

Masterarbeit
Studiengang Sexologie III
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/Zürich

Einfluss der erektilen Dysfunktion nach einer radikalen Prostatektomie auf das Sexualleben des betroffenen Mannes

Einfluss der Operationsfolgen auf die sexuelle Selbstsicherheit
unter Einbezug des Modells Sexocorporel

vorgelegt von
Peter Steinmann



Erstgutachter*in: Beni Kneubühler
Zweitgutachter*in: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Abgabedatum:
22. August 2022

Zusammenfassung

In der vorliegenden Masterarbeit werden die Folgen einer partiellen oder vollständigen erektilen Dysfunktion bei Männern betrachtet, welche sich einer radikalen Prostatektomie unterzogen haben. Es wurden dafür vier Männer nach einer radikalen Prostatektomie in einem qualitativen Interview befragt.

Eine zentrale Frage dieser Arbeit war die Untersuchung der sexuellen Selbstsicherheit basierend auf den Komponenten des Sexocorporel vor und nach der radikalen Prostatektomie. Die Ergebnisse zeigen, dass die sexuelle Selbstsicherheit nach der Operation durch die erektile Dysfunktion abgenommen hat.

Eine weitere Frage betrifft die Bewältigungsstrategien der Interviewteilnehmer beim Umgang mit den Nachwirkungen der Operation. Hier geht es ebenfalls vor allem um den Umgang mit der erektilen Dysfunktion. Bei den Strategien erwähnten die Teilnehmer vornehmlich verschiedene PDE-5-Hemmer. In Bezug auf die psychischen Nachwirkungen sagten drei der vier Teilnehmer, dass sie psychisch keine Nachwirkungen hätten. Alle drei Personen sind Patienten desselben Urologen. Da Letzterer auch Sexologie studiert hatte, konnte er die Patienten zusätzlich sexologisch einwandfrei betreuen, sodass in diesem Bereich keine Fragen offenblieben. Dies war ein grosser Gegensatz zur Situation beim vierten Teilnehmer, der von seinem Urologen nur medizinisch aufgeklärt wurde und mit grossem Aufwand die sexologischen Fragen auf anderen Wegen allein abklären musste.

Dieser letzte Teilnehmer besuchte eine begleitende Sexualtherapie, welche nach seinen Angaben seine Heilung beschleunigt hat.

Schlussfolgerung: Wie in den Forschungshypothesen angenommen hat die sexuelle Selbstsicherheit durch die radikale Prostatektomie abgenommen.

Im Weiteren hat sich gezeigt, dass es von grosser Bedeutung ist, dass Patienten einer radikalen Prostatektomie mit ihren Partner*innen, sowohl medizinisch als auch sexologisch betreut werden, damit sie effektiv mit den Folgen der Operation umgehen können. Diese Betreuung kann durch einen entsprechend ausgebildeten Urologen oder durch einen Sexologen erfolgen.

Abstract

This master's thesis examines the consequences of partial or total erectile dysfunction in men who have had a radical prostatectomy. Four men who had undergone radical prostatectomy were interviewed in a qualitative study.

The central question was intended to examine sexual self-confidence based on the components of Sexocorporel, before and after radical prostatectomy. The results indicate that sexual self-confidence decreased after surgery due to erectile dysfunction.

An additional research question concerns the interview participants' coping strategies for managing the after-effects of the operation. Again, the responses focused on managing erectile dysfunction. In terms of physical strategies, the main physical strategy participants mentioned was various PDE-5 inhibitors. Three of the four participants said they had no psychological after-effects. Notably, all three patients worked with the same urologist, who had also studied sexology and was able to address patients' relevant concerns. These three patients reported that no sex-related questions remained unanswered. However, the fourth participant was only given medical information by his urologist and had to spend great effort to find answers to his sexological questions on his own through other channels. This last participant also attended a sexological therapy, which he reported to have accelerated his recovery.

Conclusion: As assumed in the research hypotheses, sexual self-confidence has decreased because of radical prostatectomy.

Furthermore, it has been shown that it is of great importance that patients who have undergone radical prostatectomy are cared for with their partners and receive both medical and sexological care so that they can cope effectively with the consequences of the operation. This care can be provided by an appropriately trained urologist or a sexologist.

Inhaltsverzeichnis

Persönliches Vorwort.....	1
1 Einleitung	3
1.1 Ausgangslage.....	3
1.2 Forschungsthema.....	4
1.2.1 Begründung der Themenwahl.....	4
1.2.2 Abgrenzungen	4
1.3 Forschungsfragen.....	5
1.4 Forschungsablauf.....	5
1.5 Forschungsmethode	6
1.6 Softwareunterstützung.....	6
1.6.1 Literaturrecherche	6
1.6.2 Qualitative Datenanalyse.....	7
2 Grundlagen	7
2.1 Prostata.....	7
2.2 Prostatakarzinom.....	8
2.3 Therapie des Prostatakarzinoms	9
2.3.1 Radikale Prostatektomie.....	9
2.3.2 Andere Therapieansätze	11
2.4 Das Modell Sexocorporel.....	12
2.4.1 Einheit von Körper und Geist, sexuelle Gesundheit	12
2.4.2 Körperübungen.....	13
2.4.3 Die sexuelle Entwicklung	13
2.4.4 Die vier Hauptkategorien des Sexocorporel.....	14
2.4.5 Veranschaulichung des Modells Sexocorporel.....	19
3 Forschungsstand.....	19
3.1 Literaturrecherche.....	19

3.2	Erektile Dysfunktion nach einer RP	20
3.3	Männlichkeit und Sexualität nach einer RP	20
3.4	Sexuelle Selbstsicherheit.....	21
3.4.1	Definition nach Sexocorporel	22
3.5	Bewältigungsstrategien für die Sexualität nach der RP	22
3.5.1	Veränderung der Sexualität	22
3.5.2	Unterstützung durch die Partner*in	23
3.5.3	Hilfsmittel zur Unterstützung der Erektion	23
3.5.4	Weitere Hilfsmittel.....	24
3.5.5	Zusammenfassung der Bewältigungsstrategien.....	24
4	Datenerhebung	25
4.1	Art der Datenerhebung	25
4.2	Interviewteilnehmer.....	25
4.3	Datenschutz und Forschungsethik.....	26
4.4	Entwicklung des Leitfadens	27
4.5	Erhebung der sexuellen Selbstsicherheit.....	27
4.5.1	Faktoren, welche die sexuelle Selbstsicherheit beeinflussen	27
4.5.2	Analysekategorien zur Bestimmung der sexuellen Selbstsicherheit.....	28
4.6	Leitfadeninterviews	28
4.7	Skalenbögen.....	29
4.8	Transkription.....	29
4.9	Datenanalyse,.....	30
	Bildung zusätzlicher induktiver Analysekategorien.....	30
4.10	Tabelle der Analysekategorien	31
5	Ergebnisse	35
5.1	Veränderungen der Komponenten des Sexocorporel	35
5.1.1	Physiologische Komponenten.....	35
5.1.2	Kognitive Komponenten.....	40
5.1.3	Sexodynamische Komponenten	42

5.1.4	Beziehungskomponenten	44
5.2	Bewältigungsstrategien fürs veränderte Sexualleben.....	46
5.3	Legende zur Ergebnistabelle	51
6	Diskussion	51
6.1	Veränderung der Komponenten des Sexocorporel	52
6.1.1	Physiologische Komponenten.....	52
6.1.2	Kognitive Komponenten.....	53
6.1.3	Sexodynamische Komponenten	54
6.1.4	Beziehungskomponenten	54
6.2	Strategien zur Bewältigung der Operationsfolgen	55
6.2.1	Physische Strategien	55
6.2.2	Psychische Strategien	55
6.3	Aufgaben der begleitenden Fachpersonen (Arzt, Psychologe).....	56
6.4	Forschungsfragen und -thesen	57
6.4.1	Einfluss der RP auf die sexuelle Selbstsicherheit	57
6.4.2	Angewendete Strategien zur Bewältigung der OP-Folgen	59
6.4.3	Wirkung einer sexologischen Beratung für die Bewältigung der OP-Folgen	59
7	Zusammenfassung und Ausblick.....	59
7.1	Zusammenfassung der Erkenntnisse.....	59
7.2	Ausblick	60
8	Schlusswort	61
	Literaturverzeichnis.....	62
	Anhang.....	66

Persönliches Vorwort

Als ich vor 43 Jahren im Ashram in Poona eine wunderbare neue Welt kennenlernte, in welcher alle gesellschaftlichen Konventionen von zu Hause nicht mehr galten, in der ich lernte «Du bist gut, so wie du bist», was mir zu Hause noch niemand gesagt hatte, in der ich erfuhr, dass nichts im Leben wichtiger war, als das «Hier und Jetzt», weil dies der einzige Moment ist, in dem das Leben wirklich stattfindet. In dieser neuen Welt in der alle versuchten, nach ihren wahren Gefühlen, nach ihren Herzen zu leben und nichts zu unterdrücken, was für sie wichtig ist, in der die Menschen auch die Bedürfnisse ihres Körpers wahrnehmen und achten lernten und in der sie zu spüren begannen, dass neben Meditation und Spiritualität auch die Sexualität ein wichtiger, befreiender Ausdruck unseres Körpers und unserer Seele ist, und sie diese, wenn sie sich von anderen Menschen angezogen fühlten, genussvoll und entspannt lebten, wo, wann und mit wem sie sich ergab. Diese neue Welt war für mich eine unfassbare Erfahrung, wie ein wunderschöner Traum. Damals, als ich all dies in Poona erleben durfte, wusste ich noch nicht, dass ich viel später in meinem Leben einmal Sexologie studieren würde.

So wie ich vor 43 Jahren zufällig in Poona landete, bin ich auch «zufällig» im Masterlehrgang des ISP gelandet. Vor dreieinhalb Jahren, als ich durch eine Freundin von diesem Lehrgang erfuhr, hatte dieser bereits begonnen und ich musste alles geben, wenn es mir gelingen sollte, noch auf den fahrenden Zug aufzuspringen. Für mich war innert einer Woche klar, dass dies das Studium für mich ist und ich, wenn irgend möglich, daran teilnehmen möchte. Obwohl schon drei Vorlesungen vorbei waren, durfte ich mich doch noch einschreiben. Dafür bin ich sehr dankbar.

Nun sind die dreieinhalb Jahre Studium bereits hinter mir und was vor 43 Jahren als Keimling begann und sich wie ein feiner Faden durch mein ganzes Leben zog, ist mit dem Studium aufgeblüht und weitergewachsen und hat nun einen wissenschaftlichen Hintergrund bekommen, was den Keimling zu einer kräftigen Jungpflanze hat gedeihen lassen. Durch das Studium sind so viele neue, wertvolle Erkenntnisse im physiologischen, im kognitiven, im sexodynamischen und im Beziehungsbereich dazugekommen, dass ich diese Studienjahre reich beschenkt verlasse.

Dies war möglich durch den lebendigen und spannenden Unterricht, durch die vielen Arbeiten und Übungen, die dazugehörten, und natürlich auch durch den lebhaften Austausch mit meinen Kommilitoninnen und Kommilitonen, mit denen der entspannte Umgang mit allen sexologischen Themen im Alltag zur Selbstverständlichkeit wurde.

Das regelmässige Zusammentreffen im Unterricht und der regelmässige Austausch wird mir fehlen. Dafür gibt es jetzt Zeit, dass meine Jungpflanze weiterwachsen kann, einerseits durch Weiterbildungen und andererseits hoffentlich bald durch eine eigene Praxis, in der

ich all meine sexologischen Kenntnisse und Erfahrungen noch vertiefen und weitergeben kann.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

In fast allen Gesellschaften ist attraktive Männlichkeit mit Leistung, Erfolg, Überlegenheit und Macht verbunden. Diese Ausrichtung auf Leistung und Erfolg hängt damit zusammen, dass Männer dazu neigen, ihren Körper zu instrumentalisieren, d. h., dass sie ihn vornehmlich als Mittel zum Zweck wahrnehmen und ihn als eine Maschine betrachten. Es wird vom Mann erwartet, dass er durchhält und funktioniert. Diese Sicht des Körpers findet sich in allen Lebensbereichen wieder: im Beruf, in der Freizeit sowie in der Sexualität (Brandes, 2002, S. 219–220). Funktioniert der Körper einmal nicht, so haben die Männer das Gefühl, sie würden von ihrem Körper im Stich gelassen.

Diese Haltung war auch bei Männern, die am Interview teilnahmen, spürbar. Die Erregungsfunktion ihres Penis war bis zur radikalen Prostatektomie (RP) voll funktionsfähig. So war es nicht nötig, sich über den Penis und seine Funktion Gedanken zu machen.

Eine RP ist daher für einen Mann ein tiefgreifender Eingriff. Mit dem Entfernen der Prostata wird das Zentrum seiner biologischen Männlichkeit verletzt. Innert Stunden verliert der betroffene Mann vollkommen oder partiell seine Fähigkeit, eine Erektion zu bekommen. Wie oben beschrieben ist diese für die Mehrheit der Männer sehr zentral, um ihren männlichen Archetyp, die Intrusivität, zu leben und auszudrücken.

Auch ohne diesen Eingriff wird die Erektion der Männer mit zunehmendem Alter schwächer. Es ist jedoch ein langsamer Prozess, welcher den Männern die Möglichkeit gibt, sich mit den eintretenden Veränderungen auseinanderzusetzen und zu lernen, damit umzugehen. Bei der RP stehen die betroffenen Männer plötzlich vor der vollendeten Tatsache ihrer teilweisen oder vollständigen Impotenz. Nur wenn die Operation (OP) nerverhaltend ausgeführt wurde, lässt sich die Potenz zum Teil und im Laufe der Zeit wieder zurückerlangen, was den Schaden lindert. Die meisten Ärzte weisen auf diese bedeutenden Umstände hin, jedoch werden die Patienten sexologisch oft wenig betreut und beraten, da die meisten Ärzte weder die notwendige Zeit noch das erforderliche Wissen dafür haben (Stucki, 2017, S. 66).

Es sind zahlreiche Männer, die sich mit diesem Thema auseinandersetzen müssen. Die RP wird in der Schweiz im Durchschnitt etwa 2400-mal pro Jahr ausgeführt (Touch et al., 2018, S. 81).

So ist es von Bedeutung, zu untersuchen, wie aktuell betroffene Männer diese plötzliche, zentrale Veränderung wahrnehmen, wie sich ihre sexuelle Selbstsicherheit dabei entwickelt und welche Möglichkeiten sie entdecken, damit umzugehen.

Um die Auswirkungen einer RP sexologisch besser zu verstehen, wird bei der Untersuchung das Modell Sexocorporel angewendet, welches die Veränderungen in den vier Hauptkategorien Physiologie, Kognition, Sexodynamik und Beziehung untersucht.

1.2 Forschungsthema

1.2.1 Begründung der Themenwahl

Das Prostatakarzinom ist mit 28 % aller Krebserkrankungen die häufigste Krebserkrankung bei Männern. In der Zeitperiode von 2014 bis 2018 waren es in der Schweiz durchschnittlich 6600 betroffene Männer pro Jahr (Krebsliga Schweiz, 2022, S. 4), die daran erkrankten. Ein gutes Drittel dieser Fälle (ca. 2400 pro Jahr) wurden mit einer radikalen, möglichst nerv-erhaltenden Prostatektomie behandelt (Touch et al., 2018, S. 81). Diese gilt als Goldstandard für eine kurative Behandlung von Patienten mit einem organbegrenzten Prostatakarzinom (M. L. Schmidtke, 2018, S. 50).

Wie im Kapitel 1.1 erwähnt, ist die RP ein tiefgreifender Eingriff für die betroffenen Männer. Durch eine nachfolgende teilweise oder vollständige erektile Dysfunktion (ED) kann sie das Sexualleben des betroffenen Mannes und seiner Partnerin stark beeinflussen. Insbesondere kann die sexuelle Selbstsicherheit der Männer in Mitleidenschaft gezogen werden. Zudem ist eine sexologische Begleitung der betroffenen Männer oft nicht gewährleistet, da die meisten behandelnden Urologen nicht die entsprechende Ausbildung haben.

Eine Untersuchung der sexuellen Selbstsicherheit unter Einbezug des Modells Sexocorporel sowie der Einfluss der Begleitung dieser Männer vor und nach der OP kann mehr Klarheit schaffen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

1.2.2 Abgrenzungen

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf heterosexuelle Männer mit einem Alter von über 50 Jahren, für welche Sexualität von grosser Bedeutung ist. Die RP soll mindestens ein halbes Jahr zurückliegen, damit die Einflussfaktoren der OP stabilisiert sind. Ausserdem wird nicht beachtet, ob die betroffenen Personen wiederholt an einem Prostatakarzinom leiden.

Betreffs der Forschungsarbeit ist zu erwähnen, dass drei der vier Interviewteilnehmer dem Autor durch Thomas Luginbühl (Urologe mit Sexologiestudium Master of Arts MAS II) vermittelt worden sind. Erst während der Arbeit wurde es für den Autor deutlich, dass dies auf die Arbeit und die Auswertung Folgen haben kann, da diese Teilnehmer von der Betreuung durch Luginbühl geprägt sind. Der vierte Teilnehmer wird von einem anderen Urologen betreut. So ergibt sich mit ihm ein Referenzpunkt ausserhalb der drei Patienten von Luginbühl.

Abschliessend sei erwähnt, dass eine Stichprobe mit vier Männern keinen Anspruch auf repräsentative Ergebnisse erheben kann. Die Ergebnisse dieser kleinen Stichprobe geben einen Anhaltspunkt, wie diese vier Männer mit den Folgen der RP umgehen und gegebenenfalls Hinweise auf weitere Forschungsthemen.

1.3 Forschungsfragen

Um Veränderungen nach einer RP zu untersuchen, wurden folgende Forschungsfragen gestellt:

1. Wie verändert sich die sexuelle Selbstsicherheit des betroffenen Mannes nach einer RP mit nachfolgender erektiler Dysfunktion unter Einbezug des Modells Sexocorporal?
2. Welche Strategien werden von den operierten Männern angewendet, um die Nachwirkungen der RP auszugleichen?

Es ergeben sich die folgenden Forschungsthemen:

1. Eine RP und die meist damit einhergehende ED hat einen negativen Einfluss auf die sexuelle Selbstsicherheit des Mannes.
2. Von einer RP betroffene Männer, welche eine sexualtherapeutische Begleitung erhalten, können Strategien entwickeln, die sie bei der Bewältigung der Veränderungen in der Sexualität unterstützen.

1.4 Forschungsablauf

Zu Beginn wurde der aktuelle Wissensstand durch eine Literaturstudie ermittelt. Anschliessend wurde der Interviewleitfaden entwickelt, sodass er die Veränderungen, welche durch die OP entstanden sind, erfassen konnte.

Ende Mai wurden die vier Männer, welche für die Befragung zugesagt hatten, für Interviewtermine angeschrieben.

Alle Männer waren kurzfristig verfügbar und so konnten alle vier Interviewteilnehmer innert einer Woche im Juni befragt werden. Nach den Interviews wurden die Aufnahmen zur Transkription gegeben, sodass Ende Juni alle Transkripte vorlagen.

Somit war es möglich, die Interviews im Juli mit MAXQDA zu codieren. Nach dem Codieren wurden die Interviews ausgewertet und dann in den Ergebnissen zusammengefasst.

Die ausgewerteten und zusammengefassten Ergebnisse wurden parallel im Kapitel Ergebnisse in die Arbeit geschrieben.

Im Juli und August 2022 wurde die Arbeit geschrieben und fertiggestellt. Details des weiteren Ablaufes sind in Kapitel 4 ersichtlich.

1.5 Forschungsmethode

Für den empirischen Teil der vorliegenden Masterarbeit wurde eine qualitativ orientierte Forschungsmethode gewählt (Mayring, 2010, S. 17). Ein quantitativer Ansatz mit einer umfangreichen Datenerhebung und einer entsprechend umfangreichen Auswertung wären für diese Forschungsarbeit zu aufwendig gewesen. Qualitative Interviews gehören zu den Kernelementen der empirischen Sozialforschung und sind in der modernen Gesellschaft bedeutende Instrumente, um detailreiches Wissen und umfangreiche Erkenntnisse über Wertvorstellungen, Meinungen und Handlungsmotivationen zu erhalten (Misoch, 2019, S. 9). Daher wurden für die Datenerhebung halbstrukturierte qualitative Interviews verwendet.

Ein halbstrukturiertes Interview besteht aus einem Interviewleitfaden mit einem Katalog offener Fragen, zu denen sich die Interviewteilnehmer äussern sollen. Der Leitfaden gibt die Fragen und ihre Reihenfolge vor, jedoch dürfen diese je nach Ablauf des Interviews vorgezogen, übersprungen oder vertieft werden, um den Interviewfluss nicht zu unterbrechen (Döring & Bortz, 2016, S. 358).

Idealtypisch für eine qualitative Untersuchung ist ein zirkuläres Vorgehen. Bei diesem werden die erhobenen Daten unmittelbar nach den Interviews analysiert. Diese Analysen steuern die weitere Datenerhebung, damit die Datenerhebung bei den folgenden Interviews zunehmend relevantere Daten liefert (Döring & Bortz, 2016, S. 26). Da die Interviews aus Zeitgründen innerhalb weniger Tage durchgeführt werden mussten, war ein zirkuläres Vorgehen nicht möglich, da die Interviews umgehend hätten transkribiert und ausgewertet werden müssen, um das nächste Interview entsprechend anzupassen. Trotzdem wurden unmittelbare Erfahrungen aus einem Interview auf die folgenden Interviews übertragen. Beispielsweise wurde die Frage «Stolz auf den erigierten Penis» in «Stolz auf den Penis» geändert, da die Erektionsfähigkeit des Penis nach der RP unzuverlässiger wird.

1.6 Softwareunterstützung

1.6.1 Literaturrecherche

Bei der Evaluation der Software zur Literaturrecherche fiel die Auswahl auf das Literaturverwaltungsprogramm Citavi, welches in verschiedenen Rezensionen mit sehr guten Noten bewertet wurde. Bei der Benutzung stellte sich heraus, dass sich die fairen Kosten für das Programm rechneten, da es zahlreiche vorteilhafte Features hat, welche die Arbeit wesentlich erleichtern. Hier sei vor allem der Citavi Picker erwähnt, der nach der Installation überall auf den Internetseiten erscheint, wo eine Identifikationsnummer für Bücher (ISBN oder DOI) sichtbar ist und erlaubt, die entsprechenden Publikationen mit einem Klick mit allen bei den Identifikationsnummern gespeicherten Daten zu importieren und in Citavi zu speichern.

1.6.2 Qualitative Datenanalyse

Bei der Suche nach der Software für die qualitative Datenanalyse ist der Autor ähnlich vorgegangen wie bei der Suche nach dem passenden Literaturverwaltungsprogramm. Verschiedene Bewertungen und Analysen wurden im Internet geprüft. Am besten wurde das von Udo Kuckartz entwickelte Analysetool MAXQDA bewertet. Gleichzeitig las der Autor bei Döring und Bortz, dass MAXQDA die führende QDA-Software ist, weil sie eine hohe Nutzerfreundlichkeit aufweist und selbsterklärend ist (Döring & Bortz, 2016, S. 598).

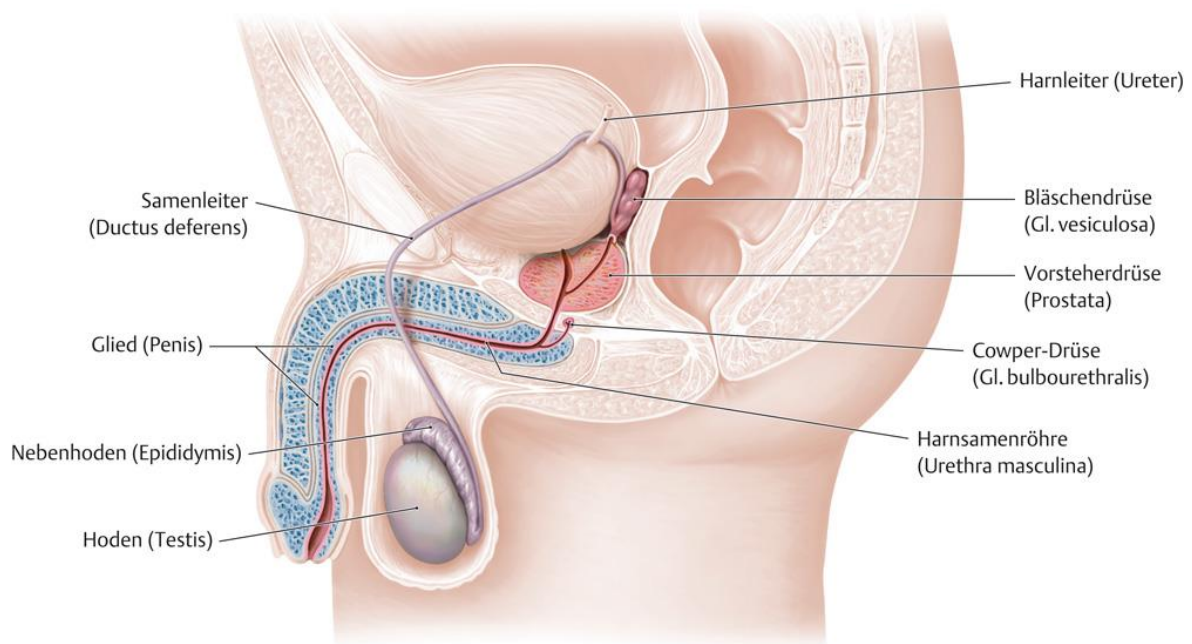
MAXQDA ist ein umfangreiches, intuitives Werkzeug, von dessen Funktionsumfang der Autor nur einen kleinen Teil benutzte. Es unterstützte effektiv und auf einfache Weise die qualitative Datenanalyse.

