch bei Ihnen machen liess, war noch relativ jung, als er sich operieren liess. Er hatte mit seiner Partnerin ein Kind bekommen, das nicht gewünscht war. Ich glaube, es braucht noch eine gewisse Lebenserfahrung, um diesen Entscheid gut treffen zu können. Er war, so glaube ich, erst 28 Jahre alt, und das Leben kann sich doch so schnell ändern gerade in diesem Lebensabschnitt. Es gibt ja auch noch „Zwischenlösungen“ bis zu einem solchen definitiven Schritt, wie das Kondom etc.
- L Sie haben ja auch eine sichere Entscheidung gefällt. Sind Sie denn noch so sicher auf lange Zeit hin gesehen?
- R Ich bin sicher, dass es eine richtige Entscheidung für mein Leben war.
- [...]
- L Ihr Verständnis bezüglich Männlichkeit hat nach der OP nicht gelitten?
- R Nein, ich habe mich den typischen Männlichkeitsmerkmalen auch nie so unterwerfen wollen. Ich sah mich nie genötigt, diese zu erfüllen.
- L Wie würden Sie denn Männlichkeit für sich beschreiben?
- R Es hat sicher mit Kraft zu tun, mit Sport vielleicht, aber eigentlich ist es eher ein sogenanntes Gefühl.
- L Was gibt es hierzu für äusserliche Merkmale?
- R Haltung vielleicht, aber es ist nicht so festgefahren. Vielleicht liegt es daran, da ich sehr viele homosexuelle Männer in meinem Freundeskreis habe, und auch von sehr unterschiedlichen Nationalitäten meiner Freunde weiss. Männergruppierungen wie ein Fussballclub oder eine Männerclique – das ist nur eine Form von Männlichkeit.
- L Sie haben offensichtlich keine fixen oder einheitlichen Vorstellungen von Männlichkeit.
- R Man kann sich sicher in seiner Sexualität über seine Zeugungsfähigkeit definieren, aber bei dem Gedanken nun als unterbundener Mann habe ich keine Verlustgedanken oder Minderwertigkeitsgefühle.
- [...]

17.11 Auszug Referenzinterview mit M. N., geb. 1983, am 27.08.2019

- [...]
- L Was hat Sie im Rahmen der Unterbindung speziell beschäftigt? Was hat Sie gefreut, eventuell auch Mut für die Zeit danach gemacht?
- N Eigentlicher Beweggrund waren eigentlich meine zwei Kinder, meine Tochter ist 5 Jahre und der kleine Sohn ist sieben Monate alt. Meine Frau und ich waren danach überzeugt, dass wir keine weiteren Kinder bekommen wollen. Meine Frau hatte bisher praktisch das ganze Leben die Pille geschluckt, und so hatten wir

beschlossen, den Weg zu gehen, dass sie die Pille nicht mehr weiter einnehmen muss, und ich mich für die OP anmelde. Und so hatte ich mir gesagt, ich mache diesen Schritt auch für mich persönlich, weil ich jetzt keine weiteren Kinder mehr will. Und klar gäbe es noch Möglichkeiten danach (*gemeint: einen weiteren Kinderwunsch zu realisieren*). Aber letzteres ist momentan überhaupt kein Thema mehr.

[...]

L Wie erlebten Sie Ihre sexuelle Lust oder die Erektionen um diese Unterbindung?

N Für mich war interessant oder lustig zu beobachten, wie mein Körper darauf reagiert oder die Geschehnisse wahrnimmt. So hatte ich unmittelbar nach der Unterbindung eine überaus gesteigerte Empfindung und auch sexuelle Lust als sonst üblich bis ca. eine Woche nach OP. Viel mehr Lust auf die Dinge, die ich nun eigentlich nicht tun sollte. Es hat überhaupt nicht weh getan beim Akt.

L Die Erektionen waren also normal?

N Ja völlig normal. Erektion und Lustempfinden.

L Wie früh nach der OP haben Sie es wahrgenommen?

N Etwa zwei Tage. Mittlerweile hat sich die Sexualität aber wieder normalisiert.

L Wie spürten Sie Ihre sexuellen Bedürfnisse nach dem Eingriff wieder? Gab es spezielle Faktoren, die diese Bedürfnisse beeinflusst haben? Gab es eine Pause (*Karenz*) zwischen der letzten Selbstbefriedigung oder dem letzten Geschlechtsverkehr?

N Eine gute Frage. Etwa gleich wie vorher, es hat sich für mich nichts geändert. Die erste Selbstbefriedigung hatte ich nach einem Tag und Geschlechtsverkehr nach zwei Tagen.

[...]

N Nach der Unterbindung bis ca. zum Wegfallen der Hautfäden nach vier bis fünf Wochen hatte ich ein gesteigertes stärkeres Empfinden. Ich hatte meinen Körper viel mehr spüren können, vor allem was da unten im Becken und Genitale so abgeht. So hatte ich bei der Erektion sogar ein Gefühl für das Zusammenziehen der Prostata erhalten. Das Empfinden war viel intensiver als nachher.