2 Grundlagen

2.1 Prostata

Die Prostata ist eine akzessorische Geschlechtsdrüse (= zusätzlich zu den eigentlichen Geschlechtsdrüsen). Sie hat die Grösse einer Kastanie und befindet sich unterhalb der Harnblase. Die aus der Blase kommende Harnröhre verläuft durch die Prostata bis zum Beckenboden. Rückseitig berührt die Prostata den Enddarm, was eine Diagnose mit den Fingern durch den Enddarm erlaubt.

Die Samenleiter kommen von den Hoden auf der Bauchseite hinauf und gehen seitlich der Prostata vorbei nach hinten, wo sie das Sekret der Samenbläschen (Bläschendrüse) aufnehmen. Von dort gehen sie durch die Prostata bis zur Harnröhre, die zentrisch in der Prostata liegt. Der Mündungspunkt heisst Colikulus Seminalis und liegt bei einer Verdickung der Harnröhre (Samenhügel). Daneben befinden sich die Mündungen, durch welche die in den einzelnen Prostatadrüsen hergestellten Sekrete in die Harnröhre gelangen. Die Harnröhre geht von der Prostata zum Penis. Links und rechts der Prostata verlaufen die neurovaskulären Strukturen. Diese enthalten die Nerven, welche die Erektion steuern (Steger, 2016, 1553–1560).



Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York
I care Pflege · 2015

Abbildung 1: Abbildung männliches Geschlecht (Geschlechtsorgane o. D.)

Bei der Ejakulation werden die in der Prostata gebildeten Sekrete und das Sperma in die Harnröhre geleitet. Nach dem Schliessen des oberen Schliessmuskels der Prostata erfolgen rhythmische Kontraktionen des Beckenbodens und des Prostatamuskels, welche die Samenflüssigkeit mit dem Sperma durch die Harnröhre hinausdrücken (Steger, 2016, 1553–1560)

2.2 Prostatakarzinom

Bis zu den 1980er Jahren konnte das Prostatakarzinom erst diagnostiziert werden, wenn es nicht mehr organbegrenzt war d. h., wenn es von aussen durch den Enddarm tastbar war.

Seit Ende der 1980er-Jahre ist es möglich, mithilfe eines Blutwertes (PSA-Wert, prostata-spezifisches Antigen) das Karzinom in einer Frühdiagnose bereits vor dem Auftreten erster Symptome zu erkennen. (Barnes et al., 2016, S. 41).

Durch diese Möglichkeit der Krebsfrüherkennung haben sich die Inzidenzraten erhöht, da eine grössere Anzahl von Patienten mit nicht tastbarem, organbegrenzten und deshalb erfolgreich zu operierenden Tumoren entdeckt wird. Dies ergibt eine Verschiebung zu einer Mehrheit von organbegrenzten Tumoren bei jüngeren Patienten als vor der Diagnosemöglichkeit mit dem PSA-Test, was dazu führt, dass die meisten Tumore nun vollständig entfernt werden können und die Patienten hierdurch vollständig geheilt werden. Gleichzeitig nehmen damit der Anspruch und die Bedeutung einer grösstmöglichen Lebensqualität für die Patienten nach einer RP zu (Traumann, 2008, S. 80).

Eine Weiterentwicklung der RP in der Art, dass die sexuelle Funktionalität möglichst wenig beeinträchtigt wird, ist daher von grosser Bedeutung.

2.3 Therapie des Prostatakarzinoms

2.3.1 Radikale Prostatektomie

Wie in Kapitel 1.2.1 beschrieben, ist das Prostatakarzinom mit 28 % die häufigste Krebserkrankung des Mannes, was in der Schweiz 6600 Erkrankungen pro Jahr entspricht (Krebsliga Schweiz, 2022, S. 5). Um diese Krankheit zu heilen, setzten sich Mediziner bereits im letzten Jahrhundert intensiv mit der Therapie des Prostatakarzinoms auseinander. Schon damals war die RP eine bedeutende Therapieform, um das Prostatakarzinom zu bekämpfen. Mit der Entfernung der Prostata ging in jener Zeit jedoch die Erektionsfähigkeit des operierten Mannes definitiv verloren. Der Grund, warum dies geschah, war damals nicht bekannt.

Erst im Jahr 1982 entdeckte Patrick Walsh die neurovaskulären Strukturen, welche beidseits der Prostata entlanglaufen. Diese Strukturen enthalten die Nerven, welche für die Steuerung der Erektion verantwortlich sind. Zusammen mit Pieter Donker führte Walsh die Technik der *anatomischen radikalen Prostatektomie* ein, welche die Nervenstränge schont (Walsh & Donker, 1982, S. 165). Dies ermöglichte es, die RP schonender und potenserhaltender auszuführen. Seit dieser Zeit hat sich die RP stetig weiterentwickelt. Heute können über 80 % der RPs nerverhaltend ausgeführt werden (M. L. Schmidtke, 2018, S. 50).

Damit ist eine der bedeutendsten Komplikationen der RP, die ED, in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen und die nerverhaltende RP gilt seither bei einem organbegrenzten Tumor, wie in Kapitel 1.2.1 erwähnt, als Goldstandard (M. L. Schmidtke, 2018).

Die RP ist eine häufige Operation. Wie in Kapitel 1.2.1 beschrieben, wird sie in der Schweiz im Durchschnitt etwa 2400-mal pro Jahr ausgeführt (Touch et al., 2018, S. 81).

Nervenschonende Entfernung der Prostata

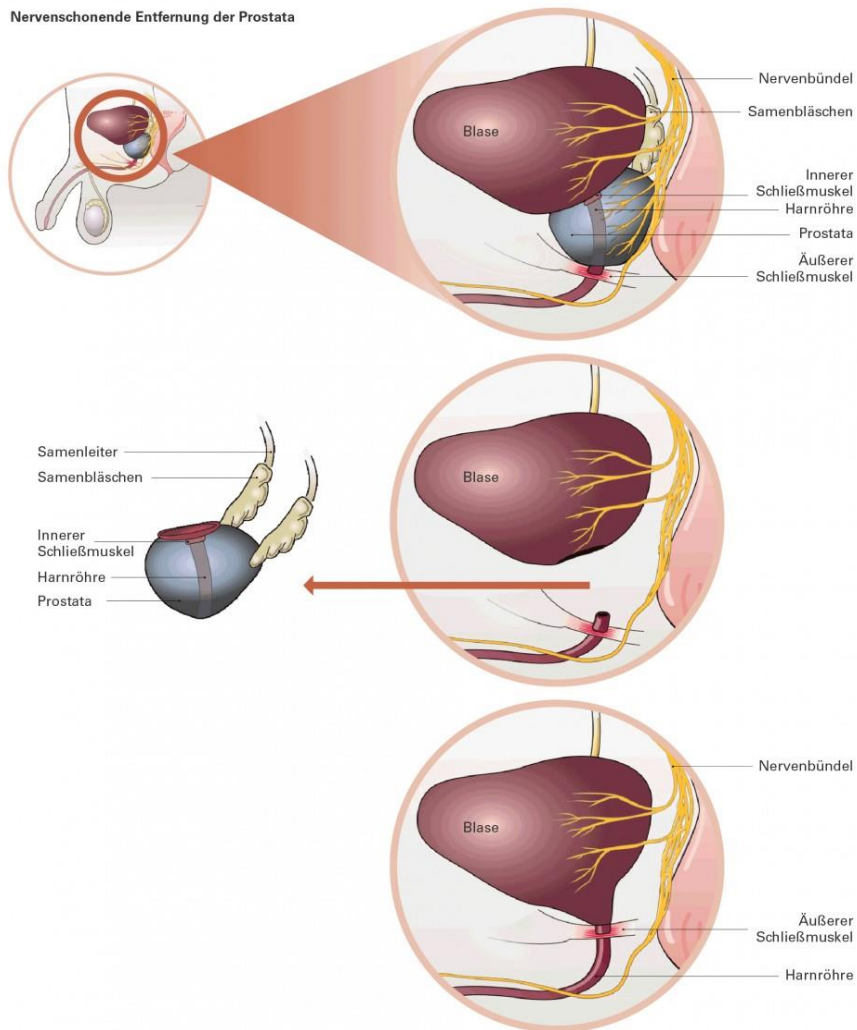


Abbildung 2: Vorgang einer radikalen nervschonenden Prostatektomie (Nervschonende Entfernung der Prostata, o. D.)

In der oben stehenden Abbildung (Abb. 2) ist der Ablauf einer RP übersichtlich dargestellt: Im obersten Bild ist die Prostata anatomisch korrekt abgebildet. Sie ist unter der Blase lokalisiert und umgibt die Harnröhre, welche nach unten in Richtung Penis weitergeht. Rechts ist in Gelb eines der zwei neurovaskulären Bündel sichtbar, welche die Nerven zur Steuerung der Erektion des Penis enthalten.

Im mittleren Bild ist die Prostata mit den Samenleitern und den Samenbläschen durch die OP entfernt worden. Gut sichtbar ist, dass sich der untere Schließmuskel (rot) in der abgeschnittenen Harnröhre befindet.

Im untersten Bild ist sichtbar, wie die abgeschnittene Harnröhre direkt an der Blase befestigt wird und der untere Schließmuskel nun allein (ohne den oberen Schließmuskel, der durch die OP entfernt worden ist) den Urin der Blase zurückhält.

2.3.2 Andere Therapieansätze

Aus Gründen der Vollständigkeit werden im Folgenden zwei weitere häufig verwendete Therapieverfahren beschrieben, welche zur Heilung einer karzinombefallenen Prostata eingesetzt werden.

Radiotherapie

Wie in Kapitel 1.2.1 erwähnt, ist bei einem organbegrenzten Prostatakarzinom die RP der Goldstandard (M. L. Schmidtke, 2018, S. 50). Anders verhält es sich, wenn das Karzinom metastasiert hat. Wenn die Metastasenlast klein ist, erzielt die lokale Radiotherapie eine signifikante Überlebensverlängerung und ist hier als Standardtherapie anzusehen (Guckenberger, 2019, S. 362).

Bei einem der Interviewteilnehmer wurde wegen eines erhöhten PSA-Wertes nach der RP zusätzlich eine Radiotherapie durchgeführt.

Die modernen Radiotherapiegeräte arbeiten sehr schonend. Sie bestrahlen während einer Behandlung einen klar definierten und begrenzten Raum. Dies erreichen sie, indem die Strahlenquelle mit dem Strahlenkegel rund um den Patienten rotiert und der Kegel in seinem Querschnitt immer genau der Form des Organs (in diesem Fall der Prostata) angepasst wird, wie es sich der Strahlenquelle aus ihrem Blickwinkel zeigt.

Vorgängig wird mittels eines MRI – ein hochmodernes bildgebendes Verfahren, bei dem dreidimensionale Schichtbilder des Körpers erfasst werden – der zu bestrahlende Raum millimetergenau bestimmt und anschliessend im Programm des Therapiegerätes gespeichert. Dies ermöglicht, die Strahlendosis im bestrahlten Organ signifikant höher zu halten als im umgebenden Gewebe. Ein Beispiel eines solchen Gerätes ist RapidArc (Klinikum Ingolstadt GmbH).

Brachytherapie

Auch die Brachytherapie ist eine Radiotherapie, welche durch ihre Technik garantiert, dass das umliegende Gewebe kaum bestrahlt wird. Dabei werden etwa 2 mm lange radioaktive Seeds verwendet, welche in die Prostata implantiert werden. Die Seeds sind kleine Edelstahlbehälter, in der Grösse eines Reiskorns, welche eine genau dosierte Menge an radioaktivem Material umschliessen, damit die benötigte Strahlendosis an dem Ort erreicht wird, wo das Seed platziert wird. Jedes Seed bestrahlt das Prostatagewebe lokal einige Millimeter um das Seed herum.

Die Lage der Seeds wird durch einen Computer genau berechnet. Auf Grundlage dieser Berechnung werden die Seeds sehr präzise durch das Perineum in der Prostata deponiert, sodass die Strahlungsintensität im ganzen Prostatagewebe dem vorausberechneten Wert

entspricht und das umliegende Gewebe nicht belastet wird. Je nach Grösse der Prostata werden 40–100 Seeds in der Prostata verteilt (Han et al., 2003, S. 899).

2.4 Das Modell Sexocorporel

Jean-Yves Desjardins (1931–2011) war Theologe, Psychologie und klinischer Sexologe. Er gründete zusammen mit Claude Crépault im Jahr 1968 das Departement für Sexualwissenschaft an der Universität von Quebec in Montreal. In den anschliessenden Jahren bis 1988 entwickelte er mit klinischen Beobachtungen und wissenschaftlichen Untersuchungen ein Modell sexueller Entwicklung und Funktionalität.

Dieses erlaubt, die sexuelle Entwicklung und die sexuelle Funktionalität beginnend vom Embryo im Mutterleib über die Kindheit bis ins Erwachsenenalter anschaulich zu erfassen und zu verstehen.

Sexocorporel ist ein Ressourcenmodell, das den Fokus nicht auf Defekte, sondern auf die bereits vorhandenen Fähigkeiten richtet. In der Therapie baut es mit Lernschritten auf den vorhandenen Fähigkeiten auf und entwickelt diese weiter. (Steinmann, 2022, S. 53).

Da das Modell und seine Komponenten in dieser Arbeit eine wesentliche Rolle spielen, werden seine relevantesten Aspekte in den folgenden Abschnitten beschrieben, damit auch Leser, welche nicht mit Sexocorporel vertraut sind, die Ergebnisse nachvollziehen können.

2.4.1 Einheit von Körper und Geist, sexuelle Gesundheit

Sexocorporel beruht auf der grundlegenden Einheit von Körper und Geist. In der öffentlichen, aber auch in der akademischen Auseinandersetzung werden diese oft als getrennt betrachtet. Meist wird der Geist als über dem Körper stehend empfunden. Tatsächlich ist aber bei jedem Menschen der Geist untrennbar mit dem Körper verbunden. Jeder Anstoss auf kognitiver oder emotionaler Ebene spiegelt sich im physischen Körper. Diese Erkenntnis hat der grosse Philosoph Thomas von Aquin bereits Ende des 15. Jahrhunderts so formuliert: «Nihil in intellectu nisi prius in sensu». «Nichts ist im Bewusstsein, das nicht zuerst durch die Sinne geht.»

Sexocorporel arbeitet mit dem Menschen in seiner Ganzheit, ausgehend von einem klar definierten Modell der sexuellen Gesundheit, dessen Ursprung in der grundlegenden Einheit von Körper und Geist liegt. Desjardins sagt: «Vergessen wir nicht, dass jede Frau und jeder Mann ihre Sexualität mit dem Körper leben.»

Um eine wirksame Sexualtherapie durchführen zu können, ist es zentral, sich auf ein Modell der sexuellen Gesundheit zu beziehen und die Komponenten zu kennen, die bei der Ausübung der menschlichen Sexualität impliziert sind und miteinander interagieren (El Feki et al., 2011, S. 64–65).

2.4.2 Körperübungen

Die Verwobenheit von Körper und Geist bedeutet, dass alle Komponenten des Sexocorporel zusammen interagieren. Beispielsweise lassen sich durch die physiologischen Komponenten die kognitiven Komponenten verändern und genauso aber durch die kognitiven Komponenten die physiologischen. Esther Elisabeth Schütz vergleicht dies mit einem Mobile. Wenn im Mobile ein Teil verändert wird, hat dies Wirkung auf die Balance der anderen Teile. Wenn zum Beispiel jemand bei der Selbstbefriedigung (SB) die Atmung verändert, oder die Art und Weise, wie er sich berührt, so entsteht als Wechselwirkung im Bereich der Kognitionen eine neue Denkweise. Dazu gehören beispielsweise Veränderungen im Umgang mit der Muskelspannung, der Bewegung, der Atmung und der Rhythmen und des Geschlechts, welche dann in der Wechselwirkung auf die Kognitionen wirken und die Gewohnheiten verändern. Daher sind Körperübungen eine wichtige Möglichkeit sexuelle Lernschritte anzuregen und weiterzuentwickeln (Aigner et al., 2020, S. 407–410)

Dass die Körperübungen in diesem Modell zentral und wirkungsvoll sind, hat auch Flamme in ihrer Arbeit «Sexuelle Selbstsicherheit als Entwicklungsaufgabe nach Sexocorporel» festgestellt.

In ihrer Forschungsarbeit absolvierten sieben Teilnehmerinnen ein achtwöchiges Körperübungsprogramm, das dafür ausgelegt war, die Wahrnehmung und die sexuelle Selbstsicherheit der Teilnehmerinnen zu stärken. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass Methoden und Übungen von Sexocorporel eine solche Veränderung bewirken können – auch ohne Begleitung vor Ort nur über Onlinekommunikation.

In der Diskussion ihrer Arbeit schreibt Flamme: «Sexocorporel bietet konkrete Vorschläge, sexuelle Selbstsicherheit als erlernbare Fähigkeit zu integrieren ...» (Flamme, 2019, S. 71).

2.4.3 Die sexuelle Entwicklung

Mit den Methoden der modernen Bildgebung kann festgestellt werden, dass der genitale Erregungsreflex bei Kindern bereits vorgeburtlich vorhanden ist. Auf Bildern des Ungeborenen in der Gebärmutter konnte beobachtet werden, dass Penisse bei männlichen Föten erigiert waren (Gehrig, 2007, S. 9).

Dies zeigt, dass dieser Reflex unwillkürlich ist und vom neurovegetativen Nervensystem gesteuert wird. Er kann ohne Beteiligung von Kognitionen, Affekten oder Gedanken auftreten und durch sensorische Reize (Berührung, Sehen, Hören, Schmecken, Riechen) oder die Vorstellungskraft (Fantasien) ausgelöst werden.

In ähnlicher Weise kann ein Kleinkind durch das Spiel mit Rhythmus und Muskelspannung den genitalen Erregungsreflex hervorrufen (z. B. durch das Schaukeln auf einem Schaukelpferd). Wenn dieses Spiel mit Rhythmus und Spannung anhält, kann sich die genitale Erregung steigern und bis zur orgasmischen Entladung führen. Auch dieser Anstieg der

genitalen Erregung erfolgt ohne Träume, Symbole oder Vorstellungen. Es handelt sich um ein einfaches physiologisches Phänomen, welches das Kind mit der Zeit erforschen lernt, ebenso wie es andere Bereiche seines Lebens erforscht. Das Kind durchläuft in seiner sexuellen Entwicklung verschiedene Phasen (El Feki et al., 2011, S. 64–65).

2.4.4 Die vier Hauptkategorien des Sexocorporel

Desjardins hat das Modell der sexuellen Gesundheit zum besseren Verständnis in Komponenten unterteilt. Bei der Ausübung der Sexualität interagieren diese in vielfach abhängiger Weise miteinander und beeinflussen sich gegenseitig.

Die Unterteilung trägt dazu bei, das Verständnis und das Vokabular, um das Ausüben und Erleben der Sexualität deutlicher zu formulieren. Auf diese Weise ist ein sexologisches Vokabular entstanden, das aus eindeutigen Begriffen besteht und allen Beteiligten ermöglicht, präzise zu formulieren sowie dieselbe Sprache sprechen (El Feki et al., 2011, S. 64–65).

Die Komponenten sind in vier Hauptkategorien gegliedert, denen verschiedene Farben zugeordnet werden. Zur besseren Übersicht sind die untenstehenden Titel dieser Hauptkategorien in ihren Farben dargestellt. Die Farben werden in der ganzen Arbeit dort verwendet, wo sie dazu dienen, die Zugehörigkeit zu den Hauptkategorien des Sexocorporel gut ersichtlich darzustellen.

A. Physiologische Komponenten

a) Genitale Erregungsfunktion

Diese Komponenten sind für die Sexualität von zentraler Bedeutung. Wie bereits erwähnt, ist der Erregungsreflex der erste Reflex, der im Prozess der Sexualisierung des Individuums auftritt. Auf dieser genitalen Erregungsfunktion bauen alle Komponenten des Modells der sexuellen Gesundheit auf und entwickeln sich weiter. Die genitale Erregungsfunktion beinhaltet zwei Teile:

- die Vasokongestion der Genitalien (das Einschiessen des Bluts in die Schwellkörper), die sich bei jeder genitalen Erregung zeigt, und
- die drei «Gesetze des Körpers», also die Rhythmen, die Muskelspannung und die Nutzung des inneren und äusseren Raums, welche die Erregung begleiten und direkt beeinflussen.

Es sind diese drei «Gesetze des Körpers», die eine willentliche Handlung ermöglichen, um auf die Vasokongestion bzw. auf die Erregung, welche willentlich nicht direkt beeinflussbar ist, einzuwirken.

b) Erregungsquellen

Die Erregungsquellen können den genitalen Erregungsreflex wecken und die sexuelle Erregung steigern. Sie umfassen die Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken,

Fühlen) und die sexuelle Vorstellungskraft. Für manche Menschen sind die Erregungsquellen zahlreich, für andere begrenzt (El Feki et al., 2011, S. 69-70).

c) Erregungsmodi

1. Archaischer Modus

Der archaische Modus ist der erste Modus, der in der kindlichen Sexualentwicklung nachweisbar ist. Auch Erwachsene benützen ihn. Frauen benützen ihn häufiger als Männer.

Beim archaischen Modus wird die sexuelle Erregung ohne Benutzung der Hände durch Druck oder Bewegungen mit hoher Intensität im Genitalbereich gesteigert. Die Muskelspannung ist hoch, die Raumnutzung klein und die Atmung flach und ruckartig. Charakteristisch für diesen Modus ist die Aktivierung der Tiefenrezeptoren.

2. Mechanischer Modus

Im mechanischen Modus erfolgt eine schnelle, präzise mechanische Stimulation der Genitalien. Der Rhythmus und die Spannung nehmen bis zum «Point of no Return» zu. An diesem Punkt wird die Erregung so stark, dass eine Entladung ausgelöst wird. Dabei wird die Raumnutzung geringer, die Muskelspannung grösser und die Atmung flacher und ruckartig.

Im Gegensatz zum archaischen Modus, der prinzipiell die Tiefenrezeptoren stimuliert, werden beim mechanischen Modus die äusseren, oberflächlichen Rezeptoren aktiviert.

Dieser Modus ist der am häufigsten benutzte Erregungsmodus.

2a. Archaisch-mechanischer Modus

Dieser Modus kombiniert den archaischen mit dem mechanischen Modus. So werden sowohl die Tiefenrezeptoren als auch die oberflächlichen Rezeptoren aktiviert. Die Muskelspannung ist hoch, die Raumnutzung klein und die Atmung flach.

3. Ondulierender Modus

Bei diesem Modus bewegt sich die Person fliegend und entspannt mit ihrem ganzen Körper. Die Rhythmen, der Muskeltonus und die Atmung variieren so, wie es sich für die jeweilige Person angenehm anfühlt.

Die sexuelle Erregung ist bei diesem Modus eingeschränkt und wird nicht so viel gesteigert, dass sie in eine Entladung münden kann. Dafür ist die Bewegung freier, weil der Ablauf nicht auf eine Entladung fokussiert ist, und die steigende Lust diffundiert durch den ganzen Körper, was wohlige, lustvolle Gefühle auslöst.

Im ondulierenden Modus werden die oberflächlichen und die Tiefenrezeptoren aktiviert.

4. Wellenförmiger Modus

Bei diesem Modus bewegt sich die Person fließend und benützt für ihre Erregung die doppelte Schaukel. Dies ermöglicht eine vertiefte Wahrnehmung der sexuellen Erregung, der Lust und der sie begleitenden emotionalen Ladungen. Phasen des Kanalisierens lösen sich mit Phasen des Diffundierens ab und steigern sich mit jeder Welle in der Weise, wie die Person es lenkt. So können am Ende die wellenförmigen Steigerungen in eine Entladung münden.

Auf Ebene der Gesetze des Körpers finden sich Bewegungen, Rhythmen und Muskelspannungen, die sich in aufeinanderfolgenden Wellen steigern. Im wellenförmigen Modus werden die oberflächlichen und die Tiefenrezeptoren aktiviert.

(El Feki et al., 2011, S. 69-76).

B. Kognitive Komponenten

Die kognitiven Komponenten sind entscheidend für die Sexualität von Männern und Frauen. Sie umfassen Kenntnisse, Überzeugungen, Ideologien, Einstellungen sowie Werturteile, die mit der Sexualität in Verbindung stehen. Sie bilden das menschliche Gedankensystem und die Art und Weise, wie Menschen mit der Sexualität umgehen. Auf Basis dieses Gedankensystems entscheiden sie, was sie bei der Ausübung ihrer Sexualität als gut, schlecht, akzeptabel oder nicht akzeptabel einstufen.

Einige Menschen sind hinsichtlich ihrer Einstellungen offen, was der Sexualität förderlich ist. Andere haben Überzeugungen, Ängste und falsche Vorstellungen, was sich hemmend auf ihre Sexualität auswirkt. Die Kognitionen wirken entsprechend unterstützend oder hemmend auf das sexuelle Lernen (El Feki et al., 2011, S. 82-83).

C. Sexodynamische Komponenten

a) Das Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen biologischen Geschlecht

Das Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen biologischen Geschlecht basiert auf drei Säulen:

- **Sexueller Archetyp:** Zum sexuellen Archetyp des Mannes gehört das Penetrieren, die *Intrusivität*. Ein Mann, der seinen Archetyp lebt, penetriert gerne. Zum symbolischen Archetyp der Frau gehört das Aufnehmen, die *Rezeptivität*. Eine Frau, die ihren Archetyp lebt, findet Lust daran, ihre Vagina mit einem Penis auszufüllen und diesen in ihre Vagina aufzunehmen.

- **Stereotyp:** Das Stereotyp ist die gesellschaftliche Definition, welche beschreibt, was die Gesellschaft als männlich oder weiblich einstuft. Dies drückt sich beispielsweise in der Kleidung aus, aber auch im Verhalten, Aussehen oder in den Interessen. Es handelt sich um die kulturspezifischen Wahrnehmungen von Mann und Frau.
- **Sexuelle Selbstsicherheit:** ‹Gelingt es mir mit Freude, mich in meiner Nacktheit zu zeigen und schön zu finden?› Menschen, welche diese Frage mit Ja beantworten, verfügen über sexuelle Selbstsicherheit. Für Frauen ist sexuelle Selbstsicherheit schwieriger als für Männer.

b) Sexuelle Lust

Sexuelle Lust bedeutet, sich zu freuen auf eine sexuelle Begegnung mit sich oder mit anderen.

Sexuelle Lust darf nicht mit genitaler Erregung verwechselt werden. Es ist möglich, eine orgastische Entladung zu haben, ohne dass dies mit sexueller Lust einhergeht.

c) Sexuelles Begehren

Das sexuelle Begehren kann definiert werden als angenehme Vorwegnahme einer sexuellen Begegnung mit sich oder mit andern welche den Erregungsreflex anstösst.

d) Sexuelle Fantasien

Sexuelle Fantasien stehen für die Gesamtheit der Vorstellungen und Tagträume im Zusammenhang mit Sexualität oder Intimität, welche eine genitale Erregung auslösen oder begleiten. Es sind Bilder, Empfindungen oder Szenarien, die sich auf Erinnerungen, gesehene oder erlebte Szenen beziehen.

e) Sexuelle Anziehungscodes

Sexuelle Anziehungscodes sind mentale Vorstellungen und Wahrnehmungen, die auf eine Person, ein Szenario oder ein Objekt gerichtet sind und eine sexuelle Erregung auslösen.

Sie sind nicht fix, sondern sie verändern und entwickeln sich im Sexualisierungsprozess. Sie sind beeinflussbar. Eine Person kann über eine grosse Vielfalt sexueller Anziehungscodes verfügen oder auch eine beschränkte Anzahl Codes verfügbar haben (-> Fetischismus).

f) Emotionale Intensität

Dies ist die Fähigkeit, emotionale Intensität im körperlichen Ausdruck von sexuellen Träumen, Wünschen und Gefühlen zu verwenden. Die emotionale Intensität spiegelt sich in den drei Gesetzen des Körpers, insbesondere in der Intensität des Muskeltonus in Verbindung mit der Bewegungsamplitude bei erotischen Spielen. Emotionale Intensität führt zu einem lebendigen Ausdruck

(El Feki et al., 2011, S. 77-83).

D. Beziehungskomponenten

Die Beziehungskomponenten beziehen sich auf verschiedene Fähigkeiten, welche für eine Beziehung bedeutsam sind.

- **Liebesgefühl und Bindungsfähigkeit** sind relevant, um eine Liebesbeziehung aufzubauen, was möglich ist, indem Liebesgefühle entstehen und aufrechterhalten werden können.
- Die **Fähigkeit, zu verführen**, wird benötigt, um in einer Paarsituation auf ein eigenes Bedürfnis hinzuweisen und dieses befriedigen zu können.
- **Kommunikation** ist notwendig, um erotische Bedürfnisse deutlich sowie objektiv verbal und nicht verbal zu kommunizieren.
- **Erotische Kompetenzen** sind entscheidend, um erotische Fähigkeiten innerhalb des Paares zu entwickeln, was eine grosse Vielfalt von erotischen Spielen ermöglicht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Modell Sexocorporel ein präzises und umfassendes sexologisches Bewertungsschema verwendet, das alle Komponenten der menschlichen Sexualität abdeckt (El Feki et al., 2011, S. 83).

2.4.5 Veranschaulichung des Modells Sexocorporel

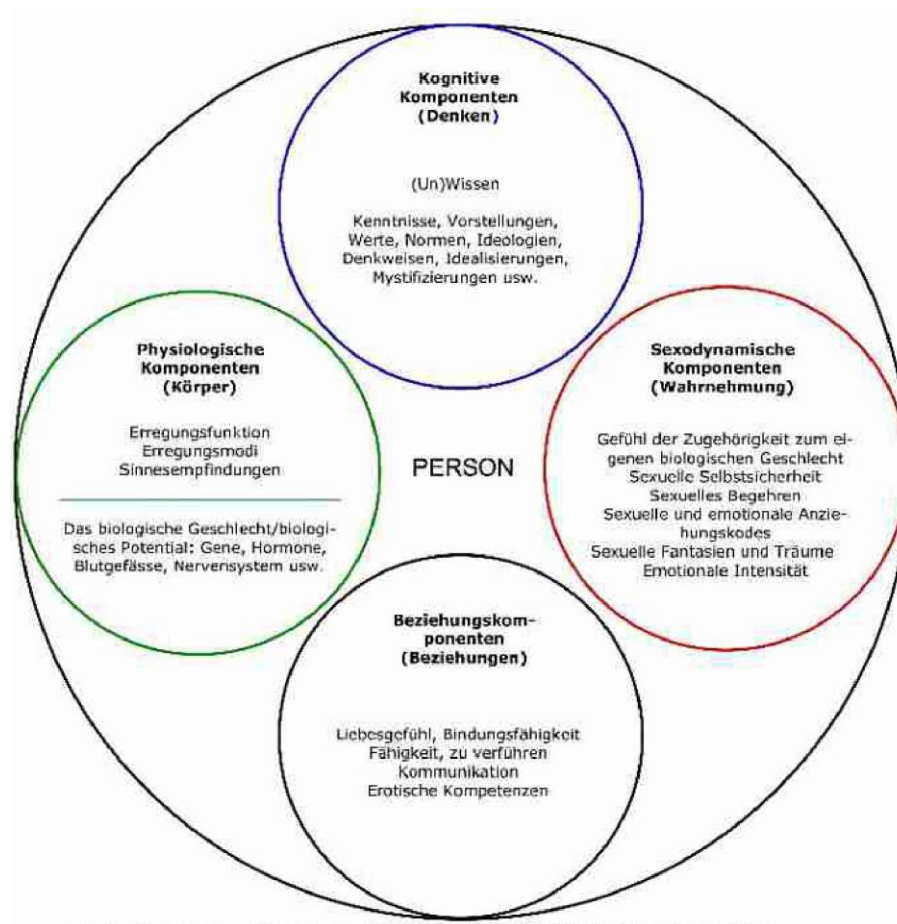


Abbildung 3: ISP Institut für Sexualpädagogik - Das Modell Sexocorporel im Überblick.jpg (ISP Institut für Sexualpädagogik, 2020)

In dieser Abbildung sind die vier Hauptkategorien des Modells Sexocorporel, die eine Person ausmachen, dargestellt. In einem kleinen Kreis für jede Hauptkategorie in der Farbe dieser Kategorie sind die Komponenten aufgelistet, die zu dieser Hauptkategorie gehören. Der grosse Kreis repräsentiert die Person.

3 Forschungsstand

3.1 Literaturrecherche

Um den Forschungsstand zu ermitteln, ist es bedeutsam, die entsprechende und relevante Literatur zu finden. Der Autor verwendete dazu hauptsächlich die Suchmaschine Google Scholar, die Suchmaschine der Hochschule Merseburg sowie die in Citavi integrierte Suchmaschine, welche in den Katalogen aller gewünschten Institutionen weltweit Literatur suchen kann. Die gefundenen und ausgewählten Titel werden direkt in Citavi importiert. Ebenso wurden Literaturhinweise aus den gelesenen Fachtexten berücksichtigt und verarbeitet. Die Details der Literaturrecherche sind in den untenstehenden Kapiteln beschrieben.

Der Autor achtete darauf, dass er, wenn möglich, Fachbücher, wissenschaftliche Studien und Zeitschriftenartikel verwendete, die nicht vor dem Jahr 2000 erschienen sind. Es wurde vor allem deutsche Literatur verwendet sowie zu einigen Themen auf englische Veröffentlichungen zurückgegriffen.

Was das Modell Sexocorporel betrifft, zog es der Autor vor, sich, wenn möglich, auf den französischen Originaltext von Desjardins abzustützen, statt Sekundärliteratur zu verwenden. Sexocorporel ist ein zentraler Aspekt in dieser Forschungsarbeit. Ebenso ist auch das Thema der vorliegenden Arbeit recht spezifisch. Dies hat zur Folge, dass im Bereich Sexocorporel zu diesem spezifischen Thema wenig Literatur vorhanden ist. Glücklicherweise waren Masterarbeiten der Hochschule Merseburg und des ISP verfügbar, durch welche diese Lücke etwas geschlossen werden konnte. Hier sei besonders die Arbeit «Die Sexualität von Männern nach einer Prostatektomie» von Stucki erwähnt, welche nahe beim Thema dieser Arbeit liegt und dadurch an einigen Orten referenziert wird.

3.2 Erektile Dysfunktion nach einer RP

Nach einer RP sind betroffene Männer mehrheitlich mit einer partiellen oder vollständigen erektilen Dysfunktion konfrontiert, welche ihre Sexualität beeinträchtigt. Normalerweise verbessert sich diese in den ersten zwölf Monaten nach dem Eingriff. In einer Untersuchung von Michl et al. sind 524 RP-Patienten untersucht worden. 18 % bis 69 % von ihnen haben – je nach Alter und Art der OP – ein Jahr nach der OP wieder eine Erektion, die Geschlechtsverkehr (GV) erlaubt (Michl et al., 2003, S. 1200). Dies bestätigt sich auch bei den Interview-Teilnehmern. Alle von ihnen hatten nach der RP wieder eine GV-fähige Erektion.

3.3 Männlichkeit und Sexualität nach einer RP

Erektionsstörungen können das Selbstwertgefühl eines Mannes mehr als viele andere psychische oder körperliche Beschwerden untergraben und sein Wohlbefinden wesentlich beeinträchtigen. Die Auswirkungen bestehen in der Regel in einer Verminderung der Selbstachtung und des männlichen Identitätsgefühls und können zu Rückzugs- und Vermeidungstendenzen führen, was auch in psychische oder psychosomatische Störungen münden kann. In dieser Situation beschreibt Hartmann, dass Rückzugs- und Vermeidungstendenzen die eine Möglichkeit sind, mit der veränderten Sexualität umzugehen (Hartmann, 2000, A-616).

Kockott et. al. haben das Verhalten bei gestörter Sexualität genauer untersucht. Sie beschreiben zuerst die Verhaltenskette einer ungestörten sexuellen Begegnung. Diese beginnt in der Regel mit einem Zeichen gegenseitiger Zuneigung. Darauf folgen Zärtlichkeiten, Petting, dann gegebenenfalls Koitus und eine Entladung. Die Entladung schliesst die Verhaltenskette mit einem positiven Erlebnis und guten, entspannten Gefühlen ab.

Bei gestörter Sexualität beginnt die Verhaltenskette normalerweise auch mit einer zärtlichen Annäherung. Hingegen können nun verschiedene Ursachen wie z. B. ED die Verhaltenskette unterbrechen und eine weitere Erregung bleibt aus. Es kommt nicht zu einer Entladung. Die Verhaltenskette endet in Enttäuschung, Anspannung und Angst des Versagens. Diese Gefühle können auf die Partner*in übertragen werden, was die entstehende Angst vor einem erneuten Versagen zusätzlich verstärkt. So kann die Verhaltenskette in einem «Selbstverstärkungsmechanismus», einem Teufelskreis, enden (Kockott et al., 2000, S. 28–30).

Eine andere Möglichkeit, nach einer RP mit einer ED umzugehen, beschreibt Stucki. Eine postoperativ auftretende erektile Funktionsstörung kann für ein Paar auch eine Chance bedeuten, sich sexuell neu kennenzulernen und die Paarsexualität den veränderten Umständen anzupassen. Stucki illustriert dies an einem interviewten Ehepaar, welches nach einer RP für ihre Sexualität neue Möglichkeiten gefunden hat und anders mit der Sexualität umgegangen ist. Das Ehepaar erzählt, dass sie neue Wege gefunden haben und mit ihrer derzeitigen Sexualität zufrieden sind. Bei ihnen ist die Emotionalität in der Sexualität relevanter geworden (Stucki, 2017).

3.4 Sexuelle Selbstsicherheit

«Ein Riese auf tönernen Füßen», so charakterisiert Desjardins den Mann und meint damit die enge Verbindung von Männlichkeit mit genitaler Funktionalität und die Abhängigkeit des Mannes von einem physiologischen Geschehen, das nicht seiner willentlichen Kontrolle unterworfen ist (Gehrig, 2007, S. 3). Wenn diese generell schon unsichere genitale Funktionalität zusätzlich durch eine RP untergraben wird, ist dies ein grosser Eingriff in die männliche Identität. Erektion ist eine Voraussetzung für die sexuelle Selbstsicherheit (Gehrig, 2007, S. 26).

Auch Buddenberg bestätigt, dass er die Erfahrung gemacht hat, dass für Männer ihr Selbstwertgefühl eng mit ihrer sexuellen Funktionalität, speziell der Erektionsfunktion verbunden ist (Buddeberg, 2005, S. 154).

Mamié geht für den sexuellen Selbstwert von der Selbstdefinition der eigenen Attraktivität aus, welche beeinflusst, ob sich eine Person dem Partner sexuell zeigt und zumutet. Hier liegt normalerweise bei Männern der Fokus stärker auf der Funktionsfähigkeit: Wenn diese beschädigt ist, führt dies zu Verunsicherung sowie Selbstwert- und Identitätskrisen (Mamié, 2017, S. 162).

Stucki illustriert die angeschlagene sexuelle Selbstsicherheit an einem Mann nach einer RP, den sie interviewt hat und der nach dem Verlust seiner Erektionsfähigkeit eine unkomplizierte, diese Situation klärende Frage stellt: «Ob er jetzt immer noch als ganzer oder nur noch als halber Mann wahrgenommen werde?» (Stucki, 2017).

3.4.1 Definition nach Sexocorporel

Desjardins definiert in seinem Kapitel 2 «Le sexocorporel» des Buches «La séxothérapie» die sexuelle Selbstsicherheit («L'assertivité sexuelle») wie folgt:

Sexuelle Selbstsicherheit ist eng mit dem Gefühl der Zugehörigkeit zum eigenen biologischen Geschlecht (GDG) verbunden. Es geht bei Männern darum, sich mit Stolz in ihrer Männlichkeit zu zeigen und bei Frauen, sich mit Stolz in ihrer Weiblichkeit zu zeigen.

Sexuelle Selbstsicherheit setzt die folgenden zwei Fähigkeiten voraus: Narzissmus und Exhibitionismus. Narzissmus bedeutet, sich selbst als Mann/Frau mit Stolz zu betrachten und schön zu finden unter Beachtung der eigenen Stärken als Mann oder Frau. Exhibitionismus bedeutet die Fähigkeit und die Freude, sich mit Stolz und Selbstbewusstsein in seiner/ihrer Männlichkeit/Weiblichkeit zu zeigen (El Feki et al., 2011, S. 82).

3.5 Bewältigungsstrategien für die Sexualität nach der RP

3.5.1 Veränderung der Sexualität

Zu diesem Thema gibt es diverse Studien, welche verschiedene Möglichkeiten aufzeigen. Beispielsweise wurde in einer Studie in Deutschland mit 272 Patienten, welche sich drei bis 60 Monate vor der Studie einer RP unterziehen mussten, die Sexualität nach dieser RP untersucht. Unter den Patienten dieser Studie, welche GV praktizierten, waren 65.8 % mit ihrer Sexualität zufrieden. Unter den Patienten ohne GV waren 53.2 % mit ihrer Sexualität zufrieden. Als alternative Praktiken wurden vor allem manuelle und orale Stimulation, Zärtlichkeiten und die Benützung von Vibratoren angegeben. Eine Mehrheit der Patienten wünschten sich eine individuelle und patientennahe Beratung unter Einbezug der Partner*in. Die Studie zeigt auch die potenzielle Unabhängigkeit der sexuellen Zufriedenheit von der Erektion. Das physische und psychische Bedürfnis nach Intimität und sexueller Aktivität bleibt – trotz ED – bestehen und kann weiterhin befriedigt werden. (M. L. Schmidtke et al., 2015, S. 698–701).

In ähnlichen Worten drückt dies Schmidt aus. Er sagt, dass ein Partner, eher der Mann, die Verantwortung für den Sex übernimmt und schaut, dass dieser nicht vergessen wird und der andere, eher die Frau, die Verantwortung für die nicht sexuelle Intimität übernimmt und das Paar an den Austausch von Zärtlichkeiten erinnert (Schmidt, 2014, S. 57).

Dass Patienten nach einer RP mehrheitlich mit ihrer Sexualität zufrieden sind, bestätigt auch eine Studie der Technischen Universität München an 200 Patienten, die sich einer RP unterziehen mussten. Die Patienten waren 45–72 Jahre alt, die Partnerinnen 40–70 Jahre. Vor der RP waren fast alle Patienten (92 %) und Partnerinnen (88 %) ziemlich bis sehr zufrieden mit ihrem Sexualleben. Zwölf Monate nach der RP war die Zufriedenheit etwas reduziert, es waren jedoch immer noch die Mehrheit der Patienten (57.1 %) und ihrer

Partnerinnen (66.7 %) mit ihrem Sexualleben zufrieden. Interessant ist, dass sich die Partnerinnen nach der RP durchschnittlich zufriedener zeigten als die Männer.

3.5.2 Unterstützung durch die Partner*in

Stucki stellt in ihrer Arbeit fest, dass das Paar, das sie interviewt hat, gelernt hat, mit der veränderten Situation umzugehen und gemeinsam daran zu wachsen. So führte der Mann aus, dass er nun (nach der OP) die Sexualität intensiver erlebt und dass dies wahrscheinlich auf die Verbindung zu seiner Frau zurückzuführen ist (Stucki, 2017, S. 55).

Starke erwähnt noch einen anderen Faktor, wie Männer Sexualität erleben, und was sie als positiv für das eigene sexuelle Erleben einstufen. Dies ist nicht nur die sexuelle Befriedigung und der Lustgewinn, sondern vor allem auch das Geliebtwerden durch die Partner*in (Starke, 2017, S. 174).

Nelson et al. untersuchten in einem Forschungsprojekt den Zusammenhang der «sexuellen Zufriedenheit» von ED-Patienten mit der «Nähe der Paarbeziehung». Sie erhoben bei 352 ED-Patienten mit einem Prostatakarzinom, das 4.4 ± 3.8 Jahre vorher diagnostiziert worden war, neben physischen Parametern die zwei psychischen Parameter «sexuelle Zufriedenheit» und «Nähe der Paarbeziehung». Bei dieser Untersuchung stellten sie eine signifikante Korrelation zwischen der Nähe der Partnerschaft sowie der sexuellen Zufriedenheit fest und Nelson et al. folgerten daraus, dass für die ED nicht nur die physischen Aspekte relevant sind, sondern auch die psychologischen und beides vom behandelnden Arzt angesprochen werden sollte (Nelson et al., 2007, S. 1424–1425).

3.5.3 Hilfsmittel zur Unterstützung der Erektion

Es folgen einige Hilfsmittel, welche zur Unterstützung der Erektion verwendet werden können:

- *PDE-5-Hemmer* (Phosphodiesterase-5-Hemmer): Dies ist die medizinische Therapie der ersten Wahl. Es sind Substanzen für die Therapie von Erektionsstörungen. Beispiele sind Viagra, Cialis, Levitra und Spedra.
- *Vakuumpumpe*: Diese erlaubt durch mechanisches Herstellen eines Vakuums, eine Erektion zu erreichen und diese anschliessend mit einem Penisring zu sichern.
- *Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT)*: Dies ist eine Injektionstherapie mit Alprostadil direkt in die Schwellkörper, was zur Erektion führt.
- *MUSE®* (Medicated Urethral System for Erection): Ein Pellet aus Alprostadil wird in die Harnröhre eingeführt. Der Stoff diffundiert in die Schwellkörper und löst eine Erektion aus.
- *Penisprothese*: Die Schwellkörper werden in einer Operation durch eine mit Flüssigkeit versteifbare Prothese ersetzt.

(Stadler et al., 2008, S. 41)

In einer Untersuchung von Mücke konnten die untersuchten Patienten nach einer RP folgende Hilfsmittel zur Linderung der Operationsfolgen verwenden: PDE-5-Hemmer, MUSE® (Medicated Urethral System for Erection), Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT) und die Vakuumpumpe. Zwölf Monate nach der RP gaben 64.3 % der Patienten an, Hilfsmittel zu verwenden (Mücke, 2010, S. 60).

3.5.4 Weitere Hilfsmittel

Der Psychologe Zettl beschreibt in seinem Buch «Krankheit, Sexualität und Pflege» eine Sexualität mit eingeschränktem Koitus. Wenn ein Betroffener in seiner Fähigkeit, einen Koitus zu vollziehen, eingeschränkt ist, bedeutet dies laut Zettl nicht, dass er über keine Sexualität mehr verfügt. Oft wird nicht daran gedacht, dass der gesamte Körper ein sinnliches und potenziell sexuelles Organ ist. Leider geht dies bei vielen Paaren vergessen und sie verzichten beim Auftreten von sexuellen Einschränkungen nicht nur auf den GV, sondern gleich auch auf andere Formen von Zärtlichkeit (Stefan Zettl, 2000, S. 153).

Auf einen anderen Umstand weist Stucki hin. In einem Interview ihrer Arbeit kam klar zur Geltung, dass Betroffene gerne eine Ansprechperson hätten, mit welcher sie sich über ihre Unsicherheiten austauschen können. Es kann ein Vorteil sein, wenn dies gerade nicht eine medizinische Person ist. Wichtig ist, dass die Person den betroffenen Männern und Paaren neue Wege in ihrer veränderten Sexualität aufzeigen kann und sie sexologisch begleiten und die Sexualität vertiefen kann (Stucki, 2017, S. 70).

3.5.5 Zusammenfassung der Bewältigungsstrategien

Zusammenfassend gehen aus den obenstehenden Quellen folgende Bewältigungsstrategien für die Sexualität nach einer RP hervor:

- Hilfsmittel zur Unterstützung der Erektion wie PDE-5-Hemmer, MUSE® (Medicated Urethral System for Erection), Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT) und die Vakuumpumpe etc.
- wenn kein GV möglich ist, mehr Zärtlichkeit austauschen und mehr manuelle und orale Stimulation
- Der ganze Körper ist ein sexuelles Organ und kann in den sexuellen Austausch einbezogen werden.
- Es können auch Hilfsmittel wie Vibratoren verwendet werden.
- Bedeutsam scheint auch eine sexologische Begleitung, welche die Patienten und ihre Partner*innen begleitet und sie zu sexuellen Lernschritten führt.

4 Datenerhebung

4.1 Art der Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden vier Interviews mit betroffenen Männern durchgeführt. Die Datenerhebung mit Interviews bietet gegenüber der Datenerhebung durch Fragebögen folgende Vorteile: Der Interviewer kann nach weiteren Hintergrundinformationen fragen und auch Aspekte des subjektiven Erlebens (Gefühle, Meinungen, Glaubensinhalte) berücksichtigen, was den erhobenen Daten mehr Tiefe gibt. Nachteilig kann sich beim Interview auswirken, dass die Situation nicht anonym ist und sich so Antworten in Richtung einer sozial erwünschten Meinung verschieben können, um vor dem Interviewer gut dazustehen (Döring & Bortz, 2016, S. 348–349). Daher war der Autor bemüht, dass sich die Interviewteilnehmer während des Interviews zu Hause oder sonst an einem für sie sicheren Ort befinden, um dieser Neigung möglichst entgegenzuwirken.

4.2 Interviewteilnehmer

Bei der Suche nach Interviewteilnehmern war das Ziel, Männer zu finden, die den folgenden Anforderungen entsprechen: Potenzielle Interviewteilnehmer sollten über 50 Jahre alt sein, heterosexuell und möglichst in den letzten sechs bis 18 Monaten mit einer RP operiert worden sein. Um den Aufwand für die Masterarbeit in einem vertretbaren Rahmen zu halten, sollten es vier Männer sein, welche an der Befragung teilnehmen.

Um entsprechende Kandidaten zu finden, wandte sich der Autor an seinen Urologen Luginbühl, welcher, wie in Kapitel 1.2.2 erwähnt, auch den Studiengang zum Master of Art Sexologie absolviert hatte. Er willigte ein, Patienten, welche die obenstehenden Kriterien erfüllen, anzusprechen und sie zu fragen, ob sie bereit für ein Interview wären, in dem sie über ihr Befinden und ihre Sexualität vor und nach der OP Auskunft geben. Vier angefragte Patienten schienen dazu bereit zu sein und erlaubten Luginbühl, ihre E-Mail-Adresse an den Autor weiterzuleiten. Mit allen vier Patienten nahm der Autor im November 2021 per E-Mail Kontakt auf. Leider antworteten nur drei Patienten und bekräftigten ihre Zusage (Interviewteilnehmer A, B und C).

Um dennoch die Datenbasis bei vier Teilnehmern zu halten, suchte der Autor im eigenen Netzwerk weitere potenzielle Kandidaten. Glücklicherweise fand sich über eine Kommilitonin ein Mann, welcher eine RP hinter sich hatte und der für ein Interview bereit war.