L Wie würden Sie sich das Phänomen erklären? Waren auch unangenehme Empfindungen dabei?

N Nein, überhaupt nicht unangenehm. Ich hatte vielmehr gespürt, was der Körper während der sexuellen Aktivität macht.

L Kann es sein, dass das Bewusstsein der OP vor kurzem Ihre Wahrnehmung schärfen liess?

N Ja, vielleicht. Ich habe viel mehr wahrgenommen und auch besser, intensiver. Diese Phase flaute aber nach etwa vier bis fünf Wochen wieder ab.

[...]

L Und das Erreichen des Orgasmus und das Orgasmusgefühl selbst? Hat sich hier etwas verändert?

N Die Intensität war einfach gesteigert während der ersten vier bis fünf Wochen. Ich spürte mehr, wenn ich sie berührte oder sie mich. Danach glich es sich wieder der Situation vor der OP an.

L Wie genau erleben Sie nach der Unterbindung den eindringenden Geschlechtsverkehr mit ihrer Partnerin? Gibt es neue Empfindungen?

N Nein, genau gleich. Keine neuen Empfindungen, es ist gleich geblieben.

[...]

L Hat der Unterbindungseingriff Ihre Einstellung zum Männlichkeitsverständnis verändert?

N Nein, überhaupt nicht. Das hörte ich noch oft: „Du bist ja unterbunden und daher gar kein richtiger Mann mehr“. Dies kann ich gar nicht unterstützen oder diese Meinung teilen.

L Das ist auch gut so, dass Sie und alle unterbundenen Männer das so sehen können. Wie definieren Sie denn Männlichkeit für sich persönlich? Wie beschreiben Sie einen typischen Mann denn? Gibt es für Sie bestimmte Eigenschaften oder einen äusserlichen Beschrieb?

N Sicher das äussere Erscheinungsbild mit Grösse, Körperbau und natürlich das Geschlecht. Dazu gehört aber auch das Auftreten, dass er z.B. zu seiner Meinung stehen kann, dass er sich nicht stark von anderen Meinungen beeinflussen lässt und zu seiner eigenen Meinung stehen kann.

L Eine gewisse Widerstandsfähigkeit?

N Ja genau, dass er seine Sache durchziehen kann, und er sollte eine starke Schulter für seine Partnerin bieten können. Er sollte für seine Partnerin und seine Familie einstehen können.

L Es hängt also nicht alles vom Geschlechtsteil ab?

N Nein, überhaupt nicht.

[...]

L Könnten Sie sich vorstellen, künftig nochmals einen Kinderwunsch mit einer anderen Partnerin zu haben? Wie das Leben spielen kann, sind Überraschungen möglich und Männer werden später vielleicht nochmals mit dieser Frage konfrontiert.

N Jetzt kann ich meinen Entscheid klar begründen, dass wir zwei Kinder haben und ich respektive meine Frau keine weiteren Kinder mehr wollen. Was die Zeit bringt,

kann ich nicht sagen. So kann es sein, dass es nochmals Kinder geben wird. Man kann die Partnerin bei einer Trennung, einem Unfall oder durch Krankheit verlieren und somit wäre eine weitere Partnerschaft möglich.

[...]

17.12 Transkript des Interviews mit R. F. geb. 1978, am 01.11.2019

(Herr R.F. lehnte eine akustische Aufnahme während des Interviews ab)

Bezug zum Geschlecht: positive Gedanken, gute Funktion, nie Erektile Dysfunktion.

Hatte vor ca. zehn Jahren erstmals sexologische Beratung im Rahmen einer Paarkrise mit Ex-Frau, Beratungen alleine und zu zweit. Thema: Unterschiedliche sexuelle Bedürfnisse, keine qualitativen aber quantitative Differenzen. Hatten Beratungen über Jahre hinweg, er auch nach der Trennung ca. 2012 von Ehefrau, geb. 1974. Hat Kinder: 11-jährigen Jungen und 13-jähriges Mädchen.

Ziel der Beratung war das Erschaffen von sexueller Autonomie, er selbst war zuvor eher heterozentriert – im privaten, sportlichen und sexuellen Bereich.

Sexuelle Lust war damals unterschiedlich ausgeprägt, aber bis aktuell wichtig. Sexualität nimmt aber nun nicht mehr eine so dominante Stellung in seinem Lebensentwurf ein.

Lebte früher Selbstbefriedigung vor allem auf das Genitale fokussiert, war aber nicht interessiert oder sensibilisiert, den Körper einzubeziehen.

Erlebte nach Trennung Zeiten allein und in Kurzbeziehungen. War weiterhin in sexologischer Beratung und erlernte ein neues Körpergefühl, Schulung der Selbstwahrnehmung, d.h. ganzheitliche Körperwahrnehmung in der Sexualität mit genügend Zeit und weniger Fokus auf das Genitale allein, Einbezug anderer Körperzonen. Lebt jetzt in einer Fernbeziehung mit all ihren Vor- und Nachteilen.