Untenstehend sind die Basisdaten der vier Interviewteilnehmer in einer Tabelle zusammengestellt:

Überblick über die Basisdaten der Teilnehmer

Interview- teilnehmer	Alter im Juni 2022	Operations- Datum	Partnerin vor OP	Partnerin nach OP	Nerven- schonung
A	60	Aug. 2021	Ehefrau	Ehefrau	beidseits
B	55	Juni 2021	Ehefrau	Partn. oh. Sex	einseitig
C	55	Jan. 2021	Ehefrau	Ehefrau	einseitig
D	52	Dez. 2018	langjähr. Freundin	neue Bezie- hung	beidseits

Weitere relevante Angaben zu den Teilnehmern:

Hier folgen weitere relevante Angaben zu den vier Teilnehmern, die zum Verständnis der Interviews beitragen:

Teilnehmer A: keine weitere Bemerkung

Teilnehmer B: Teilnehmer B lebt heute mit einer neuen Partnerin zusammen – in Wohngemeinschaft, wie er es ausdrückt. Er hat mit ihr (noch) keinen Sex. Dies ist für das Interview nicht ideal, da Fragen zum Paarsex vor und nach der OP bedeutend sind. Es ist dem Autor entgangen, dies vorgängig abzuklären. So werden die Aussagen bei der Auswertung von B nur dort berücksichtigt, wo durch die fehlende Sexpartnerin nach der OP keine Verzerrungen entstehen.

Teilnehmer C: Bei Teilnehmer C ist nach der OP ein weiterhin hoher PSA-Wert festgestellt worden, was bedeutet, dass trotz der Entnahme der Prostata das Karzinom noch nicht ganz beseitigt war. Daher wurde er neun Monate nach der OP vorsichtshalber noch bestrahlt (vergleiche Kapitel 2.3.2 *Andere Therapieansätze*). Nun sind seine PSA-Werte wieder in Ordnung.

Teilnehmer D: Teilnehmer D hat eine interessante Vorgeschichte. Er hat vor der OP bereits an einem Tantrakurs teilgenommen, wo er sich mit sich selbst und seinem Geschlecht auseinandersetzte. Er war auch bei Peter Gehrig in einer begleitenden Sexualtherapie.

Bei der Rekrutierung dieses Teilnehmers schien dem Autor die Andersartigkeit dieses Teilnehmers im Vergleich zu den anderen drei Teilnehmern interessant und er entschloss sich, diesen Mann als vierten Interviewteilnehmer in die Studie einzubeziehen, obwohl die OP etwas länger zurücklag als in den Anforderungen festgelegt.

4.3 Datenschutz und Forschungsethik

Vor den Interviews erhielten alle vier Interviewteilnehmer das «Informationsblatt zum Interview» (vgl. Anhang II) und die «Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview» (vgl. Anhang III). Beides konnten sie vor dem Interview durchlesen und sich die Teilnahme am Interview überlegen. Zudem wurde das Thema vor dem Interview auch mündlich

besprochen. Alle waren mit den Vorgaben einverstanden und unterschrieben die Einverständniserklärung.

Für die Masterarbeit wurden die vier Teilnehmer anonymisiert. Sie sind hier durch die Buchstaben A, B, C und D vertreten.

4.4 Entwicklung des Leitfadens

Der Interviewleitfaden sollte Fragen enthalten, die es erlauben, die Forschungsfragen zu beantworten und die Forschungshypothesen zu bestätigen oder zu widerlegen. Ebenso sollte das Modell Sexocorporel einbezogen werden. Um eine Veränderung der sexuellen Selbstsicherheit und der Komponenten des Modells Sexocorporel festzustellen, war zudem darauf zu achten, dass bei den entsprechenden Fragen der Zustand vor der OP mit dem Zustand nach der OP verglichen werden konnten.

Damit auch eine «Aussensicht» auf die Bewältigung der Männer eingeschlossen war, wurden drei Fragen im Leitfaden zirkulär formuliert. (Vgl. die Fragen No. 11, 26 und 27 im Leitfaden, Anhang IV). Die Frage 11 wurde bei den Analysekatégorien durch die Kategorie 12 «Wahrnehmung durch Partnerin: Sexuelle Offenheit des Teilnehmers?» gespiegelt. Die Fragen 26 und 27 werden durch die Analysekatégorie 17 «Wahrnehmung durch Partnerin: Bewältigung und «Verbesserungsmöglichkeiten?» gespiegelt.

Es entstand ein Leitfaden mit 27 Fragen. 17 Fragen davon dienen zur Klärung der Komponenten des Sexocorporel, mit den meisten wird der Zustand vor und nach der OP erfragt. Mit drei Fragen wird die Begleitung vor und nach der OP erforscht und weitere sieben Fragen dienen den Strategien der Interviewteilnehmer zur Bewältigung der Folgen des Eingriffs.

Die oben erwähnten drei Fragen für die Begleitung vor und nach der OP sollten ursprünglich mitausgewertet werden. Während der Arbeit stellte sich jedoch heraus, dass diese Fragen den Umfang dieser Arbeit überschritten hätten. So wurden diese Fragen nicht weiterbearbeitet.

4.5 Erhebung der sexuellen Selbstsicherheit

4.5.1 Faktoren, welche die sexuelle Selbstsicherheit beeinflussen

Aus der Definition der sexuellen Selbstsicherheit (vgl. Kapitel 3.4) leiten sich folgende Faktoren direkt ab:

- Die sexuelle Selbstsicherheit ist nur vorhanden, wenn das Gefühl der Geschlechtszugehörigkeit (GDG) gut ist und wenn der Zugang zum eigenen Geschlecht vorhanden ist
- Narzissmus

- Exhibitionismus

Gehrig formuliert einen weiteren bedeutsamen Punkt:

- Die Erektion steht in engem Bezug zum Erleben eigener männlicher Identität. Sie ist Voraussetzung für sexuelle Selbstsicherheit (Gehrig, 2007, S. 26).

Dann gibt es weitere Faktoren, welche Schütz im Unterricht erwähnte (Steinmann, 2022, S. 53):

- Erotisierung des eigenen sexuellen Archetyps
- genitale Lernschritte und Aneignungen -> z. B. Verbesserung des Bezugs zum Penis
- Entwicklung erotischer Fantasien
- Individuation und Autozentrierung
- Fähigkeit zu emotionaler Intensität in der Sexualität

4.5.2 Analysekategorien zur Bestimmung der sexuellen Selbstsicherheit

In dieser Arbeit soll die Veränderung der sexuellen Selbstsicherheit vor und nach einer RP untersucht werden. Die sexuelle Selbstsicherheit ist eine Eigenschaft, welche nicht direkt im Interview erfragt werden kann. So muss diese Eigenschaft indirekt eruiert werden. Es gibt verschiedene Analysekategorien (AK) aus der Textanalyse (vgl. Kapitel 0), welche Rückschlüsse auf die sexuelle Selbstsicherheit erlauben.

Aus der Beschreibung der sexuellen Selbstsicherheit im Kapitel 4.5.1 lassen sich AKs ableiten, welche Aufschluss über die sexuelle Selbstsicherheit geben. Die AKs sind in den Farben der entsprechenden Hauptkategorien des Sexocorporel dargestellt (vgl. Anhang I).

- 2 erreichte Steifheit des Penis
- 6 Bezug zum Penis
- 7 Bezug zum männlichen Körper
- 8 Penisgenuss
- 9 Penisstolz
- 10 Lust/Vorfreude zum Eindringen
- 11 Penisstolz Fantasien
- 12 Wahrnehmung durch die Partnerin

4.6 Leitfadeninterviews

Anfang Juni 2022 hatte der Autor den Leitfaden entwickelt und war für die Interviews bereit. Er nahm mit den Interviewteilnehmern Kontakt auf und sandte allen vier Teilnehmern eine E-Mail mit dem Informationsblatt (vgl. Anhang II) und der Einverständniserklärung (vgl. Anhang III). Gleichzeitig bat er um einen möglichst zeitnahen Interviewtermin. Zwei der vier Teilnehmer hielten sich zu der Zeit im Ausland auf. So wurde mit ihnen vereinbart, das Interview per Zoom durchzuführen.

Es ergaben sich die folgenden Interviewtermine für die vier Teilnehmer:

Teilnehmer A: Teilnehmer A war im Ausland. So wurde das Interview am 10. Juni 2022 um 14 Uhr per Zoom durchgeführt.

Teilnehmer B: Teilnehmer B wohnt in der Nähe des Autors. Er wollte nicht, dass der Autor für das Interview zu ihm nach Hause kommt, sondern fragte, ob das Interview nicht beim Autor zu Hause stattfinden kann. So willigte der Autor ein. Das Interview wurde am 8. Juni um 15 Uhr beim Autor zu Hause durchgeführt.

Teilnehmer C: Teilnehmer C wohnt in einem Vorort von Zürich. Das Interview wurde am 9. Juni 2022 um 17 Uhr bei ihm zu Hause durchgeführt.

Teilnehmer D: Teilnehmer D hielt sich im Ausland auf. Sein Interview wurde am 16. Juni 2022 um 16 Uhr per Zoom durchgeführt.

4.7 Skalenbögen

Mithilfe von speziellen Skalenbögen wurden die Einschätzungen der vier Teilnehmer zu bestimmten Fragen in Skalenform ermittelt. Dadurch ist eine bessere quantitative Einschätzung der Antworten zu den betreffenden Fragen möglich.

Die Einschätzung des Skalenwertes vor der OP wurde auf den Skalenbögen mit einem «V» bezeichnet und die Einschätzung des Skalenwertes nach der OP mit einem «N».

Jede Skala wurde für die Interviews auf ein einzelnes Blatt ausgedruckt (ausser den Fragen 2a und 2b, welche gemeinsam auf ein Blatt gedruckt wurden), was ein unkomplizierteres und anschaulicheres Besprechen der Fragen mit den Teilnehmern erlaubte.

Zur besseren Übersicht wurden die Ergebnisse anschliessend in komprimierter Form auf die beiliegenden Skalenblätter übertragen (vgl. Anhang V).

4.8 Transkription

Da die Zeit bis zum Abgabetermin knapp war, entschloss sich der Autor, die Transkription durch eine professionelle Firma erledigen zu lassen. Im Internet gab es dazu verschiedene Angebote. Es war bedeutsam, eine Schweizer Firma zu finden, damit eine einwandfreie Transkription der schweizerdeutschen Interviewaufnahmen ins Hochdeutsche sichergestellt war. Der Autor entschloss sich, die Firma Traducthek aus Luzern (www.traducthek.com) mit der Transkription zu beauftragen.

Damit auch der Datenschutz sauber eingehalten wird, wurde vorgängig eine Datenschutzerklärung gegenseitig unterzeichnet. Diese bekräftigt die Vertraulichkeit der Daten und stellt sicher, dass die Daten keinen Drittpersonen zugänglich gemacht werden. Ebenso wurde von der Firma Traducthek verlangt, dass sie nach Abschluss des Auftrages alle Audiodateien und alle Transkripte vollständig löscht und/oder vernichtet.

Die Transkripte waren nach kurzer Zeit für die Datenanalyse verfügbar und die Transkription erfolgte in hoher Qualität.

4.9 Datenanalyse,

Für die Datenanalyse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet, mit einem deduktiven Kategoriensystem, welches auf den Forschungsfragen und den Forschungshypothesen basiert.

Wie von Döring und Bortz beschrieben, geschieht die Datenanalyse im Regelfall durch die Nutzung einer spezialisierten QDA-Software (Qualitative-Data-Analysis-Software). Wie im Kapitel 1.6 beschrieben, benutzte der Autor die Software MAXQDA.

Zum Analysieren der Transkripte wurden AKs gebildet, zu welchen die Textstellen der Transkripte anschliessend zugeordnet werden konnten. Die AKs wurden auf Grund der Forschungsfragen gebildet und entsprechen ungefähr dem Interviewleitfaden, da auch dieser auf Grund der Forschungsfragen gebildet worden ist. Die AKs und die Fragen des Interviewleitfadens unterscheiden sich leicht, da zum Teil zwei Interviewfragen mit einer AK abgedeckt werden und der Autor zudem während der Analysearbeit feststellte, dass einige zusätzliche AKs die Analyse verfeinern würden. Die Mehrheit der AKs sind einer der vier Hauptkategorien des Sexocorporel zugeordnet und tragen die entsprechenden Farben.

Bildung zusätzlicher induktiver Analysekategorien

Wie im Kapitel 4.9 beschrieben, sind während der Analyse einige AKs eingefügt worden, die während dem Analyseprozess entstanden sind, um die Transkripte genauer erfassen und analysieren zu können:

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1a | Luststeigerung | Subkategorie zu Selbstbefriedigung. Diese Subkategorie erlaubt, die Luststeigerung besser zu erfassen. |
| 1b | Orgasmus ¹ SB | Subkategorie zur Selbstbefriedigung. Mit ihr wird erfasst, ob die Interviewteilnehmer zum Orgasmus kommen. |
| 3a | Orgasmus Paar | Subkategorie zu Paarsex. Mit ihr wird erfasst, ob der Interviewteilnehmer im Paarsex zum Orgasmus kommt. |
| 3b | Veränderung Paarsex | Subkategorie zu Paarsex. Mit ihr wird erfasst, Veränderungen, die im Paarsex auf Grund der Nebenwirkungen der Operation entstanden sind. |
| 4 | Ejakulation | Neue AK. Mit ihr werden Bemerkungen zur Ejakulation erfasst. |

¹ In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff Orgasmus allgemein verwendet und nicht zwischen Orgasmie und Orgasmus unterschieden. Diese Unterscheidung war nicht Thema der Befragung und sie wurde daher für diese Befragung absichtlich ignoriert.

4.10 Tabelle der Analysekategorien

Spalten:

1. Spalte: Nummer der Analysekategorie mit der Farbe der entsprechenden Hauptkategorie des Sexocorporel. Die grauen Analysekategorien sind keiner Hauptkategorie zugeordnet. Wo der Balken in der ersten Spalte schmaler ist, handelt es sich um eine während der Analyse gebildete Subkategorie.
2. Spalte Analysekategorie
3. Spalte Definition der Analysekategorie
4. Spalte Ankerbeispiel für diese Analysekategorie = zur Analysekategorie passender Satz eines Interviewteilnehmers aus den Transkripten

Nr.	Analysekategorie	Definition	Ankerbeispiele
1	Selbstbefriedigung	Stimulation und Erregung des Penis bis zum Orgasmus	«Selbstbefriedigung, das mache ich, zwei- oder dreimal.» (C, 119–120)
1a	Luststeigerung	Wie kann die Lust einfach gesteigert werden?	«...in etwa gleich wie vorher. Also es gibt ab und zu einen Film, der mich stimuliert.» (B, 107–108)
1b	Orgasmus SB	Kann eine Orgasmus erreicht werden? Wie gut kann er erreicht werden?	«Aber ja, ich komme so zum Orgasmus, das kann man eigentlich sagen.» (B, 130)
2	erreichte Steifheit des Penis	Welche maximale Steifheit erreicht der Penis?	«Aber ich habe noch eine, es ist [...] nicht ganz nichts» (A, 72–73) «...es ist gar nicht so einfach, ist gar nicht so einfach. Momentan geht nichts.» (C, 33–34)
3	Paarsex	Häufigkeit und Art des Paarsex?	«Unmittelbar vor der Operation haben wir eigentlich (..) praktisch jeden Tag Sex gehabt, wenn wir uns gesehen haben.» (D, 230–231)

3a	Orgasmus Paar	Kann der Orgasmus erreicht werden? Wie gut kann er erreicht werden?	«Ja, das ist schon... aber einen Orgasmus hat man tatsächlich.» (A, 122–123)
3b	Veränderung Paarsex	Hat sich im Paarsex von vor zu nach der Operation etwas verändert?	«Ich sage jetzt, wir können nicht stundenlang herumtrödeln, wir müssen vorwärts machen.» (A, 160–161)
4	Ejakulation	Empfindungen zur Ejakulation, welche nach der OP fehlen	«Für mich ist es natürlich nicht mehr ganz das Gleiche, wie es einmal war, wenn man keine Ejakulation mehr bekommt.» (A, 120–121)
5	Stellenwert der Sexualität	Wichtigkeit der Sexualität im Leben des Mannes	«Ja eben, das Verlangen ist immer noch gleich wie vorher.» (B, 46) «Also sehr, sehr wichtig.» (D, 35)
6	Bezug zum Penis	Wie erlebt der Mann sein eigenes Geschlecht? Stolz auf sein Geschlecht als Basis der Männlichkeit?	«Ehrlich gesagt habe ich gar nie so am Penis herumstudiert.» (A, 59–60)
7	Bezug zum eigenen männlichen Körper	Wie erlebt der Mann seinen eigenen männlichen Körper? Ist er stolz auf den Körper als Basis der Männlichkeit?	«Ja, ich habe also körperlich ein gutes Gefühl.» (A, 82) «...deutlich [...] tiefer und stärker, in meinem männlichen Selbstverständnis.» (D, 110–111)
8	Penisgenuss	Genuss des Penis, wenn er sich bei SB erregt?	«Nein, dann ist, ja dann ist es nicht so ein Genuss.» (A, 222)

			«Ja, der ist schön, ist gut.» (C, 410)
9	Penisstolz	Stolz auf den erigierten Penis?	«...man ist immer stolz, wenn etwas geht.» (C, 456)
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	Lust/Vorfreude auf das Eindringen mit dem Penis in die Vagina?	«Das ist schön gewesen vorher.» (C, 486) «Und irgendwie hatte ich Lust.» (D, 620–621)
11	Penisstolz-Fantasien	Fantasien, in denen Penisstolz vorkommt?	«...ich komme so hin, habe eine Erektion und penetriere eine Frau.» (D, 642–643)
12	Wahrnehmung durch Partnerin: Sexuelle Offenheit des Teilnehmers?	Wahrnehmung des Mannes durch die Partnerin in Bezug auf seine sexuelle Offenheit und seine Zeigefreude	«Jetzt bin ich eher ein bisschen zurückhaltender geworden.» (A, 287–288) «Eher offen.» (B, 259)
13	Koitus nicht möglich. Welches sind Alternativen?	Wenn der Koitus nach der OP nicht möglich ist – welche Alternativen für Sex sind vorhanden?	«... bei der Frau kannst du sehr viel mit den Händen machen, kannst mit Maul, Zunge...» (D, 549–550)
14	Bewältigungsstrategien, körperlich	Welche körperlichen Bewältigungsstrategien wurden angewendet und welche davon halfen?	«Er hat mir gesagt, ich solle ab und zu das Viagra nehmen da, zweimal in der Woche, dreimal. Aber ich [...] habe es nicht gemacht. Weil ich habe gesagt, [...] das gibt doch einen Druck im Hirn.» (C, 115–118)
15	Bewältigungsstrategien, psychisch	Welche psychischen Bewältigungsstrategien wurden angewendet und welche davon halfen?	«Also bei Peter Gehrig, das ist sicher einfach toll gewesen...» (D, 907) «Positiv denken.» (G, 590)

16	Rolle der Partnerin für die Bewältigung	Welche Rolle spielte die Partnerin für die Bewältigung der Situation nach der OP?	«Ja, sie hat mich [...] wirklich unterstützt in allem ... [...] Eine sehr gute Partnerin!.» (A, 493–496)
17	Wahrnehmung durch Partnerin: Bewältigung und Verbesserungsmöglichkeiten?	Wie nahm die Partnerin die Bewältigung der neuen Situation nach der OP wahr und welche Verbesserungsmöglichkeiten sähe sie?	«Was sie sagen würde, eigentlich, was sie sagen würde, ja, dass ich es gut gemacht habe.» (C, 621–622)
18	Begleitung vor und nach dem Eingriff – Verbesserungsmöglichkeit?	Wie ist der Mann vor und nach dem Eingriff begleitet worden? Gibt es etwas, dass der Arzt hätte besser machen können?	«Nein, ich habe eigentlich das Gefühl gehabt, er hat alles sehr gut gemacht.» (A, 401–402) «...ich habe einen sehr guten Urologen gehabt, aber einen, der nicht über Sexualität reden konnte.» (D, 657–658)
19	Einbezug der Partnerin bei der Begleitung	Wie ist die Partnerin bei der Begleitung miteinbezogen worden?	«Sie ist mitgegangen, das zweite Mal. Dann hat Luginbühl das nochmals erzählt, oder und wir haben zu Hause über das geredet [...] das ist ganz klar gewesen.» (C, 538–540)

5 Ergebnisse

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die gesamten Ergebnisse, welche durch die Analyse der vier Transkripte entstanden sind. Jede Kategorie entspricht eine Zeile, in welcher alle wichtigen Texte zu dieser Kategorie aufgeführt sind. Die Hauptkategorien des Sexocorporel sind mit Untertiteln voneinander abgegrenzt.

Spalten:

1. Spalte: Analysekategorie.
2. Spalte: In dieser Spalte ist alles Wesentliche, das in den Transkripten zu dieser Analysekategorie enthalten war, aufgeführt.
3. Spalte: In dieser Spalte sind die Ergebnisse der Spalte 2 in möglichst kompakter Form zusammengefasst.

Für weitere Erklärungen zu diese Ergebnistabelle siehe die *Legende zur Ergebnistabelle* auf Seite 51.

5.1 Veränderungen der Komponenten des Sexocorporel

5.1.1 Physiologische Komponenten

Analyse-kategorie	Wesentliches aus den Antworten der vier Teilnehmer	Zusammenfassung, Veränderungen
1. Selbst-befriedigung, Frequenz	Vor der OP Häufigkeit der SB: A: 1 x / Woche B: 1–2 x / Woche C: 1–2 x / Woche D: 1–2 x / Woche Nach der OP	Bei Teilnehmer A nahm die SB nach der OP ab, bei B blieb sie gleich. C und D stimulierten sich häufiger, weil ihnen eine gute Durchblutung der Schwellkörper sehr wichtig war.

	Häufigkeit der SB: A: sehr selten allein war keine Erektion möglich, nur mit der Frau (A, 96–104). B: 1–2 x / Woche C: ca. 3 x /Woche mehr als vorher, als Übung für den Penis (C, 276) D: ca. tägl. D machte fast täglich SB, damit die Schwellkörper durchströmt werden (D, 143–148).	
1a. Lust-Steigerung SB	Vor der OP: Alle Teilnehmer konnten durch SB ihre Lust steigern. Nach der OP: Für Teilnehmer A war die Luststeigerung sehr schwierig. Am besten ging es zusammen mit seiner Frau (A, 88–90). B und C steigerten die Lust mechanisch durch Reiben der Vorhaut an der Eichel. B benutzte dazu Videos und/oder ein vibrierendes Massagegerät. Bei B funktionierte die Stimulation auch in unerregtem Zustand des Penis bis zum Orgasmus (B, 125–126). C sagte, dass er jetzt mehr Druck benötige und länger brauche bis zum Höhepunkt (C, 283–296). D steigerte die Lust vor allem durch Druck auf Schaft und Frenulum. Das Frenulum habe heute weniger Gefühl als vor der OP. Früher konnte D die Lust mit minimalen Berührungen des Frenulums kontrollieren und, wann immer er wollte, zum Höhepunkt gelangen. Heute gehe es gut, bis vor den Höhepunkt. Der letzte Schritt zum Höhepunkt sei schwieriger geworden und gelinge nicht immer. Wenn er den Höhepunkt nicht erreichte, war Ds Strategie die folgende: Keine Energie mehr daran verlieren und sich auf andere Wahrnehmungen konzentrieren (D, 194–198).	Vor der OP konnten alle Teilnehmer durch SB ihre Lust steigern. Nach der OP konnten drei der Teilnehmer durch die SB ihre Lust steigern (B, C, D). Es benötigte allerdings bei allen mehr Einsatz und mehr Zeit als vor der OP. Einer der Teilnehmer (A) konnte sich kaum mehr selbst stimulieren. Die Luststeigerung ging bei ihm dafür sehr gut mit seiner Frau.

1b. Orgasmus SB	Vor der OP: Alle Teilnehmer erreichten den Höhepunkt in der SB. Nach der OP: Teilnehmer A erreichte in der SB kaum mehr den Höhepunkt, da er keine Erektion mehr hatte. Mit der Frau gehe es jedoch gut (A, 88–89). Die Teilnehmer B und C erreichten in der SB einen Orgasmus. Für beide war es eine gute Erfahrung (B, 130–132). Auch D erreichte einen Orgasmus. D kam mit der Luststeigerung durch Erregung des Frenulums bis kurz vor den Höhepunkt, doch von dort war es manchmal schwierig, die Erregung weiter bis zum Orgasmus zu steigern (D, 207–211).	Vor der OP erreichten alle Teilnehmer einen Orgasmus. Nach der OP erreichte Teilnehmer A kaum mehr einen Orgasmus in der SB. Die anderen drei Teilnehmer erreichten einen Orgasmus, allerdings alle mit weniger Leichtigkeit als vor der OP.
2. Erreichte Steifheit des Penis	Vor der OP, SB: Alle Teilnehmer erreichten eine Erektion mit V = 80 bis 100 %. Vor der OP, Paar: Auch hier erreichten alle Teilnehmer eine Erektion mit V = 80 bis 100 %. Nach der OP, SB: Teilnehmer A gab noch eine Erektion von N = 40 % an, Teilnehmer B noch eine solche von N = 10 %; Teilnehmer C kam auf eine Erektion von N = 60 % und Teilnehmer D gab einen Erektionsbereich von N = 20 bis 100 % an. Nach der OP, Paar: Hier war Teilnehmer A bei N = 90 %; Teilnehmer B nannte keinen Wert, weil er keine Sexpartnerin hatte; Teilnehmer C konnte nichts angeben, weil die Erektion sehr unzuverlässig war und Teilnehmer D gab einen Erektionsbereich von N = 0 bis 100 % an. Teilnehmer D erwähnte noch, dass nach Einnahme einer Tablette (D verwendete normalerweise Spedra) die Erektion so stark werden konnte, dass sie schmerzte und dass	Alle Teilnehmer hatten vor der OP sehr gute Erektionen. Nach der OP wurde die Erektion sowohl bei SB und auch im Paarsex bei allen Teilnehmern unzuverlässig und erreichte Werte von 0 bis 100 %. Tendenziell waren die Teilnehmer, die sich intensiver selbst stimulierten (C, D), in einer besseren Situation.

	auch seine Partnerin die Erektion beim GV als unangenehm empfand (D, 853–861).	
3. Paarsex, Frequenz	Vor der OP Häufigkeit des Paarsexes: A: 1 x / Woche B: 1 x / Monat. B hätte mehr gewollt, aber seine Frau sei Alkoholikerin und «frigide» gewesen (A, 333–336; 367–369). C: 2–3 x / Woche D: ca. täglich Nach der OP Häufigkeit des Paarsexes: A: 1 x / Woche am Sonntag, weil das Paar dann entspannt sei und Zeit habe (A, 117–118). B: kein Paarsex Sexpartnerin fehlte seit der OP (B, 18–21) C: 2–3 x / Woche D: ca. 4 x / Woche Fernbeziehung, sonst wäre es wahrscheinlich mehr Sex. In der gemeinsamen Zeit gab es auch mehrmals am Tag GV (D, 230–235; 245–249).	Die Frequenzen des Paarsexes waren tendenziell gleichgeblieben, ausser dort, wo sich die äussere Situation geändert hatte. Ein Teilnehmer hatte nach der OP keine Sexpartnerin mehr und ein Teilnehmer ging nach der OP eine Fernbeziehung ein, was den Sex einschränkte.
3a. Orgasmus Paarsex	Vor der OP: Alle Teilnehmer erreichten einen Orgasmus im Paarsex. Nach der OP: Auch nach der OP erreichten alle Teilnehmer einen Orgasmus. Für Teilnehmer A fühlte sich der Orgasmus vor und nach der OP gleich an. Teilnehmer B hatte nach der OP keine Sexpartnerin. Teilnehmer C gab an, dass er seit der OP weniger Orgasmen hatte als vor der OP (C, 335–	Ausser einem Teilnehmer, welcher keine Sexpartnerin hatte, erreichten alle Teilnehmer einen Orgasmus auch nach der OP. Alle betonten, dass sie den Orgasmus weniger zuverlässig erreichten und

	341). Auch Teilnehmer D hatte Orgasmen beim Paarsex. Alle Teilnehmer – ausser B – erwähnten, dass sie seit der OP einen Orgasmus weniger zuverlässig erreichten und mehr Zeit benötigten, bis sie diesen erreichten, als vor dem Eingriff.	sie dafür mehr Zeit benötigten als vor der OP.
3b. Veränderung Paarsex	Zu den Veränderungen im Paarsex sagte Teilnehmer A, dass sich die Standfestigkeit des Penis verringert habe und nun die Erektion das Signal gebe, wann der «Akt» kommen müsse (A, 152–158). Der GV sei dadurch zielgerichteter geworden. Teilnehmer B äusserte sich nicht, da er keine Sexpartnerin hatte. Teilnehmer C verstand es so, dass, was vorher Vorspiel war, jetzt ausgedehnter sei, mit mehr Zärtlichkeit als Bewältigungsstrategie für die neue Situation (C, 353–362). Für Teilnehmer D veränderte sich der Paarsex in dem Sinn, dass es jetzt bei ihm oft nur ein Vereinigen sei, wobei nicht auf einen Orgasmus hingearbeitet werde. Der Orgasmus sei nicht vorrangig. Der Sex habe jetzt eine andere Reihenfolge, weil der Penis eigenwilliger geworden sei. Wenn Teilnehmer D in die Lust kam, vereinigte er sich mit seiner Partnerin unabhängig von der Länge des Vorspieles und sie blieben oft längere Zeit ruhig vereinigt (D, 270–279).	Allen Teilnehmern – ausser B, der keine Sexpartnerin hatte – gemeinsam war, dass das Vorspiel, die Zärtlichkeit mehr Gewicht bekam. Ebenso gab der Penis auf Grund der Eigenwilligkeit der Erektionen den Zeitpunkt des Vereinigens an. Wenn ein Höhepunkt erreicht werden sollte, musste dieser nach einer Vereinigung bewusst angestrebt werden.
4. Ejakulation	Während des Interviews wurden die Teilnehmer nicht nach der wegen der RP fehlenden Ejakulation gefragt. Trotzdem wurde dieses Thema von allen Teilnehmern erwähnt. Daher sollte es auch in der Auswertung Platz haben und die entsprechenden Äusserungen wurden in eine spezielle Analysekategorie eingefügt.	Der Verlust der Ejakulation bewegte die Männer. Zwar waren die Wahrnehmungen bei einem Orgasmus gleich, aber das Ejakulat fehlte. Es sei nicht mehr dasselbe wie vorher.

	Teilnehmer A erwähnte, dass GV ohne Ejakulation nicht mehr dasselbe sei wie noch vor der OP, obwohl das Gefühl beim Orgasmus dasselbe sei (A, 120–123). Teilnehmer B äusserte, dass natürlich nichts mehr komme, keine Flüssigkeit (B, 128). Teilnehmer C sagte: «Da kommt natürlich nichts mehr, nur Luft» (C, 342–343). Teilnehmer D bedauerte, dass es ihm durch den Urologen nicht erklärt worden sei, was es bedeute, dass die Ejakulation ausbleibt. Erst nach der OP konnte er mit einem jungen Urologen darüber sprechen (D, 664–672).	
--	---	--

5.1.2 Kognitive Komponenten

5. Stellenwert der Sexualität	Vor der OP: Der Stellenwert der Sexualität war bei den Teilnehmern A, C, D bei V = 6, bei Teilnehmer B war er bei V = 5. Nach der OP: Bei den Teilnehmern B, C und D war der Stellenwert unverändert auf N = 6 resp. N = 5. Teilnehmer A stufte den Stellenwert der Sexualität von V = 6 auf N = 4 zurück. Als Erklärung sagte A dazu, dass vor der OP noch «ein bisschen etwas gegangen ist» (A, 46). Er meinte auch, dass, als er noch jünger war, der Wert für die Wichtigkeit der Sexualität eher bei 7 lag (A, 39–41). Teilnehmer C äusserte sich ebenfalls resigniert: «Aber wenn es nicht funktioniert...» (C, 108–109).	Der Stellenwert der Sexualität blieb bei allen drei Teilnehmern hoch zwischen 5 und 6. Teilnehmer A stufte den Stellenwert von 6 auf 4 herunter.
6. Bezug zum Penis	Vor der OP: Teilnehmer A, B und C hatten vor der OP ihren Penis kaum im Bewusstsein. Bei allen funktionierte der Penis immer gut und zuverlässig. «Ehrlich gesagt habe ich gar nie so am Penis herumstudiert» (A, 59–60).	Allen vier Teilnehmern gemeinsam war, dass der Bezug zum Penis durch die OP zunahm. Bei Teilnehmer D löste die OP und die Krebsdiagnose einen inneren

	Teilnehmer D hatte schon vor der OP einen differenzierten Bezug zum Penis. Dies ist darauf zurückzuführen, dass er sich vor der OP schon intensiv mit seiner Sexualität auseinandersetzte. Beispielsweise besuchte er zwei Jahre vor der OP einen Tantrakurs. Nach der OP: Bei den Teilnehmern A, B und C kam der Penis erst durch die OP mehr ins Bewusstsein, weil er nicht mehr oder nicht mehr so gut funktionierte wie vorher. «Ja das ist ja klar, er muss wieder funktionieren» (C, 245–246). Auch bei Teilnehmer D rückte der Penis nach der OP noch mehr ins Bewusstsein. Nach der OP war die Erektion sehr schwach. Innert zwei Jahren stellte sich mit viel Übung alles wieder einigermaßen ein. Doch auch heute, drei Jahre nach der OP, sei die Erektion fragiler als vor der OP. Auch das angenehme Kribbeln an der Peniswurzel sei durch die OP zurückgegangen. Bezug zum Penis von Teilnehmer D: Teilnehmer D formulierte seinen Bezug zum Penis so: Wenn er an seinen Penis denke, verspüre er ein Übermass an Dankbarkeit, der Penis sei eine unglaubliche Lustquelle, physiologisch faszinierend und ein in hohem Masse verbindendes Organ in der Paarbeziehung (D, 46–52).	Wachstumsschub aus und so sei sein Bezug zum Penis differenzierter geworden (C, 334–340).
7. Bezug zum eigenen männlichen Körper	Teilnehmer A, B und C sagten alle, dass sie einen gesunden Bezug zu ihrem männlichen Körper hätten. «Eigentlich ein Gutes [...] ich bin genug gross und ich habe das Gefühl, ich bin noch stark für meine 60 Jahre» (A, 77–78). B freute sich, dass er durch die OP 8 kg abgenommen hatte. C wollte auch	Die Teilnehmer A, B und C sagten, sie fühlen sich gut verankert in ihrem männlichen Körper, sowohl vor wie auch nach der OP. Eine kleine Unsicherheit war jedoch spürbar: Der Umgang mit dem

	etwas abnehmen. Sonst veränderte sich der Bezug zum männlichen Körper bei A, B und C nicht bedeutend. Teilnehmer D erzählte, dass die Krebsdiagnose und die OP mit ihren Folgen sich für ihn wie ein «verdammt, «huere» Prellbock» (D, 125–126) angefühl hätten, in den ein Intercity rast, der dort brutal gestoppt wird. Aus drei Jahren Distanz betrachtet, sei dies jedoch wie ein Katalysator gewesen (D, 123–129). Dadurch sei D deutlich tiefer und stärker in sein männliches Selbstverständnis hineingewachsen (D, 110–111).	Gewicht war bei B und C nicht ganz entspannt. Bei Teilnehmer D bewirkte die Krebsdiagnose und die OP mit ihren Folgen einen Schock, der eine Vertiefung und Stärkung des männlichen Selbstverständnisses auslöste und die Verankerung im männlichen Körper vertiefte.
--	---	---

5.1.3 Sexodynamische Komponenten

8. Penisgenuss bei SB	Vor der OP: Teilnehmer B, C und D genossen den Penis sehr (V = 7). Teilnehmer A bewertete den Genuss mit V = 5, sagte aber zugleich, dass er den Penis nicht geniessen konnte, was eigentlich V = 0 entsprechen würde (A, 224–226). Die Werte von A müssen wegen dieses Widerspruchs mit Vorsicht betrachtet werden. Nach der OP: A bewertete auch nach der OP den Genuss mit N = 5. B reduzierte seine Bewertung um zwei Punkte auf N = 5, weil sehr wenig Erektion vorhanden sei (B, 230–231). C+D genossen den Penis auch nach der OP sehr und blieben mit ihrer Bewertung bei N = 7.	Die Werte für den Penisgenuss waren bei zwei Teilnehmern (C+D) vor und nach der OP auf 7. Bei Teilnehmer B reduzierte sich der Wert von 7 auf 5. Teilnehmer A wird wegen eines Widerspruchs ausgeblendet.
9. Penisstolz	Vor der OP, SB: Teilnehmer C und D bewerteten den Penisstolz bei SB mit V = 7, Teilnehmer B mit V = 6 und Teilnehmer A mit V = 4. Er sagte, an seinem Bizeps am Arm hätte er mehr Freude (A, 261–262).	SB: Bei drei Teilnehmern bleibt der Wert unverändert (C, D auf 7 und A auf 4). B nannte nur einen Wert vor der OP (V = 6),

	Nach der OP, SB: Teilnehmer C und D bewerteten den Penisstolz unverändert mit N = 7, auch Teilnehmer A liess den Wert unverändert bei N = 4. Teilnehmer B nannte keinen Wert, da der Penis nicht mehr erigierte. Vor der OP, Paar: Teilnehmer B, C und D nannten Werte für den Penisstolz von V = 6–7. Teilnehmer B betonte, für ihn sei die Standhaftigkeit des Penis wichtiger als der Stolz auf den Penis (A, 303–311). Teilnehmer A nannte V = 5. Nach der OP, Paar: Teilnehmer C blieb bei N = 7, B nannte den Wert N = 6 in Bezug auf den Zeitpunkt, an dem der Penis erigiert sei. Teilnehmer A nannte einen höheren Wert N = 6, da der Stolz jetzt besonders gross sei, wenn der Penis erigiere (A, 306–307). Teilnehmer D nannte für den Penisstolz im Beisein der Partnerin auch den Wert N = 7, jedoch im Beisein anderer Personen nur N = 5–6, da er im Beisein anderer Personen noch Schwierigkeiten hätte, in seine genitale Lust zu kommen (D, 446–447)	da der Penis nach der OP nicht mehr erigiere. Paar: Teilnehmer C blieb unverändert bei 7, B unverändert bei 6 (falls eine Erektion da ist); bei A erhöhte sich der Stolz von 4 auf 5, da nach der OP die Erektion etwas Besonderes sei. Teilnehmer D war mit der Partnerin bei N = 7, im Beisein anderer Personen bei N = 5–6 Allgemein: Teilnehmer A und B waren etwas ratlos und konnten mit dem Begriff «Penisstolz» nicht viel anfangen.
10. Lust/Vorfreude in Bezug auf das Eindringen?	Vor der OP: Die Lust und die Vorfreude in Bezug auf das Eindringen wurden von den vier Teilnehmern unterschiedlich erlebt. Alle bis auf Teilnehmer B hatten vor der OP sehr grosse Lust/Vorfreude in Bezug auf das Eindringen (V = 6–7). B war mit einer Frau mit sexueller Unlust zusammen und bewertete darum V = 1. Nach der OP: A und C sagten, dass sie von ihrem Penis enttäuscht seien. A bewertete trotzdem mit N = 7, C bewertete N = 4 weil es nicht immer funktioniert (C, 497–503). Da B keine Sexpartnerin hatte, bewertete er N nicht.	Die Lust und Vorfreude in Bezug auf das Eindringen verschlechterten sich tendenziell durch den nicht mehr zuverlässig erigierten Penis nach der OP.

	D differenzierte und sagte, dass es vor der OP eher «Lust» gewesen sei, jedoch nach der OP jedoch eher «Vorfreude» auf eine innige Verschmelzung (D, 558–571). D gab dafür einen Bereich von N = 4–7 an.	
11. Penisstolz-fantasien?	Die Teilnehmer A, B und C hatten keine Fantasien im Zusammenhang mit Penisstolz. Teilnehmer D schilderte diesen Punkt wie folgt: Es sei ihm aufgefallen, dass sich seine Fantasien seit der OP verändert haben. Die Fantasie «Ich komme so hin, habe eine Erektion und penetriere eine Frau» stimme für D nicht mehr richtig. D sei nach der OP nicht mehr im Vollbesitz seiner Kräfte und so stellte er fest, dass sich das Fantasiebild und die Realität widersprüchen. Die Vorstellungen seien «etwas Kleinerem» gewichen (D, 638–649).	Die Teilnehmer A, B und C hatten keine Fantasien im Zusammenhang mit Penisstolz. Teilnehmer D stellte fest, dass durch die OP seine Kräfte gewichen seien und dadurch auch die Penisstolzfantasien «etwas Kleinerem» gewichen seien.

5.1.4 Beziehungskomponenten

12. Wahrnehmung durch Partnerin: Sexuelle Offenheit des Teilnehmers?	Vor der OP: Teilnehmer A, B und C sagten, dass sie vor der OP von ihren Partnerinnen als sehr offen wahrgenommen worden sind (V = 6–7). Teilnehmer D dagegen beschrieb, dass er bis zu seinem Tantraworkshop zwei Jahre vor der OP sehr gehemmt gewesen sei (D, 398–413) und gab dafür den Wert V = 3 an. Der Tantraworkshop löste in ihm eine Entwicklung aus, welche den Wert schon vor der OP auf V = 5 anhob. Nach der OP: A empfand, dass er nach der OP eher zurückhaltender geworden sei (A, 287–289) und bewertete N = 4; B hatte keine Sexpartnerin und bewertete darum diesen Punkt nicht; C empfand dass er als offen wahrgenommen werde auch nach der OP und bewertete dies mit N = 7. D sagte,	Die Veränderungen durch die OP waren bei den Teilnehmern unterschiedlich, von abnehmender Zeigelust über gleichbleibend bis zunehmende Zeigelust. Letzteres auf Grund von innerer Weiterentwicklung des Teilnehmers, ausgelöst durch die Krebsdiagnose und die OP.
---	---	--

	dass die Diagnose «Krebs» und die OP mit ihren Folgen wie ein Katalysator für seine Entwicklung gewirkt hatten und dass sich dadurch das «Sich-gerne-Zeigen» positiv entwickelt habe (D. 334–336). Er bewertete dies mit einem Bereich von N = 4–7.	
13. Koitus nicht möglich. Was sind die Alternativen?	Nach der OP: Teilnehmer A erzählte, dass ihm der Urologe eine Penis-schlinge empfohlen hatte, damit die Erektion besser halte. A kaufte eine solche und probierte sie aus. Er erlebte, wie die Schlinge eher störte als half, und legte sie wieder beiseite. (A, 324–334). Stattdessen versuchte es A mit mehr Zärtlichkeit, was ihn deutlich mehr befriedigte (A, 343–345). Teilnehmer B hatte mangels Sexualpartner keine Paarsexerfahrung nach der OP. Teilnehmer C entdeckte vermehrt den Oralverkehr, was für ihn auch befriedigend war (C: 447–483). Teilnehmer D sagte, dass man als Mann den Vorteil habe, dass bei einer Frau viel mit Händen, Mund und Zunge gemacht werden könne und überhaupt mit Zärtlichkeit und Berührung (D, 548–553). Auch fand er mit seiner Partnerin eine neue Art des Zusammenseins: Sie vereinigten sich still für 10 Minuten. Diese Vereinigung erlebten beide als unglaublich reich und beschenkend. Es war für beide eine tiefe Erfahrung (D, 621–625). Dann sagte D noch, dass, wenn er keine Erektion bekam oder diese fiel, er sich entschlossen hatte, diesem Umstand keine Aufmerksamkeit zu schenken, gar keine Energie zu geben und seine Aufmerksamkeit auf andere Berührungen zu lenken. Dies sei zwar schwierig, aber helfe (D, 505–516).	Für den Fall, dass ein Koitus nicht möglich war, fanden die Teilnehmer verschiedene Auswege. Oft wurde dann der sexuelle Austausch zärtlicher und ging Richtung von mehr Oralverkehr. Dies gab den Paaren auch ein hohes Mass an Befriedigung. Teilnehmer D entdeckte mit seiner Partnerin eine stille Vereinigung, welche für beide eine wunderbare Nähe schuf und zu einer tiefen Erfahrung wurde. Eine weitere Erkenntnis dieses Teilnehmers war es, einem nicht erigierten Penis keine Aufmerksamkeit zu geben und sich auf andere Berührungen zu konzentrieren, was zwar nicht ganz einfach sei, aber half.

5.2 Bewältigungsstrategien fürs veränderte Sexualleben

14. Bewältigungsstrategien körperlich	Teilnehmer A erwähnte folgende Bewältigungsstrategien: (1) Ihm half Tadalafil, täglich eine Tablette. Dabei ergaben sich für ihn keine Nebenwirkungen. (2) Das Paar passte den GV an den Penis an und ging zum GV über im Augenblick, wo der Penis erigiert war, ohne auf den Stand des Vorspiels Rücksicht zu nehmen (A, 160–161). (3) Der Hausarzt von A verschrieb ihm Vitamin B12, alle drei Monate eine Spritze. Dies helfe bei der Heilung und dem Zusammenwachsen der Nerven (A, 461–467). Teilnehmer B wandte folgende Bewältigungsstrategien an: (1) Einnahme von Viagra. Viagra verursachte bei ihm zwar Kopfschmerzen, es gab ihm jedoch gleichzeitig auch die Sicherheit, dass bei einer zukünftigen Partnerin etwas verfügbar wäre was helfen würde (B, 146–154). (2) B setzte ein vibrierender Rückenmassagestab am Penis ein, was auch erfolgreich war und einen Orgasmus auslöste (B, 489–504). Teilnehmer C erhielt zur Bewältigung Viagra vom Urologen, welches er 2 x pro Woche einnehmen sollte. Allerdings bekam C Kopfschmerzen vom Viagra (C, 114–118). Teilnehmer D wandte folgende Bewältigungsstrategien an: Der Urologe gab ihm im Spital bei der Abschlussvisite eine Packung Cialis, mit dem Hinweis, er solle täglich 5 mg nehmen (D, 813–823). Wegen der dadurch ausgelösten Kopfschmerzen ersetzte D das Cialis durch Spedra, das bei ihm 18 Stunden wirkte und mit weniger Kopfschmerzen verbunden war (D, 837–845). Nach Einnahme dieser Medikamente war die Erektion bisweilen so stark, dass sie	Die Teilnehmer benützten folgende Bewältigungsstrategien: (1) PDE-5 Hemmer zum Unterstützen der Erektion. Mehrere Teilnehmer klagten bei Viagra und Cialis, über Kopfschmerzen. Bei einem Teilnehmer wirkte Tadalafil und bei einem Teilnehmer Spedra, verträglicher ohne oder mit wenig Kopfschmerzen. Ein Teilnehmer beklagte sich, dass damit sein Penis zu hart und schmerzend werde für ihn und für die Partnerin. (2) Vitamin B12 Injektionen zur Unterstützung der Regeneration der Nerven. (3) Zuhilfenahme eines vibrierenden Massagegerätes, welches erfolgreich zu einem Orgasmus führte. (4) Eine ganzheitliche Beratung, z. B. durch das ZIO. (5) Meridiantherapie zum Neutralisieren der Narben.
--	--	---

	ihn schmerzte und auch für die Partnerin war der Penis zu hart und für sie schmerzend (D, 853–861). (2) Er liess sich beim Zentrum für integrative Onkologie (ZIO) ganzheitlich betreuen, u. a. mit Benutzung des Rüttelbrettes, welches das Unten und Oben im Körper wieder verbunden habe. (3) Er unterzog sich einer Meridiantherapie zum Neutralisieren der Narben (D, 792–808).	
15. Bewältigungsstrategien psychisch	Teilnehmer A, B und C hatten kein Bedürfnis, psychisch etwas zur Bewältigung der Folgen der RP zu unternehmen (C, 516–519). B betonte, dass er damit leben könne und es auch andere Techniken gebe, um sich gegenseitig zu befriedigen (B, 425–428). Teilnehmer C erwähnte, dass ihm «positiv denken» am meisten geholfen habe (C, 589–590). Teilnehmer D setzte sich in Bezug auf seine psychische Situation intensiv mit den Folgen der RP auseinander. Folgendes half ihm: (1) Er liess sich während des Prozesses durch Gehrig sexologisch begleiten. Diese Begleitung unterstützte Teilnehmer D dabei, die Folgen der RP zu bewältigen. Vor allem die Körperübungen halfen D dafür, wieder ein Gefühl für seinen Körper zu erhalten (D, 907–912). (2) Auch im ZIO hatte Teilnehmer D zweimal im Monat Arztgespräche, welche über das rein Physische hinausgingen und wesentlich zur Verarbeitung der neuen Situation beitrugen (D, 891–861).	Drei Teilnehmer hatten kein Verlangen, etwas für die psychische Bewältigung der RP-Folgen zu unternehmen. Zum Teil hatten sie dennoch Gedanken zur psychischen Bewältigung wie C, dem es wichtig war «positiv zu denken». Teilnehmer D setzte sich intensiv mit seiner psychischen Situation auseinander. Er liess sich im Rahmen einer Sexualberatung begleiten, wo ihm v. A. die Körperübungen halfen. Er hatte auch im ZIO Gespräche, welche über das rein physische hinausgingen. Alles half ihm bei der Bewältigung der OP-Folgen.
16. Rolle der Partnerin bei der Bewältigung	Teilnehmer A sagte, dass ihn seine Partnerin bei der Bewältigung der Folgen unterstützte. Es sei eine gute Partnerin (A, 493–496). Teilnehmer B informierte seine neue Partnerin nur grob. Er wollte die alleinerziehende Frau	Alle Teilnehmer fühlten sich von ihren Partnerinnen in hohem Masse unterstützt. Zwei Teilnehmer (A, C) bekräftigten, es