Bezug zum eigenen Körper trotz „Reserven“ (Fettpölsterchen) entspannt, kann sich nackt auch in Erregung ansehen: Es kommen dann eher Gedanken wie: „Du sollst etwas mehr Sport machen!“

Erlebt den Geschlechtsverkehr mit der Partnerin viel entspannter, da er selbst entspannter sei, weniger fokussiert, kann seine Aufmerksamkeit in sexueller Erregung mit ihr schweifen lassen und kann auch geniessen. Genuss hat im Verlauf viel grössere Bedeutung erlangt.

Familienplanung: Hat zwei Kinder, beide als Wunschkind erlebt. Damals nicht zu viel Druck mit Partnerin gehabt, es schlug damals jeweils schnell ein.

Der Unterbindungswunsch kam erstmals frisch nach der Trennung auf: War emotional nicht stabil, aus Frust heraus: Will keine Kinder mehr zeugen („das will ich nicht nochmals mit Kindern erleben“). Hat bis jetzt immer noch intensiven Kontakt zu seinen Kindern und lebt in ihrer Nähe.

In der Beratung wurde ihm vom Entscheid zur Vasektomie abgeraten. Die Auswirkungen könnten bedeutender sein, als er es damals frisch nach der Trennung noch überblicken konnte. Von Kollegen hörte er zur Vasektomie gefragt nur: Es war alles super. Er hatte keine Details oder negative Auswirkungen aus den Kollegenberichten heraushören können. Eigene Überzeugung des Klienten: Medizinisch könnte er wahrscheinlich die Unterbindung gut ertragen. Er wisse aber nicht, was es für das Selbstwertgefühl bedeuten würde.

Männlichkeit: Autonomie, Sex haben können mit Erektion und Potenz zur Zeugung. Die Möglichkeit haben, Kinder zu zeugen, obwohl kein konkreter Wunsch mehr da ist. Eine körperliche Autonomie in diesem Gefühl wahrnehmend. Autonomie auch in anderen Bereichen (Sport, privat, Sexualität) wahrnehmen können. Fähigkeit zum Genuss oder Geniessen-Können ohne fixes Ziel. Die biologische Potenz.

Paarsexualität: Sie hat vor allem nach der sexologischen Beratung eine andere Bedeutung bekommen: Kein Müssen mehr, ein anderer Lebensinhalt, auch in Bezug zur Sexualität. Wandel von Heterozentriertheit (angewiesen auf Rückmeldungen des Umfeldes, von Seiten der Sexualpartnerin) zu mehr Autozentriertheit (bei sich sein, sich selbst wahrnehmend, Autonomie spüren).

Unterbindungswunsch: Ca. 2015 während einer kurzen Beziehung nochmals aufgekommen. Es war aber klar, dass es in dieser Beziehung keine Kinder geben sollte. Der Wunsch zur Unterbindung eher von ihr ausgehend, aus einer Angst heraus, es könne nochmals einschlagen. Sie mussten immer darauf achten, mit dem Kondom gut zu verhüten. Bald kam es dann zur Trennung und das Thema Verhütung war wieder vom Tisch.

Konsultation Urologe: In dieser Beziehungszeit kam es auch erstmals zur urologischen Aufklärung für eine Vasektomie: Es ging schnell, 10 Minuten vielleicht, trotzdem war es eine relaxte Atmosphäre in der Praxis. Wegen der Trennung von er damaligen Partnerin kam es aber nicht mehr zur Unterbindung.

Jetzige Beziehung: Partnerin 37-jährig, eher kein Kinderwunsch mehr, obwohl es auch keine Katastrophe wäre, wenn es nochmals einschlagen würde.

Aktuelles Gefühl vor möglicher Unterbindung: Seine Angst, dass ihm dann die Möglichkeit fehlen würde, ein Kind zu zeugen. Diese Körperfunktion als Teil männlicher Potenz, deren operative Beendigung eine für ihn ungeahnte Auswirkung haben kann.

Aktuelles Erlebnis: Einer seiner Kollegen liess sich vor zwei Monaten unterbinden. Dieser hat schon zwei Kinder aus einer ersten Beziehung, lebt aktuell getrennt von der damaligen Partnerin (geschieden). Er hat nun eine neue Partnerin. Eine depressive Erkrankung, die schon länger bekannt war, verstärkte sich nach seiner Unterbindung.

Einstellung zur sexologischen Beratung: Er findet die Ergänzung des Beratungsangebots vor der Unterbindung mit einer sexologischen Befragung sehr wertvoll für den betroffenen

Mann. So meint er: „Vielleicht hätte ich mich mit diesem speziellen Angebot bereits schon unterbinden lassen“ (*lacht*). Das Angebot fehlt und wäre aber eine sehr gute Ergänzung zum rein schulmedizinischen Setting.

18 Selbständigkeitserklärung

Thomas Luginbühl

Matrikelnummer: 22950

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Einfluss operativer Unterbindung auf die sexuelle Selbstsicherheit und das Selbstverständnis als Mann

**Zusammenhänge zwischen der Entscheidung zur Unterbindung und der
Bedeutung der Sexualberatung im präoperativen und postoperativen
Zeitraum**

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Graphiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Hettlingen

22.03.2020

Thomas Luginbühl