	nicht belasten und «in alles hineinziehen» (B, 526–531). Teilnehmer C fühlte sich bei seiner Partnerin geborgen und aufgehoben. Sie begleitete ihn gut und sie sprachen über alles zusammen. Ihre wahrscheinlich wichtigste Aussage war: «Also wichtig, du lebst, oder?» (C, 607–616). Teilnehmer D hatte während seiner Rekonvaleszenz verschiedene Partnerinnen. Diese waren für ihn wichtig. D war immer transparent zu ihnen und sagte ihnen genau, was er brauchte, z. B. dass sie seinen schlaffen Penis genauso anrühren und streicheln sollten, wie sie den erigierten Penis streicheln würden. Die Partnerinnen konnten angemessen mit der Situation umgehen und D auf seinem Weg unterstützten. Je liebevoller und entspannter sie mit der Situation umgingen, desto einfacher war es für D (D, 935–960).	seien gute Partnerinnen. Einer von ihnen betonte, wie geborgen und gut aufgehoben er sich bei ihr fühlte (C). Der Teilnehmer ohne Sexpartnerin involvierte seine neue Partnerin nur wenig in die Bewältigung seiner RP-bedingten Situation. Teilnehmer D hatte während der Rekonvaleszenz verschiedene Partnerinnen. Er betonte, dass er zu ihnen immer transparent gewesen sei. Auch er fühlte sich von seinen Partnerinnen auf seinem Weg unterstützt.
17. Wahrnehmung durch Partnerin: Bewältigung und Verbesserungsmöglichkeiten	Teilnehmer A erklärte, seine Partnerin würde wahrscheinlich sagen, dass er alles gut bewältigt habe. Zur Verbesserung würde sie ihn wahrscheinlich ermahnen, dass er mehr Beckenbodentraining hätte üben können (A, 499–510). Teilnehmer B sagte, dass seine neue Partnerin wohl volles Verständnis hätte, wenn er ihr alles genauer erklären würde (B, 546–548). Teilnehmer C meinte, dass seine Partnerin sagen würde, dass er es gut gemacht habe. Zu den Verbesserungsvorschlägen, welche die Partnerin geben könnte, sagte er schmunzelnd, dass sie sagen würde: «Mehr Sex haben miteinander! Du weisst nie, wann es das letzte Mal ist!» (C, 632–638). Teilnehmer D meinte, dass seine Partnerin ihn ermahnen könnte, dass er sich besser schauen, konsequenter um die Ernährung kümmern und mehr auf	In dieser Frage wurden zwei von den Teilnehmern (A und C) von ihren Partnerinnen gelobt, dass sie die Herausforderung gut gemeistert hätten. Die Teilnehmer erhielten u. A. folgende Verbesserungsvorschläge von ihren Partnerinnen: Mehr Beckenbodentraining, eine Ermahnung, sich selbst besser zu schauen, der Ernährung und dem Schlaf mehr Beachtung zu geben; eine Partnerin sagte ihrem Partner: «Mehr Sex haben miteinander! Du weisst

	den Schlafrhythmus achten sollte. Dies seien ohnehin seine schwachen Seiten, dies sei ihm «total bewusst» (D, 992–1000)!	nie, wann es das letzte Mal ist!» (C, 636–637).
18. Begleitung vor und nach der OP	Die Teilnehmer A, B und C bestätigten, dass sie von ihren Urologen adäquat aufgeklärt worden seien und alle ihre Fragen kompetent beantwortet worden seien. Sie wussten, worauf sie sich mit der OP einliessen und konnten nichts nennen, was in Bezug auf die Begleitung hätte verbessert werden können (A, 424–428). Teilnehmer D hingegen bemängelte, dass bei ihm die Aufklärung rein medizinisch gewesen seien und sexologische Aspekte nicht erwähnt oder besprochen worden seien (D, 663–668). Es hätte D geholfen, wenn er vor der OP jemanden gehabt hätte, mit dem er auch über Lust und Frust der OP-Folgen hätte sprechen können. Er hätte sich eine ganzheitliche Betreuung gewünscht, so wie er es beim ZIO erhalten habe. Alles, was über das Medizinische hinausging, habe sich D selbst organisiert, so auch eine begleitende Sexualtherapie (D, 687–692). Er meinte, dass bei einer kompetenten, ganzheitlichen Beratung von Anfang an, die Genesung beschleunigt und die Funktionsfähigkeit um ein Jahr früher hätte erreicht werden können (D, 726–729).	Drei Teilnehmer wurden vollumfänglich und zu ihrer vollen Zufriedenheit aufgeklärt (A, B, C). Es sind die Teilnehmer, die von Luginbühl vermittelt worden waren. Der vierte Teilnehmer (D) beklagte sich, dass er rein medizinisch aufgeklärt worden sei und sexologische Aspekte nicht erwähnt oder besprochen worden seien. Er hätte sich eine ganzheitliche Beratung gewünscht, so wie er sie im ZIO erhalten habe. Durch eine solche ganzheitliche Beratung wäre nach seiner Meinung die Genesung beschleunigt worden und die Funktionsfähigkeit hätte ein Jahr früher erreicht werden können.
19. Einbezug der Partnerin bei der Begleitung	Drei Teilnehmer vermissten hinsichtlich des Einbezugs ihrer Partnerinnen nichts. Teilnehmer A bereitete mit seiner Frau einen Fragenkatalog vor. Mit diesem Fragenkatalog gingen sie zu einem Termin beim Urologen, um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, was gut funktioniert hatte (A, 411–426). B setzte seine Frau, welche Alkoholikerin ist, selbst in Kenntnis über	Zwei Teilnehmer (A, C) bezogen ihre Partnerinnen intensiv ein und nahmen sie mit zu den Besprechungen beim Arzt. Der Einbezug der Partnerinnen half ihnen bei der Bewältigung.

	das Gespräch mit dem Urologen, ohne sie zum Urologen mitzunehmen (B, 480–481). Teilnehmer C nahm seine Frau zweimal zum Urologen mit. Anschließend, als sie zu Hause waren, besprachen sie zusammen alles im Detail. Der Urologe unterstützte das Paar bei dem Prozess (C, 538–544). Teilnehmer D sah es in seinem Fall nicht als notwendig an, dass seine Partnerin zu dem rein medizinischen Gespräch mit dem Urologen hätte mitkommen müssen (D, 737–745). Was D und seiner Partnerin geholfen hätte, wäre, eine Art Coach zu haben, der sich mit solchen Situationen auskennt und das Paar begleitet und unterstützt hätte (D, 750–756).	Zwei Teilnehmer involvierten ihre Partnerinnen vorwiegend auf Grund der damaligen Beziehungssituation nicht in die Gespräche mit dem Arzt.
--	---	---

5.3 Legende zur Ergebnistabelle

- V, N: Zur besseren Quantifizierung der Antworten wurden Skalenblätter erstellt, auf welchen die Interviewteilnehmer zu verschiedenen Interviewfragen Skalenwerte auswählen konnten. Die gewählten Skalenwerte vor der RP wurden mit «V» und jene nach der RP mit «N» bezeichnet (vgl. Anhang V).
- A, B, C, D Die Buchstaben stehen für die vier Teilnehmer der Interviews (vgl. Kapitel 4.2).
- (A, 100–102) Beispiel: Teilnehmer A, Referenz auf die Zeilen 100–102 im Interviewtranskript des Teilnehmers A.

6 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion ist es wichtig, die Methodik und das Vorgehen noch einmal kritisch zu reflektieren.

Wie sich nachträglich herausstellte, wirkt die Rekrutierung dreier von vier Kandidaten über Luginbühl einschränkend auf die Ergebnisse der Studie, vor allem dort, wo die Begleitung durch den Urologen das Thema ist. Die drei Patienten von Luginbühl (A, B, C) wurden alle psychologisch und sexualtherapeutisch angemessen aufgeklärt und begleitet. Dies geht klar aus den Ergebnissen hervor. Für diese Teilnehmer gab es keine Fragen und keine Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die medizinische und sexologische Betreuung – ganz im Gegensatz zum vierten Teilnehmer.

Die einseitige Rekrutierung dieser drei Teilnehmer schränkt die Repräsentativität der Studie in diesem Bereich ein. Auf der anderen Seite erbringt diese Studie einen Beweis, dass ein entsprechend ausgebildeter Urologe Patienten auch über das Medizinische hinaus vollumfänglich beraten kann.

Ein anderer Punkt, der bei dieser Forschungsarbeit besser hätte abgeklärt werden können, betrifft Teilnehmer B, welcher nach der OP keine Sexpartnerin mehr hatte und daher bei Fragestellungen mit Bezug auf eine Sexpartnerin nach der OP ausfiel. Es wäre wichtig gewesen, die potenziellen Interviewpartner vor dem Interview zu fragen, ob sie vor und nach der OP sexuell liiert gewesen sind.

Andererseits ging der Autor, als er die Anzahl der Interviewteilnehmer auf Vier festlegte, davon aus, dass bei einem Ausfall eines Teilnehmers immer noch eine Datenbasis von drei Teilnehmern vorhanden wäre. In dieser Hinsicht ist der partielle Ausfall von Teilnehmer B verkraftbar.

Ein weiterer Punkt der Reflexion betrifft die Skalenblätter. Die Skalen hätten besser geplant werden können. Statt mit Skalen von 0 bis 7 zu arbeiten, wäre es zielführender gewesen, mit solchen von 0 bis 10 zu arbeiten. Diese hätten besser zu den Skalen von 0 % bis 100 %

gepasst und hätten es erlaubt, die verschiedenen Skalen ohne aufwändige Umrechnung zu addieren (vgl. Anhang VI).

6.1 Veränderung der Komponenten des Sexocorporel

6.1.1 Physiologische Komponenten

Die Funktion der physiologischen Komponenten ist durch die RP reduziert worden. Die Frequenz der Ausübung sexueller Begegnungen und der SB ist zwar etwa gleichgeblieben, doch die physiologischen Funktionen haben durch die RP abgenommen.

Zwar können alle Interviewteilnehmer auch nach der RP ihre Lust steigern und kommen zu Erektionen und zu Orgasmen, doch gibt es dabei zwei wichtige Veränderungen gegenüber der Situation vor der OP:

1. Sie benötigen nach der OP mehr Einsatz und mehr Zeit, um ihre Lust zu steigern, ihre Erektion aufzubauen, den «Point of no return» und einen Orgasmus zu erreichen.
2. Zusätzlich ist die Erektion deutlich unzuverlässiger geworden als vor der OP. Sie reagiert nicht mehr gleich zuverlässig auf die Anziehungscode wie vor der OP und die Erektionen sind weniger vorhersehbar. Auch hat die Standfestigkeit im Vergleich zuvor der OP abgenommen. Dadurch richtet sich das sexuelle Zusammensein viel mehr nach dem Rhythmus des Penis. Wenn der Penis steif ist, gilt es dies auszunutzen und zum GV überzugehen, bevor die Erektion wieder abnimmt.

Wegfall der Ejakulation und der Fruchtbarkeit

Ein weiteres wichtiges physiologisches Thema ist der Wegfall der Fruchtbarkeit bei den betroffenen Männern. Diesen Punkt erwähnen die Urologen bei den Vorgesprächen mit den Patienten oft nur beiläufig (D, 664–672). Die Prostata, welche mit der darin liegenden Harnröhre durch die RP entfernt wird, leitet im gesunden Zustand das Sekret mit dem Sperma in die Harnröhre. Durch die Entfernung der Prostata und der durch sie verlaufenden Harnröhre kann kein Sekret und kein Sperma mehr in die Harnröhre geleitet werden (Vergleiche Kapitel 2.3.1). So sind Ejakulation und damit auch die Fruchtbarkeit unterbunden.

Der OP-bedingte Wegfall der Ejakulation war im Interview als Thema nicht vorgesehen – der Autor nahm dieses auch zu wenig ernst. Es kamen nämlich *alle* vier Teilnehmer ungefragt auf die fehlende Ejakulation zu sprechen, was belegt, dass die männliche Fruchtbarkeit für die vier Männer ein Thema ist, das sie bewegt.

In den Interviews zeigten alle vier Teilnehmer ein Bedauern, dass nun ihre Fruchtbarkeit nicht mehr vorhanden ist. Teilnehmer D sprach von einer Enttäuschung, dass bei den Vorgesprächen das Thema Ejakulation vom Urologen zwar medizinisch erwähnt, aber nicht weiter besprochen worden ist.

Gerne hätte der Autor das Thema der wegfallenden Fruchtbarkeit nach einer RP mit Literatur unterlegt. Leider blieb die Literatursuche über dieses spezifische Thema erfolglos².

Anhaltspunkte zum Verlust der Fertilität bei Männern gibt es jedoch in zwei Masterarbeiten des ISP:

Stucki erwähnt, dass der Verlust der männlichen Fruchtbarkeit zwar einen kleineren Einfluss auf die männliche Selbstwahrnehmung habe als der Verlust der Potenz, dennoch zeigte sich, dass die Fruchtbarkeit und deren Verlust eng mit der männlichen Identität verknüpft seien (Stucki, 2017, S. 67–68).

Luginbühl befasst sich in seiner Arbeit auch mit diesem Thema, das ihm aus seiner urologischen Praxis bekannt ist. Er beschreibt folgende Situation: Wenn Männer auf Grund von Unzufriedenheit mit der partnerschaftlichen Interaktion eine Vasektomie ausführen lassen und anschliessend die sexuelle Begegnung in der Partnerschaft nicht wieder Fahrt aufnimmt, folge bei diesen Männern nicht selten Trauer und Groll. (Luginbühl, 2020, S. 39–40).

6.1.2 Kognitive Komponenten

Auch die kognitiven Komponenten haben sich durch die OP verändert. Der Stellenwert der Sexualität blieb bei den Teilnehmern etwa gleich. Hingegen hat sich der Bezug zum Penis bei allen vier Teilnehmern vertieft, was angesichts der durch die OP ausgelösten Veränderungen der Penisfunktion nicht erstaunlich ist.

Drei der Teilnehmer erlebten ihren Penis vor der OP vor allem durch seine Funktion und waren mit ihm und ihr vollauf zufrieden. Sie hatten daher kein Bedürfnis, sich über ihren Penis Gedanken zu machen. Erst durch die Veränderungen, welche die OP auslöste, begannen sie sich intensiver mit dem Penis auseinanderzusetzen.

«Er muss sich bewegen. Ja das ist ja klar, er muss wieder funktionieren, das ist es, ja.» (C, 245–246).

Wie bereits in der Einleitung angesprochen, wird dies von Brandes exakt bestätigt. Männer neigten dazu, ihren Körper zu instrumentalisieren, ihn wie eine Maschine zu sehen, von welcher sie erwarten, dass sie durchhält und funktioniert (Brandes, 2002, S. 219–220).

² Der Autor suchte in den Katalogen mehrerer Bibliotheken (Merseburg, Google Scholar, Zentralbibliothek Zürich) mit den Suchwörtern wie «radikale Prostatektomie Fruchtbarkeit», «Radical prostatectomy fertility» Publikationen zum Thema der verlorenen Fertilität bei Prostatapatienten. Leider lieferten diese Suchen keine treffenden Suchergebnisse. Auch weitere Suchwörter wurden ausprobiert, wie z.B. «radikale Prostatektomie Fertilität» oder «radikale Prostatektomie Umgang Fruchtbarkeit» doch wurden die Resultate dadurch nicht treffender. Einige der Publikationen, welche dem Thema am nächsten waren, sind: Sexualität und Krebs (Gruber und Fegg, 2006), Sexualität und Fertilität (Zettl und Kroner, 2017), Sexuality and fertility in urologic cancer patients (Schover, 1987). In diesen Publikationen geht es um Themen wie «Beeinträchtigung des sexuellen Wohlbefindens und befriedigendem Austausch von Zärtlichkeit» oder «Erhaltung der Fertilität z.B. durch Spermakonservierung» oder «Wie können generell die sexuellen Funktionen am besten erhalten werden bei urologischem Krebs». Was Männer - auch bei abgeschlossener Familienplanung - bewegt, wenn sie die Fertilität verlieren, ist durch Publikationen, wie die oben erwähnten, nicht abgedeckt.

Teilnehmer D war vor der OP schon in einem Tantrakurs und hat sich daher mit seiner Sexualität und seinem Penis bereits vor der OP auseinandergesetzt. Die Krebsdiagnose und die RP seien für ihn ein Schock gewesen, welcher einen inneren Wachstumsschub ausgelöst und den Bezug zu sich, zu seiner Sexualität und zu seinem Penis nochmals vertieft habe.

Der Bezug zum eigenen männlichen Körper habe sich bei den drei Teilnehmern A, B und C nicht verändert. Alle sagten, dass sie einen guten Bezug zu ihrem Körper haben. Teilnehmer B erwähnte, dass sein Bezug zum Körper sich durch die OP sogar verbessert habe, weil er durch die OP Gewicht verloren habe. Auch Teilnehmer C sagte, er möchte etwas Gewicht verlieren. So ist bei diesen zwei Teilnehmern doch eine kleine Unsicherheit in Bezug auf ihre männliche Identifikation mit dem Körper zu erkennen.

Beim Teilnehmer D hat sich der Bezug zu seinem Körper durch den Schock des Krebses und der OP – so wie er es heute erlebt – ebenfalls vertieft.

6.1.3 Sexodynamische Komponenten

In Bezug auf die sexodynamischen Komponenten wurden in den Interviews unterschiedliche Antworten gegeben. Ein Punkt, der von allen Teilnehmern ähnlich empfunden wurde, ist die Lust/Vorfreude beim bzw. vor dem Eindringen in die Partnerin. Diese hat bei allen Teilnehmern durch die OP abgenommen, weil ihr Penis unzuverlässiger geworden ist. Es ist nachvollziehbar, dass sich ein Mann mit einem «unzuverlässigen» Penis weniger aufs Eindringen freut, da eine mögliche Erlahmung der Erektion das Ziel seiner Lust im letzten Moment vereiteln kann.

Penisgenuss und Penisstolz sind vor und nach der OP bei allen Teilnehmern relativ hoch und bleiben unverändert.

Was Penisstolzfantasien betrifft, konnten Teilnehmer A, B und C nichts darüber berichten. Teilnehmer D erzählte, dass die Fantasien nach der OP bescheidener geworden seien, angepasst an die neuen Verhältnisse. Er könne sich – entsprechend seinen aktuellen Kräften – nicht mehr vorstellen «Also ich komme so hin, habe eine Erektion und penetriere eine Frau.» (D, 642–643).

6.1.4 Beziehungskomponenten

Die Offenheit und Zeigelust haben sich bei den Teilnehmern unterschiedlich entwickelt. Teilnehmer A ist eher zurückhaltender geworden, Teilnehmer C ist eher offener geworden und Teilnehmer D empfand den Schock der OP und des Krebses wie einen Katalysator, der seine Entwicklung beschleunigt hat.

Was die Alternativen zum Koitus betrifft, der ja mit einem «unzuverlässigen» Penis nicht immer möglich ist, haben alle Teilnehmer Lösungen gefunden. Sie haben die Zärtlichkeit

neu entdeckt und auch herausgefunden, dass mit Händen, Mund und Zunge auch ein hohes Mass an Erregung bei der Partnerin ausgelöst werden kann. Teilnehmer D hat zusätzlich eine andere Art des Koitus gefunden: Er hat sich einfach 10 Minuten still mit der Partnerin vereinigt und erzählt, dass sich dies für beide so unglaublich reich und beschenkend angefühlt hat (D, 621–622).

6.2 Strategien zur Bewältigung der Operationsfolgen

6.2.1 Physische Strategien

Physische Strategien für den Umgang mit den OP-Folgen umfassen PDE-5 Hemmer, die meist auch von den Ärzten angesprochen und empfohlen werden. Die vier Teilnehmer haben diese ausprobiert, benutzen sie aber u. a. wegen Nebenwirkungen wie Kopfwere nicht intensiv. Es sind auch ein Massagegerät und diverse komplementärmedizinische Therapien erwähnt worden. Für Teilnehmer D war die Komplementärmedizinische Unterstützung durch das ZIO sehr hilfreich und wirksam. Vor allem das Rüttelbrett und die Meridianbehandlung haben ihm sehr geholfen, seinen ganzen Organismus nach der RP wieder in Schwung zu bringen. Er sagte, dass er sehr dankbar gewesen wäre, wenn diese Möglichkeiten zur Bewältigung der OP-Folgen ihm schon vor der OP mitgeteilt worden wären. Er ist überzeugt, dass seine Rekonvaleszenz in diesem Fall um ein Jahr hätte verkürzt werden können. Er habe nämlich lange gebraucht, um alle ergänzenden Strategien, derer er bedurfte, zu finden.

Damit die Heilung der Patienten effizient gefördert werden kann, wäre es wünschenswert, dass neben der medizinischen Versorgung durch den Urologen begleitend auch alternativmedizinische Therapien angeboten und gefördert werden.

6.2.2 Psychische Strategien

Die drei Teilnehmer A, B und C haben sich über die psychische Bewältigung der Folgen ihrer OP keine weiteren Gedanken gemacht. Ihr sexologisch geschulter Urologe hat sie angemessen aufgeklärt.

Teilnehmer D wurde von seinem Urologen nur medizinisch aufgeklärt und musste sich um die Beantwortung aller seiner psychologisch sexologischen Fragen selbst kümmern. Er liess sich bei Gehrig sexologisch beraten und sagte, dass diese Beratung für ihn sehr wichtig gewesen sei. Vor allem die Körperübungen hätten ihm dabei geholfen, wieder ein Gefühl für seinen Körper zu erhalten (D, 907–912). Im Weiteren hatte Teilnehmer D auch im ZIO zweimal monatlich Arztgespräche, welche über das Medizinische hinausgingen und ihn so zusätzlich unterstützten.

Auf sexueller Ebene hat sich bei allen Teilnehmern gezeigt, dass zärtlicher Austausch mit Händen, Mund und Zunge eine sehr gute Ergänzung oder wenn keine GV-fähige Erektion mehr vorhanden ist, eine gute Alternative zum GV ist, die den Paaren viel Intimität und Zärtlichkeit verschafft (vgl. Kapitel 6.1.4).

6.3 Aufgaben der begleitenden Fachpersonen (Arzt, Psychologe)

Der sexologisch geschulte Urologe Luginbühl hat bei seinen drei Patienten A, B, C offenbar alle medizinischen und sexologischen Fragen und Unsicherheiten umfassend und kompetent beantworten können. Auch ihre Partnerinnen seien in die Aufklärung einbezogen worden, was den Umgang mit der Situation sehr unterstützt habe. Auf die Frage, was an der Aufklärung und Begleitung hätte verbessert werden können, konnten alle drei Teilnehmer keine Verbesserungen vorschlagen.

Dies ist eine Bestätigung, dass ein entsprechend ausgebildeter und offener Urologe die Patienten im Rahmen seines Auftrages – ohne Mehrkosten, wie der Autor von Luginbühl erfahren hat – ganzheitlich betreuen und alle Bedürfnisse der Patienten abdecken kann.

Anders sieht es bei Teilnehmer D aus. Er wurde durch einen anderen Urologen betreut. Dieser habe ihn medizinisch sehr gut und präzise aufgeklärt. Allerdings sei das Gespräch beim rein Medizinischen geblieben; es war nicht möglich, mit ihm über Sexualität zu sprechen. Für D war dies sehr unbefriedigend, weil aus seiner Sicht dringende Fragen nicht beantwortet werden konnten. So war D froh, als ihn später im Spital noch ein jüngerer Urologe besuchte, mit welchem er «Klartext» sprechen konnte. D sagte im Interview, dass er sehr dankbar gewesen wäre, wenn er schon vor der OP mit dem Urologen über seine sexologischen Fragen und über Lust und Frust hätte sprechen können (D, 657–677).

Dass ein wesentlicher Teil der Verantwortung hinsichtlich des Ansprechens dieser Themen beim Urologen liegt, bestätigt Buddenberg in seiner Studie «Management eines Tabus». Er sieht dort die Verantwortung für die Initiative zu einem Gespräch über Anliegen jenseits der medizinischen Fakten zu zwei Drittel beim Urologen und zu einem Drittel beim Patienten. Buddeberg betont zudem, dass es wichtig sei, auch die Partner*in des Patienten in die Beratung und Behandlung miteinzubeziehen (Buddeberg et al., 2007).

Wie oben erwähnt hat Luginbühl durch die sexologische Ausbildung seine Patienten kompetent rundum beraten und begleiten können. Bei Ärzten, die über keine entsprechende sexologische oder ähnliche Ausbildung verfügen, wäre es empfehlenswert und sinnvoll, einen Sexologen oder eine Sexologin oder eine entsprechend ausgebildete psychologische Fachkraft dem Arzt zur Seite zu stellen, damit die Patienten auch sexologische Fragen sauber klären können.

Auch Nelson et al. empfehlen dieses Konzept. Sie untersuchten 352 Männer mit Prostatakarzinom und ED in Bezug auf medizinische und psychische Faktoren. In der Diskussion machten sie folgenden Vorschlag:

Wir empfehlen daher, dass Männer, die sich wegen einer sexuellen Funktionsstörung in Behandlung begeben, sowohl von einem Arzt, der in der Beurteilung der körperlichen sexuellen Funktionsstörung geschult ist, als auch von einem Psychologen, der die Beziehungs- und psychologischen Probleme beurteilen kann, untersucht werden (Nelson et al., 2007, S. 1425–1426):

6.4 Forschungsfragen und -thesen

Im Folgenden wird auf die Resultate in Bezug auf die Forschungsfragen eingegangen.

6.4.1 Einfluss der RP auf die sexuelle Selbstsicherheit

Im Kapitel 4.5.2 sind AKs aufgeführt, welche Aufschluss über die sexuelle Selbstsicherheit geben. Dies sind die folgenden AKs:

- 2 Erreichte Steifheit des Penis
- 6 Bezug zum Penis
- 7 Bezug zum männlichen Körper
- 8 Penisgenuss
- 9 Penisstolz
- 10 Lust/Vorfreude zum Eindringen
- 11 Penisstolzfantasien
- 12 Wahrnehmung durch die Partnerin

Nicht alle dieser acht AKs eignen sich, um eine veränderte sexuelle Selbstsicherheit zu erkennen. Es wurden nur die fünf unterstrichenen AKs verwendet. Die AKs 6, 7 und 11 können nicht berücksichtigt werden, weil die Aussagen der Teilnehmer zu diesen Kategorien sehr rudimentär sind und keine relevanten Informationen zur sexuellen Selbstsicherheit enthalten. Dies ist bei den Ergebnissen in Kapitel 5 erkennbar.

Für die Kategorien 2, 8, 9, 10 und 12 haben die Interviewteilnehmer Skalenblätter ausgefüllt, welche quantitative Angaben enthalten (vgl. Anhang V). Dies vereinfacht die Auswertung. Die entsprechenden Werte aller Skalenblätter sind umgerechnet und auf einen Bereich von 1 bis 10 normiert worden, damit sie vergleichbar werden. Das genaue Verfahren der Normierung ist aus Anhang VI ersichtlich.

Gewichtung der Analysekategorien

Für jede AK ist eine Gewichtung vorgesehen. Diese wird untenstehend für jede AK erklärt.

AK	Analysekategorie	Gew	Erklärung
2	Erreichte Steifheit d. Penis SB	1	Einfaches Gewicht, da zwei AKs die Steifheit des Penis repräsentieren
2	Erreichte Steifheit d. Penis Paar	1	Einfaches Gewicht, da zwei AKs die Steifheit des Penis repräsentieren
8	Genuss des Penis	1	Einfaches Gewicht, da Penisstolz und Penisgenuss nahe beieinander liegen
9	Genuss des Penis	1	Einfaches Gewicht, da Penisstolz und Penisgenuss nahe beieinander liegen
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	2	Doppeltes Gewicht da keine Ähnlichkeit mit einer anderen AK vorhanden ist
12	Wahrnehmung durch Partnerin	2	Doppeltes Gewicht da keine Ähnlichkeit mit einer anderen AK vorhanden ist

Tabelle zur sexuellen Selbstsicherheit

In der untenstehenden Tabelle sind die normierten Skalenwerte für die fünf Analysekategorien und die vier Interviewteilnehmer eingetragen.

Nr	Analysekategorie	Gew	A Vor	A Nach	B Vor	B Nach	C Vor	C Nach	D Vor	D Nach
2	Erreichte Steifh. des Penis SB	1	8.0	4.0	10.0	1.0	10.0	8.0	9.0	6.0
2	Erreichte Steifh. des Penis Paar	1	10.0	4.0	*)	*)	*)	*)	9.0	5.0
8	Genuss des Penis	1	7.1	7.1	10.0	7.1	10.0	10.0	10.0	10.0
9	Penisstolz	1	5.7	5.7	8.6	0.0	10.0	10.0	10.0	10.0
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	2	20.0	20.0	*)	*)	20.0	11.4	18.6	15.7
12	Wahrnehmung durch Partnerin	2	11.4	17.1	*)	*)	20.0	20.0	11.4	18.6
	Totale		62.3	58.0	28.6	8.1	70.0	59.4	68.0	65.3
	Δ (-) Abnahme (+) Zunahme		-4.3		-20.4		-10.6		-2.7	

*) Diese Werte wurden nicht berücksichtigt, weil jeweils ein Wert für vor oder für nach der OP fehlte.

In der obenstehenden Tabelle sind alle normierten Werte der sechs AKs für jeden Teilnehmer in Bezug auf den Zeitraum vor und nach der OP aufgeführt. Je kleiner der entsprechende Wert ist, desto weniger unterstützt die entsprechende AK das sexuelle Selbstbewusstsein des Interviewteilnehmers. Entsprechend verhält es sich mit der Summe dieser

Werte. Sie zeigt eine Grössenordnung, wie alle sechs Kategorien zusammen das sexuelle Selbstbewusstsein des Teilnehmers vor und nach der OP unterstützen. In der Untersten Zeile ist das Delta, also der Unterschied der zwei Kolonnen «Vor» und «Nach» der OP aufgeführt. Ein negatives Vorzeichen in dieser Zeile bedeutet, dass die Gesamtheit der Werte nach der OP abgenommen hat im Vergleich zu den Werten vor der OP.

Da jeder Teilnehmer die Kriterien auf seine Art interpretiert und versteht, sind Quervergleiche zwischen den Teilnehmern nicht möglich. Es können nur die zwei Kolonnen, die zum selben Teilnehmer gehören, verglichen werden.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass für alle Teilnehmer die Werte nach der OP tiefer sind als die Werte vor der OP. Dies zeigt, dass die sexuelle Selbstsicherheit durch die OP beeinträchtigt worden ist. Die Forschungsfrage 1 (vgl. Kapitel 1.3) ist damit beantwortet.

Somit ist auch die Forschungsthese zur sexuellen Selbstsicherheit bestätigt. Die Interviews sind ein Beleg dafür, dass die RP einen negativen Einfluss auf die sexuelle Selbstsicherheit hat. Auch Hartmann bestätigt, dass Erektionsstörungen mehr als die meisten anderen psychischen oder körperlichen Beschwerden in der Lage sind, das Selbstwertgefühl des Mannes zu untergraben und das Wohlbefinden zu beeinträchtigen (Hartmann, 2000, A-616).

6.4.2 Angewendete Strategien zur Bewältigung der OP-Folgen

Die «Angewendeten Strategien zur Bewältigung der OP-Folgen» sind im Kapitel 6.2 detailliert aufgeführt.

6.4.3 Wirkung einer sexologischen Beratung für die Bewältigung der OP-Folgen

Die «Wirkung einer sexologischen Beratung für die Bewältigung der OP-Folgen» ist im Kapitel 6.2.2 thematisiert worden.

7 Zusammenfassung und Ausblick

7.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse

1. **Sexuelle Selbstsicherheit:** Die Veränderung der sexuellen Selbstsicherheit wurde basierend auf dem Modell Sexocorporel untersucht. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Sexuelle Selbstsicherheit durch eine RP abnimmt. Ein wichtiger Grund dafür ist die unzuverlässigere Erektion nach der OP, welche die betroffenen Männer verunsichert.
2. **Bewältigungsstrategien:** Bei den Bewältigungsstrategien hat sich gezeigt, dass es viele Möglichkeiten gibt. Neben den medizinischen Lösungen wie PDE-5 Hemmer, Vakuumpumpe, Schwellkörper Autoinjektionstherapie etc. fanden die

Interviewteilnehmer, dass zärtlicher Austausch mit Händen, Mund und Zunge eine sehr gute Ergänzung, oder wenn keine GV-fähige Erektion mehr vorhanden ist, eine gute Alternative zum GV ist.

3. **Betreuung der Patienten:** Gute Betreuung der Patienten vor und nach der RP kann für die Patienten alle medizinischen und sexologischen Fragen klären. Es zeigte sich, dass die drei von Luginbühl medizinisch und sexologisch umfassend betreuten Patienten auch im sexologischen Bereich keine Fragen hatten und keine Verbesserungsvorschläge nennen konnten. Es wäre daher wünschenswert, dass RP Patienten medizinisch und sexologisch betreut werden, sei es durch einen entsprechend ausgebildeten Urologen oder durch ein Team bestehend aus Urologen und Sexologen. Wichtig dabei ist, dass der Urologe die Initiative ergreift, die Patienten selbst sexologisch zu betreuen oder sie weiterzuweisen.
4. **Wegfallende Fruchtbarkeit:** Die mit einer RP wegfallende Fruchtbarkeit beschäftigt die betroffenen Männer. Dieses Thema wird bei den Aufklärungsgesprächen des Urologen zwar auf medizinischer Ebene normalerweise angesprochen, jedoch werden die betroffenen Männer mit ihren Gefühlen über die verlorene Fruchtbarkeit meist allein gelassen. Alle vier Interviewteilnehmer schnitten dieses Thema von sich aus an, obwohl es im Interviewleitfaden nicht vorgesehen war. Dies zeigt, dass auch dieses Thema ernst genommen werden muss.

7.2 Ausblick

Aufgrund der Ergebnisse aus der vorliegenden Forschungsarbeit sind dem Autor Themen aufgefallen, die interessant wären weiter zu bearbeiten und zu erforschen. Dies sind die folgenden Themen:

1. Die Stichprobe von 4 Männern in dieser Arbeit ist klein. Es wäre sicher interessant diese Studie mit mehr Männern zu wiederholen und dabei einen oder mehrere der folgenden Schwerpunkte einzubeziehen:
 - Gibt es noch andere Strategien wie mit den Folgen einer RP umgegangen werden kann?
 - Welche dieser Strategien sind besonders hilfreich?
 - Welche Rolle spielt die Partnerin bei der Bewältigung der Operationsfolgen?
 - Was sind die Anforderungen an die Partnerin für eine optimale Begleitung des Betroffenen?
 - Interessant wäre auch eine genauere Untersuchung was der Verlust der Fruchtbarkeit nach einer RP für die Männer bedeutet.
2. Ein anderes interessantes Thema wäre den Einfluss der RP auf die Partnerschaft der betroffenen Männer zu untersuchen. Zwei der vier Teilnehmer trennten sich

von ihrer Partnerin im Laufe der RP. Die zwei anderen Teilnehmer lebten in einer Partnerschaft, welche die RP überdauert hat. Sie haben die Herausforderungen der RP mit ihren Nebenwirkungen als gemeinsames Projekt angesehen und die Partnerschaft scheint, durch dieses gemeinsame Projekt gestärkt worden zu sein. (A hat im Interview seine Partnerin sehr gerühmt für ihre Unterstützung (A, 493–496)).

Gibt es für das Auflösen der Partnerschaft und für das gemeinsame Anpacken der Herausforderungen Gründe, welche mit der RP zusammenhängen und welche Gründe wären dies?

8 Schlusswort

Bald ist diese Arbeit fertig und ich werde sie gedruckt in meinen Händen halten – ein besonderer Augenblick nach dieser intensiven Zeit des Forschens und Schreibens. Damit naht auch das Ende des Studiums, das mir die gut bekannte Welt der Sexualität ganz neu offenbart und auf eine neue Weise nahegebracht hat.

Dafür waren nicht nur die Vorlesungen wichtig, sondern auch der Austausch mit meinen Kommilitoninnen und Kommilitonen. Für all das bin ich sehr dankbar.

Meine Dankbarkeit richtet sich auch an meine liebe Freundin Ibt, welche mich immer unterstützend begleitet hat, besonders auch jetzt in der Endphase, und mir die nötigen Freiräume gelassen hat, damit ich diese Arbeit gut abschliessen konnte.

Ebenso möchte ich Schütz danken, die es durch ihren Aufbau des ISP überhaupt ermöglicht hat, diesen Studiengang hier in der Schweiz zu besuchen und uns mit ihren lebendigen, sehr praxisnahen und sinnlichen Vorlesungen das Thema Sexologie sehr greifbar nähergebracht hat. Heinz Jürgen Voss hat von Merseburg aus am Lehrgang mitgezogen und, wenn Unklarheiten auftraten, hat er diese unkompliziert und auf empathische Weise geklärt. Auch dafür ganz herzlichen Dank! Beni Kneubühler hat mich bei der Konzeption der Masterarbeit unterstützt und Luginbühl hat sich ganz selbstverständlich für mich eingesetzt, als ich Männer zum Befragen suchte, und unter seinen Patienten solche gefunden, die zu einem Interview bereit waren. Auch diesen zwei ganz herzlichen Dank!

Mit einem tränenden und einem lachenden Auge gehe ich auf die Exmatrikulation zu. Der regelmässige spannende Austausch in den Vorlesungen ist vorbei, andererseits ist auch die grosse Zeitbelastung durch das Studium vorüber und so tut sich Raum auf für Neues. Darauf freue ich mich!

Ganz wichtig in dieser Zeit nach dem Studium wird sein, was ein Interviewteilnehmer mir in einer Befragung als Antwort gegeben hat. Auf die Frage, was er seiner eigenen Einschätzung nach besser machen könnte nach seiner RP, sagte er: «Mehr Sex haben miteinander. [...] Du weisst nie, wann es das letzte Mal ist.»

Literaturverzeichnis

- Aigner, J. C., Baltes-Löhr, C. & Bischof, K. (2020). *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Ausblick* (Bd. 28). (H.-J. Voß, Hg.). Psychosozial-Verlag.
- Barnes, B., Kraywinkel, K., Nowossadeck, E., Schönfeld, I., Starker, A., Wienecke, A. & Wolf, U. (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Robert Koch Institut.
- Brandes, H. (2002). *Der männliche Habitus* (Bd. 2: Männerforschung und Männerpolitik). Leske + Budrich.
- Buddeberg, C. (2005). *Sexualberatung: Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater* (4., überarb. und erw. Aufl.). Georg Thieme Verlag.
<http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-13-136574-3>
- Buddeberg, C., Bitton, A., Eijsten, A. & Caselle, A. (2007). Management eines Tabus: EXPECT-Studie: Therapie der erektilen Dysfunktion aus der Sicht von Ärzten und Patienten. *ARS Medici*, 95(14), 689–692. <https://www.rosenfluh.ch/media/arsmedici/2007/14/Management-eines-Tabus.pdf>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer.
- El Feki, M., Desjardins, J.-Y., Crépault, C. & Bureau, J. (2011). *La sexothérapie: Quelle thérapie choisir en sexologie clinique?* (2. Aufl.). De Boeck Supérieur.
- Flamme, L. R. (2019). *Sexuelle Selbstsicherheit als Entwicklungsaufgabe nach Sexocorporel: Eine qualitative Untersuchung* (Masterarbeit, Hochschule Merseburg, Merseburg). <https://141.48.10.209/handle/1981185920/31850>
- Gehrig, P. (2007). Erektionsstörung - erektile Dysfunktion - ED. Sexualtherapie und Sexualberatung. In P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), *Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis*. Pfizer AG.
- Gruber, U. & Fegg, M. (Hrsg.). (2006). *Sexualität und Krebs*. Springer.
https://doi.org/10.1007/3-540-31303-6_155
- Geschlechtsorgane*. (o. D.). Thieme. <https://www.thieme.de/de/pflegepaedagogik/64-geschlechtsorgane-69072.htm>
- Guckenberger, M. (2019). Lokale Radiotherapie für Patienten mit einem neu diagnostizierten, metastasierten Prostatakarzinom [Local radiotherapy for patients with newly diagnosed, metastatic prostate cancer]. *Strahlentherapie und Onkologie*, 195(4), 362–364. <https://doi.org/10.1007/s00066-019-01435-8>

- Han, B. H., Wallner, K., Merrick, G., Butler, W., Sutlief, S. & Sylvester, J. (2003). Prostate brachytherapy seed identification on post-implant TRUS images. *Medical Physics*, 30(5), 898–900. <https://doi.org/10.1118/1.1568976>
- Hartmann, U. (2000). Psychosomatische Aspekte bei Erektionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97(10), A615-A619. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=21680>
- ISP Institut für Sexualpädagogik (2020). Studienunterlagen MAS III.
- Klinik Hirslanden. (2022, 20. August). *Magnetresonanztomographie MRI*. <https://www.hirslanden.ch/de/klinik-im-park/centers/radiologie-und-neuroradiologie-zuerich/patienteninformationen/magnetresonanztomographiemri.html>
- Kockott, G., Fahrner-Tutsek, E.-M. & Fahrner, E.-M. (2000). *Sexualstörungen des Mannes. Fortschritte der Psychotherapie* (Bd. 9). Hogrefe.
- Krebsliga Schweiz (Hrsg.). (2022, Februar). *Krebs in der Schweiz: wichtige Zahlen: Massgeblicher Zeitraum: 2014-2018 (Jahresdurchschnitt)*. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/zahlen-fakten/-dl-/fileadmin/downloads/sheets/zahlen-krebs-in-der-schweiz.pdf>
- Luginbühl, T. (2020). *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* (Masterarbeit, Hochschule Merseburg, Uster/Merseburg). https://isp-zuerich.ch/wp-content/uploads/2021/01/Thomas-Masterarbeit_def.pdf
- Mamié, S. (2017). Onko-Sexologie. *Schweizer Krebsbulletin*, 2017(2), 160–162. https://www.stefanmamie.ch/_files/ugd/b6fed0_191d37032a1d4bad924bcd80a9f3ddf.pdf?index=true
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Beltz.
- Michl, U., Graefen, M., Noldus, J., Eggert, T. & Huland, H. (2003). Funktionelle Ergebnisse unterschiedlicher Operationstechniken der radikalen Prostatektomie [Functional results of various surgical techniques for radical prostatectomy]. *Der Urologe. Ausg. A*, 42(9), 1196–1202. <https://doi.org/10.1007/s00120-003-0431-3>
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2. Aufl.). De Gruyter Oldenbourg.
- Mücke, C. (2010). *Geschlechtsverkehr nach radikaler Prostatektomie: Diskrepanz zwischen Patient und Partnerin* (Dissertation, Technische Universität München, München). <https://mediatum.ub.tum.de/958339>
- Nelson, C. J., Choi, J. M., Mulhall, J. P. & Roth, A. J. (2007). Determinants of sexual satisfaction in men with prostate cancer. *The journal of sexual medicine*, 4(5), 1422–1427. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00547.x>

- Nervenschonende Entfernung der Prostata.* (o. D.). Astellas Pharma GmbH.
https://www.meine-prostata.de/sites/default/files/styles/content_image_medium/public/content/2018-11/ast_meine-prostata_Leben-mit-Prostatakrebs_In-Behandlung_Therapie_3_0.png?itok=6Rtp3dZa
- Schmidt, G. (2014). *Das neue Der Die Das: Über die Modernisierung des Sexuellen* (4. Aufl.). Psychosozial-Verlag.
- Schmidtke, M. L., Dinkel, A., Gschwend, J. E. & Herkommer, K. (2015). Sexualität nach radikaler Prostatektomie : Erhebung der erektilen Funktion und Beratung von Patienten bezüglich ihres Sexuallebens [Sexuality after radical prostatectomy: Evaluation of erectile function and patient counseling regarding their sex life]. *Der Urologe*, 54(5), 696–702. <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3699-6>
- Schmidtke, M. L. (2018). *Erhebung der erektilen Funktion und Beratung bezüglich des Sexuallebens von Patienten nach radikaler Prostatektomie* (Dissertation, Technische Universität München, München). <https://mediatum.ub.tum.de/1294011>
- Schover, L. R. (1987). Sexuality and fertility in urologic cancer patients. *Cancer*, 60(S3), 553–558. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19870801\)60:3](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19870801)60:3)
- Stadler, T., C., Becker, A. J. & Stief, C. G. (2008). Was Sie bei erektiler Dysfunktion empfehlen können. Tablette, Pumpe oder Spritze? *MMW Fortschritte der Medizin*, 150(15), 41–43. <https://doi.org/10.1007/BF03365428>
- Starke, K. (Hrsg.). (2017). Sexualität im mittleren Lebensalter. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern: Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 167–179). Psychosozial Verlag.
- Steger, K. (2016). Anatomische und physiologische Grundlagen der Fertilität und der sexuellen Funktion. *Die Urologie*, 1553–1560. https://doi.org/10.1007/978-3-642-39940-4_1
- Steinmann, P. (2022). *Studium Master of Arts Sexologie III 2019-2022* [Kursnotizen]. Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie, Uster.
- Stucki, M. (2017). *Die Sexualität von Männern nach einer Prostatektomie: Die erektile Fähigkeit und das Erleben der Sexualität sowie der eigenen Männlichkeit nach einer Prostatektomie* (Masterarbeit, Hochschule Merseburg, Merseburg).
- Tuch, A., Hedinger, D., Jörg, R. & Widmer, M. (2018, 20. Oktober). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung: Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009 – 2016. Schlussbericht.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_dossier_65.pdf
- Traumann, M. (2008). *Frühfunktionelle Ergebnisse nach modifizierter Technik der offenen radikalen Prostatektomie* (Dissertation, Universität Hamburg, Hamburg). https://ediss.sub.uni-hamburg.de/bitstream/ediss/2941/1/Dissertation_PDF.pdf

- Walsh, P. C. & Donker, P. J. (1982). Impotence Following Radical Prostatectomy: Insight Into Etiology and Prevention. *Journal of Urology*, 128(3), 492–497.
[https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)53012-8](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)53012-8)
- Zettl, S. & Kroner, T. (2017). Sexualität und Fertilität. *Onkologische Krankenpflege*, 513–525. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53955-2_28
- Zettl, S. (2000). *Krankheit, Sexualität und Pflege: Hilfestellungen für den Umgang mit einem Tabu*. Kohlhammer.

Anhang

Anhang I	Abkürzungsverzeichnis
Anhang II	Informationsblatt für die Interviewteilnehmer
Anhang III	Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview
Anhang IV	Interviewleitfaden
Anhang V	Skalenblätter zu den Interviews
Anhang VI	Tabellenberechnung zur sexuellen Selbstsicherheit
Anhang VII	Auszüge aus den Transkripten
Anhang VIII	CD mit Masterarbeit und vollständigen Interview-Transkripten
Anhang IX	Selbständigkeitserklärung

Anhang I

Abkürzungsverzeichnis

AK	Analysekategorie. AKs sind Kategorien, welche dazu dienen die verschiedenen Aussagen der vier Interviewteilnehmer nach diesen AKs zu gruppieren. Anschliessend können alle zur gleichen AK gehörenden Aussagen untersucht und verglichen werden.
ED	Erektile Dysfunktion. Eine ED ist das Unvermögen, eine für den Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen und aufrechtzuhalten. Die Störung ist chronisch, wenn in 70 % der Versuche und über mindestens sechs Monate hinweg keine für den Geschlechtsverkehr genügende Erektion erreicht wird (Gehrig, 2010).
GV	Geschlechtsverkehr
MRI	Magnetic Resonance Imaging. Die Magnetresonanztomografie (MRT, MRI) ist ein hochmodernes bildgebendes Verfahren, bei dem dreidimensionale Schichtbilder ähnlich wie bei der Computertomographie entstehen
OP	Operation
PSA Wert	Prostata-spezifisches Antigen. Dies ist ein Blutwert, dank welchem eine Frühdiagnose eines Prostatakarzinoms möglich ist
PDE-5-Hemmer	Phosphodiesterase-5-Hemmer sind Substanzen für die Therapie von Erektionsstörungen, wie z. B. Viagra, Cialis, Spedra, etc.
RP	Radikale Prostatektomie. Entfernung der gesamten Prostata, nervschonend oder mit den Nervensträngen, welche die Erektion steuern.
SB	Selbstbefriedigung
Sexocorporel Farben	Farben der vier Hauptkategorien des Modells Sexocorporel: Grün Physiologische Komponenten Blau Kognitive Komponenten Rot Sexodynamische Komponenten Schwarz Beziehungskomponenten Das gesamte Modell Sexocorporel ist in Kapitel 2.4. erklärt.
Vasektomie	Sterilisation des Mannes
ZIO	Zentrum für integrative Onkologie, https://integrative-onkologie.com

Anhang II

Informationsblatt für die Interviewteilnehmer, Seite 1

Information zum Interview über das Thema

Einfluss der erektilen Dysfunktion nach einer radikalen Prostatektomie auf das Sexualleben des betroffenen Mannes

Sehr geehrter Interviewpartner

Herzlichen Dank für Ihr Interesse an dieser Forschungsarbeit. Vor dem Gespräch möchte ich Ihnen untenstehend noch einige Informationen zu unserem geplanten Interview geben.

Fokus der Forschungsarbeit

Im Fokus dieser Forschungsarbeit steht die Frage, welchen Einfluss eine radikale Prostatektomie auf das Sexualleben des betroffenen Mannes hat.

Es geht dabei um folgende Kernfragen:

- Hat sich die Sexualität vor und nach der Prostatektomie verändert? Wenn ja, wie?
- Wie hat sich die Operation auf die sexuelle Selbstsicherheit ausgewirkt?
- Fragen zur Begleitung vor und nach dem Eingriff.
- Eventuelle Bewältigungsstrategien für ein verändertes Sexualleben.

Ziel der Forschung

Mit den Interviews sollen Informationen zu den oben erwähnten Kernfragen gesammelt werden, welche die subjektive Perspektive der Betroffenen widerspiegelt. Diese Informationen werden zusammen mit dem aktuellen Forschungsstand in der Arbeit ausgewertet.

Teilnehmende

Heterosexuelle Männer mit einem Alter von über 50 Jahren, die sexuell aktiv sind und deren Prostatektomie mindestens sechs Monate zurückliegt, damit die Einflussfaktoren der Operation stabilisiert sind.

Durchführung

Das Interview dauert eine gute Stunde und wird aufgenommen. Die Aufnahme wird anschliessend in die schriftliche Form transkribiert. Die Ergebnisse werden in anonymisierter Form in die Masterarbeit übertragen, so dass keine Rückschlüsse auf ihre Person möglich sind.

Informationsblatt für die Interviewteilnehmer, Seite 2

Ihre Rechte

Sie nehmen freiwillig an dem Interview teil und können dieses jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, abbrechen und ihre Einwilligung widerrufen. Dazu müssen Sie keine Gründe angeben.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zusammen mit den Ergebnissen anderer Interviews wissenschaftlich ausgewertet und in der Masterarbeit veröffentlicht. Diese dient der Qualifikation zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Arts in Sexologie.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Fragen freue ich mich, von Ihnen zu hören. Sie erreichen mich wie folgt:

Peter Steinmann
Bürgliweg 15a
8805 Richterswil
Tel: +41 79 406 92 70
mail@steinmannpeter.ch

Richterswil, 03.Juni 2022

Anhang III

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Interview

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit

„Einfluss der erektilen Dysfunktion nach einer radikalen Prostatektomie auf
das Sexualleben des betroffenen Mannes“

von **Peter Steinmann**

- Ich wurde von Peter Steinmann mündlich und/oder schriftlich über die Ziele und den Ablauf der Studie und der Masterarbeit 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 und pseudonymisierter Form gespeichert werden. Bis zum 30. September 2022 kann das Löschen der Daten per E-Mail an mail@steinmannpeter.ch verlangt werden.
- 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 Peter Steinmann jederzeit von der Studie ausschliessen.

_____, den _____

Vor- und Nachname _____
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

Name Interviewer Peter Steinmann
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

HS Merseburg / ISP Uster, Peter Steinmann

Anhang IV

Interviewleitfaden Seite 1

1 Biographie, Persönliches Umfeld der Person

- Alter
- Wann OP gehabt? Nervschonung? Einseitig, Beidseitig?
- Familiensituation, Lebenspartnerin/Ehefrau

2 Fragen zur Sexualität vor und nach dem Eingriff (Sexocorporel)

«Veränderung ?» ist die Erinnerung an die Fragen vor und nach der OP.

Hintergrund der Fragestellung:

- | | | |
|--|----------------|---------------------------------------|
| 1. Wie gross ist in ihrem Leben der Stellenwert der Sexualität?
<i>Veränderung?</i> | <u>Skala 1</u> | Stellenwert Sexualität |
| 2. Wenn Sie an Ihren Penis denken, sich Ihren Penis vorstellen:
Was geht in Ihnen vor? Welche Gefühle und Gedanken stellen sich ein? (Thomas Luginbühl, 2020, S. 87), <i>Veränderung?</i> | | Penisbezug |
| 3. Welche Einstellung haben Sie zu Ihrem männlichen Erscheinungsbild, beispielsweise ihre Grösse, Haare, Gewicht und dem Funktionieren? <i>Veränderung?</i> | | Bezug zu sich selbst |
| 4. Stimulieren Sie sich selbst? Wie oft? <i>Veränderung?</i> | | Info über SB |
| 5. Wie genau stimulieren Sie sich (Modus)? <i>Veränderung?</i> | | Info über SB |
| 6. Wie oft haben Sie sexuellen Kontakt mit Ihrer Partnerin?
<i>Veränderung?</i> | | Info über Partner-Sexualität |
| 7. Hat sich die Art des sexuellen Kontaktes mit ihrer Partnerin verändert nach der OP, wenn ja, wie? | | Info über Partner-Sexualität |
| 8. Wie steif wird ihr Penis? <i>Veränderung?</i> | <u>Skala 2</u> | Problem mit Erektion |
| 9. Wenn Sie ihre Erregung steigern. Inwiefern können Sie die den Anblick Ihres erigierten Penis geniessen?
(Thomas Luginbühl, 2020, S. 87), <i>Veränderung?</i> | <u>Skala 3</u> | Sex.Selbstsicherh narzistischer Teil |
| 10. Wie stolz sind Sie auf Ihren erigierten Penis?
<i>Veränderung?</i> | <u>Skala 4</u> | Sex.Selbstsicherh Narzistischer Teil |
| 11. Wie würde Ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben? Eher offen, sich gerne entblössend und gerne zeigend oder eher zurückhaltend? <i>Veränderung?</i> | <u>Skala 5</u> | Zirkuläre Frage z. sex. Selbstsicherh |
| 12. Äussert sich ihre Partnerin über ihr Geschlecht? Wenn ja, wie? (ev. fragen ob positiv, neutral, negativ) <i>Veränderung?</i> | | Unterstützung der sex. Selbstsich.? |
| 13. Wenn Sie mit ihrer Partnerin oder ev. anderen Personen zusammen sind und eine Erektion bekommen. Was geht in | | Sex.Selbstsicherh Exhibitionist. Teil |

Interviewleitfaden Seite 2

Ihnen vor? Sind sie stolz darauf oder eher scheu?

Veränderung?

Skala 6

14. Haben Sie nach der Operation schon erlebt, dass das Eindringen und/oder Orgasmus nicht möglich ist? Haben Sie Alternativen entdeckt wie der Sex schön und befriedigend ist? Welche?

Bewältigung der neuen Situation

15. Mit wieviel Lust oder Vorfreude ist das Eindringen in ihre eine Partnerin verbunden. *Veränderung?*

Skala 7

Koital sex. Begehrr., Erotisier. Archetyp

16. Worauf ist eine eventuelle Veränderung der Lust zum Eindringen zurückzuführen?

Rückgang sexuelle Selbstsicherheit??

17. Gibt es in Ihren Fantasien Szenen, in denen sie einen Stolz auf ihren Penis besonders gut spüren? *Veränderung?*

Sexuelle Selbstsicherheit

3 Begleitung vor und nach dem Eingriff

18. Wie sind Sie in Bezug auf Ihre Sexualität vor und nach dem Eingriff begleitet worden? Was hat Ihnen geholfen und was war nicht ideal?
19. Gibt es nachträglich gesehen etwas, das der Arzt nicht erwähnt hat, das Ihnen jedoch geholfen hätte?
20. Wie war ihre Partnerin in die Begleitung miteinbezogen?

4 Bewältigungsstrategien für die Veränderung im Sexualleben

21. Haben Sie auf körperlicher Ebene etwas unternommen, um damit umzugehen? (z.B. Körperübungen, Medikamente (Viagra, Cialis), Beratung z.B. beim Arzt).
22. Wenn Ja, was hat Ihnen am besten geholfen?
23. Haben Sie auf psychischer Ebene etwas unternommen, um damit umzugehen? (z.B. Beratung beim Sexologen/Psychologen, mentale Übungen, etc.).
24. Wenn Ja, was hat Ihnen gut geholfen?
25. Welche Rolle spielt ihre Partnerin bei der Bewältigung der Veränderungen?
26. Was würde Ihre Partnerin sagen, wie Sie die Veränderung bewältigen?
27. Was würde Ihre Partnerin sagen, was Sie eventuell besser machen könnten?

Anhang V

Skalenblätter zu den Interviews

Die folgenden Skalenblätter zeigen Einschätzungen der vier Interviewteilnehmer zu bestimmten Kategorien in Skalenform, was eine bessere Quantifizierung ihrer Antworten ermöglicht. Die Einschätzung des Skalenwertes vor der Operation wird auf den Skalenblättern mit einem roten «V» bezeichnet, jene nach der Operation mit einem roten «N».

Zur Klarheit für die Teilnehmer wurde jede Skala auf einem separaten Blatt abgedruckt. Ein Beispiel für einen so verwendeten Skalenbogen folgt in diesem Anhang. Die Ergebnisse der Interviews wurden anschliessend in komprimierter Form in die untenstehenden Skalenblätter übertragen (vgl. Anhänge V-A, V-B, V-C, V-D). Alle Antworten und Bemerkungen zu den Antworten sind in rot aufgeführt.

Stellenwert der Sexualität?

Keine Wichtigkeit								Sehr, sehr wichtig
0	1	2	3	4	5	6	7	

V = Vor der Operation, N = Nach der Operation

Anhang V-A

Skalenblatt Teilnehmer A, Seite1

1. Stellenwert der Sexualität?

Keine Wichtigkeit

Sehr, sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

N

V

2a. Wie steif wird Ihr Penis bei der Selbstbefriedigung?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

N

V

2b. Wie steif wird Ihr Penis beim Sex mit der Partnerin?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

N

V

3. Genuss des erigierten Penis?

Kein Genussempfinden

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

4. Stolz auf Penis?

Negative Gefühle

Neutral

Sehr grosser Stolz

-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

5. Wie würde ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben?

Zurückhaltend

Sich gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

N

V

Skalenblatt Teilnehmer A, Seite2

6. Sind Sie verlegen oder stolz auf ihren erigierten Penis mit ihrer Partnerin oder ev. auch mit anderen Personen?

Sehr verlegen und scheu

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V

N

Nach der OP hat sich der Stolz erhöht, weil die Erektion etwas Besonderes geworden ist.

7. Lust und Vorfreude auf das Eindringen in die Partnerin?

Keine Lust und Vorfreude

Äusserst viel Lust und Vorfreude

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

Ist enttäuscht worden, weil der Penis kaum mehr funktioniert.

Anhang V-B

Skalenblatt Teilnehmer B, Seite1

1. Stellenwert der Sexualität?

Keine Wichtigkeit

Sehr, sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

2a. Wie steif wird Ihr Penis bei der Selbstbefriedigung?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

N

V

2b. Wie steif wird Ihr Penis beim Sex mit der Partnerin?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

V

Der Teilnehmer hat nach der OP keinen Sex mehr mit einer Partnerin gehabt.

3. Genuss des erigierten Penis?

Kein Genussempfinden

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

N

V

N -> tiefer da sehr wenig Erektion

4. Stolz auf Penis?

Negative Gefühle

Neutral

Sehr grosser Stolz

-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---

V

N -> obsolet, da keine Steifheit mehr

5. Wie würde ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben?

Zurückhaltend

Sich gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V

N -> obsolet, da keine Sexpartnerin mehr seit der OP

6. Skalenblatt Teilnehmer B, Seite2

6. Sind Sie verlegen oder stolz auf ihren erigierten Penis mit ihrer Partnerin oder ev. auch mit anderen Personen?

Sehr verlegen und scheu

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V

N -> ist auch bei 6, wenn eine Erektion vorhanden ist

7. Lust und Vorfreude auf das Eindringen in die Partnerin?

Keine Lust und Vorfreude

Äusserst viel Lust und Vorfreude

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V

V -> sei so tief, da die Ehefrau (Partnerin vor der OP) «frigide» gewesen sei

N -> obsolet, da keine Sexpartnerin mehr seit der OP

Anhang V-C

Skalenblatt Teilnehmer C, Seite1

1. Stellenwert der Sexualität?

Keine Wichtigkeit

Sehr, sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

2a, Wie steif wird Ihr Penis bei der Selbstbefriedigung?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

N

V

2b. Wie steif wird Ihr Penis beim Sex mit der Partnerin?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

V

N -> ist unzuverlässig, daher keine Wertangabe

3. Genuss des erigierten Penis?

Kein Genussempfinden

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

4. Stolz auf Penis?

Negative Gefühle

Neutral

Sehr grosser Stolz

-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

5. Wie würde ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben?

Zurückhaltend

Sich gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

Skalenblatt Teilnehmer C, Seite2

6. Sind Sie verlegen oder stolz auf ihren erigierten Penis mit ihrer Partnerin oder ev. auch mit anderen Personen?

Sehr verlegen und scheu

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

7. Lust und Vorfreude auf das Eindringen in die Partnerin?

Keine Lust und Vorfreude

Äusserst viel Lust und Vorfreude

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

N

V

N-> Unsicherheit, ob es funktioniert

Anhang V-D

Skalenblatt Teilnehmer D, Seite1

1. Stellenwert der Sexualität?

Keine Wichtigkeit

Sehr, sehr wichtig

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

2a. Wie steif wird Ihr Penis bei der Selbstbefriedigung?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Bereich

V - - - - - V

Bereich

N - - - - - N

2b. Wie steif wird Ihr Penis beim Sex mit der Partnerin?

Keine Erektion

Absolut steife Erektion

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Bereich

V - - - - - V

N - - - - - N

3. Genuss des erigierten Penis?

Kein Genussempfinden

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

4. Stolz auf Penis?

Negative Gefühle

Neutral

Sehr grosser Stolz

-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7
----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---

V+N

Skalenblatt Teilnehmer D, Seite2

5. Wie würde ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben?

Zurückhaltend

Sich gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Wert v. Tantra-Seminar Dez. 2017 V

Wert vor OP Dez 2019

V

Wert nach OP 2021

N - - - - - N

6. Sind Sie verlegen oder stolz auf ihren erigierten Penis mit ihrer Partnerin oder ev. auch mit anderen Personen?

Sehr verlegen und scheu

Äusserst stolz und gerne zeigend

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Bereich V - - - - - V

Partnerin N

Andere Personen N - - - - - N

7. Lust und Vorfreude auf das Eindringen in die Partnerin?

Keine Lust und Vorfreude

Äusserst viel Lust und Vorfreude

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Lust V - - - - - V

Vorfreude N - - - - - N

Vor der OP sei es eher geile Lust gewesen und jetzt sei es die Vorfreude auf eine innige Verschmelzung.

Anhang VI

Tabellenberechnung zur sexuellen Selbstsicherheit

Tabelle zur sexuellen Selbstsicherheit
mit gewichteten Daten aus den Skalenblättern

Nr	Kategorie	Gew	A Vor	A Nach	B Vor	B Nach	C Vor	C Nach	D Vor	D Nach
2	Erreichte Steifheit des Penis SB	1	8.0	4.0	10.0	1.0	10.0	8.0	9.0	6.0
2	Erreichte Steifheit des Penis Paar	1	10.0	4.0	*)	*)	*)	*)	9.0	5.0
8	Genuss des Penis	1	7.1	7.1	10.0	7.1	10.0	10.0	10.0	10.0
9	Penisstolz	1	5.7	5.7	8.6	0.0	10.0	10.0	10.0	10.0
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	2	20.0	20.0	*)	*)	20.0	11.4	18.6	15.7
12	Wahrnehmung durch Partnerin	2	11.4	17.1	*)	*)	20.0	20.0	11.4	18.6
	Totale		62.3	58.0	28.6	8.1	70.0	59.4	68.0	65.3
	Δ (-) Abnahme (+) Zunahme		-4.3		-20.4		-10.6		-2.7	

*) Diese Werte wurden nicht berücksichtigt, weil V oder N oder V und N von den betroffenen Teilnehmern nicht angegeben worden sind.

Die mit dem Faktor der entsprechenden Zeile multiplizierten Werte, werden am selben Platz in der oberen Tabelle eingesetzt

Tabelle für Umrechnungsfaktoren

Nr.	Kategorie	Gew.	Bemerkung zum Gewicht	Bem. zur Umrechnung	Formel	Fakt
2	Erreichte Steifheit des Penis SB	1	Einfaches Gewicht da zwei Kategorien für Steifheit	Umr. v. % auf Skala 1-10	=1*1/10 ->	0.1
2	Erreichte Steifheit des Penis Paar	1	Einfaches Gewicht da zwei Kategorien für Steifheit	Umr. v. % auf Skala 1-10	=1*1/10 ->	0.1
8	Genuss des Penis	1	Penisstolz ähnl. Penisgenuss daher einfaches Gewicht	Umr. v. Skala 1-7 auf 1-10	=1*10/7 ->	1.4
9	Penisstolz	1	Penisstolz ähnl. Penisgenuss daher einfaches Gewicht	Umr. v. Skala 1-7 auf 1-10	=1*10/7 ->	1.4
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	2	Doppeltes Gew. da nur eine Kategorie	Umr. v. Skala 1-7 auf 1-10	=2*10/7 ->	2.9
12	Wahrnehmung durch Partnerin	2	Doppeltes Gew. da nur eine Kategorie	Umr. v. Skala 1-7 auf 1-10	=2*10/7 ->	2.9

Jeder Wert wird mit dem roten Faktor in der entsprechenden Zeile multipliziert und in der oberen Tabelle eingesetzt.

Rohdaten, direkt aus den entsprechenden Skalenblättern eingesetzt

Nr	Kategorie	Gew	Bemerkung	A Vor	A Nach	B Vor	B Nach	C Vor	C Nach	D Vor	D Nach
2	Erreichte Steifheit des Penis SB	1	Bei Teiln. D Durchschnitt des im Skalenblatt angegeb. Bereichs	80	40	100	10	100	80	90	60
2	Erreichte Steifheit des Penis Paar	1	Bei Teiln. D Durchschnitt des im Skalenblatt angegeb. Bereichs	100	40	*)	*)	*)	*)	90	50
8	Genuss des Penis	1		5	5	7	5	7	7	7	7
9	Penisstolz	1		4	4	6	0	7	7	7	7
10	Lust/Vorfreude zum Eindringen	2	Bei Teiln. D Durchschnitt des im Skalenblatt angegeb. Bereichs	7	7	*)	*)	7	4	6.5	5.5
12	Wahrnehmung durch Partnerin	2		4	6	*)	*)	7	7	4	6.5

*) Diese Werte wurden nicht berücksichtigt, weil V oder N oder V und N von den betroffenen Teilnehmern nicht angegeben worden sind.

Anhang VII_A

Auszug aus Transkript des Teilnehmers A (Ab Frage 9, Penisgenuss)

211	I: Dann (...) wenn sich jetzt ihre... Wenn Sie jetzt ihre Erregung
212	steigern, also jetzt mehr mit der Selbstbefriedigung, inwiefern können
213	Sie den Anblick ihres erigierten Penis geniessen? ##
214	A: Bei der Selbstbefriedigung? ##
215	I: Wenn Sie alleine sind.
216	A: Ja dann nicht so ##
217	I: Aha, ok
218	A: Jetzt habe ich eine schlechte Verbindung. ##
219	I: Hallo?
220	A: Hören Sie mich?
221	I: Ich höre Sie, ich höre Sie. ##
222	A: Ja gut, nein dann ist, ja dann ist es nicht so (..) ein Genuss,
223	nein. ##
224	I: Also wenn Sie alleine sind, geniessen Sie den erigierten Penis
225	nicht so? ##
226	A: Nein
227	I: Und in der Partnerschaft? ##
228	A: Bin ich enttäuscht worden. ((lacht leicht))
229	I: Sind Sie enttäuscht worden, warum? ##
230	A: Ja (..) ja, weil er nichts mehr kann. ((lacht leicht))
231	I: Ok, ja das verstehe ich. ##
232	A: Nein, dann ist er, dann ist er... (...) Ja, dann ist natürlich auch von
233	vorher zu jetzt, (..) ist (...) da ist der (lustlos??), also... Aber ja,
234	mit der Frau, doch, da bin ich jeweils ein bisschen stolz wieder, ja
235	dass ich es so gut kann. ##
236	I: Ja wunderbar, aber...
237	A: Das erhält mich am Leben ((beide lachen)) ##
238	I: So gut
239	A: Nein, nein, das gibt... Ich sage auch, ja, ich (...) bin jetzt nicht
240	unter Druck wegen der Beziehung, aber (..) nein, das ist natürlich
241	auch (..) ja, ist so ein bisschen ein Stärkegefühl natürlich, wenn es
242	dann doch noch funktioniert und ist für die Partnerschaft sicher auch
243	(..) wichtig, also, ja, ab und zu habe ich dann schon ein bisschen

244	Angst gehabt, ja, die Frau, ja ist, ja (..) da schon ein bisschen
245	Mitleid gehabt mit ihr, aber jetzt, ja, ja, können wir, halt, sie kann
246	es auch akzeptieren wie es ist und (..) nein, so kann man gut leben,
247	ja. ##
248	I: Schön, schön und aber vorher, wo Sie noch volle Erektion gehabt
249	haben, sind Sie auch stolz gewesen, wenn Sie alleine waren, auf den
250	Penis? ##
251	A: Ja, ja (zögert)
252	I: Nicht so? ##
253	A: Ja, ja
254	I: Ja ok
255	A: Ja, (..) ist jetzt vielleicht nicht so ein (..) weiss auch nicht,
256	ich bin jetzt nicht so, ja ich weiss auch nicht. ##
257	I: Ok, ist schon gut.
258	A: Penisorientiert gewesen.
259	I: Ja ist gut, ok ##
260	A: Schon das Sexuelle ## aber den Penis habe ich jetzt nicht so... Ich
261	habe jetzt an meinem Bizeps, den ich am Arm habe, habe ich mehr Freude.
262	##
263	I: ((lacht)) Wunderbar (8s) ja dann jetzt, ja das ist jetzt auch noch
264	gerade eine Skalen-Frage, nochmals. Also wie stolz sind Sie auf ihren
265	(..) erigierten Penis? Eigentlich haben Sie es mir schon gesagt, aber
266	es wäre gut, wir könnten das zusammen noch ausfüllen. Vorher und
267	nachher ##
268	A: Ja, vielleicht (...) vielleicht vorher 5 und jetzt 4. ##
269	I: Wunderbar
270	A: Nein, jetzt auch, jetzt vielleicht sogar auch noch 5, weil (..) ich
271	nehme an, dass... Ja, ja, weil ich weiss ja auch, dass etwas halt jetzt
272	fehlt hinten durch. Ja, ja, nein, ich würde sagen, geht, von dem her,
273	(..) mit der Einschränkung zusammen kann man, ja, ja, (..) ist es doch
274	noch eine Leistung, dass er (..) sich noch erregt, ja. ##
275	I: Jetzt habe ich da... (..) Moment... (..) 5 (...) und dann (..) also stolz
276	ist das eine, und selbst der Genuss, dass er so... Wie ist... Ich habe
277	jetzt das falsch eingetragen vorher. Das ist eigentlich der Genuss. ##
278	A: Aha, der Genuss, ja, ja, den können Sie auch grad so... ##
279	I: Kann man grad so, gut, dann haben wir das. (.....) Dann wie würde

280	ihre Partnerin Sie als sexuellen Partner beschreiben? Eher offen, sich
281	gerne entblößend, sich gerne zeigend? Oder eher zurückhaltend? ##
282	(8s)
283	A: Ja, was soll ich jetzt da sagen? ##
284	I: Da haben wir auch wieder...
285	A: Auf der Skala? ##
286	I: Ja
287	A: Von 0 bis 7 ## (11s) ja vorher vielleicht eher, ja, jetzt bin ich
288	eher ein bisschen zurückhaltender geworden. Jetzt ist vielleicht (..)
289	4 und vorher würde ich eher s/... Etwa (..) ja, ja, vielleicht sogar 6.
290	##
291	I: Ok
292	A: Vorher 6 und momentan 4 ##
293	I: So vorher 6 und nachher 4 ##
294	A: Ja, ja
295	I: Gut, danke (..) dann äussert sich ihre Partnerin über ihr
296	Geschlecht? Wenn ja, wie? ##
297	A: Nein, eigentlich nicht ((lacht leicht)) habe irgendwie noch nie,
298	nein, wir reden nicht gross darüber. Ja, ja, nein ##
299	I: Gut
300	A: Wir machen einfach und geniessen und ja. ##
301	I: Ja ist doch schön.
302	A: Ja
303	I: Jetzt irgendwie haben wir das, ja da ist die Frage nochmals, also
304	wenn Sie mit ihrer Frau zusammen sind, eben, der Stolz, oder auf ihren
305	Penis? ##
306	A: Ja (8s) ja da würde ich fast sagen, vorher (.) 5 und jetzt eher 6.
307	(..) Jetzt bin ich von dem her (.) ja, es ist fast besonderer geworden.
308	##
309	I: Ok, ok ja
310	A: Weil eigentlich (..) so wie es noch geht. Vorher ist es so
311	selbstverständlich gewesen. Also ja, ja, es ist (.) hat einfach
312	funktioniert. ##
313	I: Schön, ja schön, ja verstehe es. Ja schöne Antwort. (ja) ((lacht
314	leicht)) (...) Also (...) dann haben Sie seit der Operation schon erlebt,
315	dass das Eindringen oder der Orgasmus nicht möglich gewesen sind? Und

316	haben Sie Alternativen entdeckt, wie der Sex schön und befriedigend
317	sein kann und welche? ##
318	A: Ja am Anfang hat es nicht funktioniert, ja. Und dann hat man dann
319	da (..) ja, dann haben ich da ein bisschen recherchiert und dann bin
320	ich dann bei, ja den kennen Sie glaube ich auch, Doktor Luginbühl... ##
321	I: Ja genau, kenne ich auch, ist auch mein Urologe.
322	A: Ja, und dann ja, aha, ist auch ihr Urologe? ##
323	I: Ja, ja
324	A: Und dann hat er mir dann gesagt, ja ich könne einmal Penisereger,
325	so eine Schlinge probieren. Und dann habe ich dann so einen gekauft. (.
326	) Aber ich brauche sie nicht. ((lacht)) (7s) Vielleicht brauche ich
327	sie dann einmal, um Fischerruten zusammen zu binden, weil ich sie
328	sonst nicht brauchen kann. ((beide lachen)) Ja, ja, ich bin ein
329	bisschen ein Löli. ##
330	I: Ja ich finde, das darf man ruhig, ist schön, wenn wir noch ein
331	bisschen Kind sind. ((beide lachen)) ##
332	A: Nein, ich brauche sie nicht, das ist... Ja, ja, (...) ja es hat dann...
333	Hat dann selber besser funktioniert und da eigentlich... Ja ich habe,
334	ist eher störend gewesen, weder schön, ja. ##
335	I: Und haben Sie nach Alternativen gesucht, eben zum Eindringen oder
336	so, haben Sie etwas anderes dann gefunden, das Sie befriedigt hat?
337	Also beim... ##
338	A: Nein
339	I: Nicht speziell?
340	A: Nein, nein ##
341	I: Ok (..) aber vielleicht mehr Zärtlichkeit, oder nicht? ##
342	A: Wie?
343	I: Dann vielleicht mehr Zärtlichkeit, oder nicht? ##
344	A: Ja genau, doch, das hat dann viel mehr genützt. ##
345	I: Also das schon
346	A: Was ich noch sagen muss... Ja ja, ich nehme natürlich auch noch ein
347	Medikament da. ##
348	I: Viagra?

Anhang VII_B

Auszug aus Transkript des Teilnehmers B (Ab Frage 9, Penisgenuss)

227	I: Ja unterschiedlich, (5s) wenn Sie ihre Erregung steigern, in wie
228	fern können Sie den Anblick von ihrem Penis geniessen? ##
229	B: Also vorher ist das nie, also, ja, konnte ich das. Auch bei der
230	Erektion, das ist kein Thema gewesen. Heute, (..) ja ist eigentlich
231	auch kein Thema, es ist einfach, eben, ist halt einfach schlapp. ##
232	I: Und wie ist das vorher gewesen?
233	B: Vorher, etwa da oben, ja, ja ##
234	I: Also vorher
235	B: Und jetzt, ja vielleicht etwa da, oder da, machen Sie es da. ##
236	I: Ja das ist klar.
237	B: Es ist nicht mehr das Gleiche (unv.) ## ja genau. ##
238	I: Ja, gut, danke, (5s) dann grad nochmals eine Frage, wie stolz sind
239	Sie auf ihren Penis gewesen und jetzt? (..) Auf ihren erigierten
240	Penis? ##
241	B: Stolz? ##
242	I: ((lacht))
243	B: In dem Sinn, die Gedanken genau habe ich mir nie gemacht in dem
244	Sinn. Stolz, ja stolz auf meinen Penis, auf meinen erigierten Penis? (.
245	..) Ich habe immer gesagt, ich weiss, was er kann. (..) In dem Sinn,
246	aber das hat ja nichts mit der Grösse oder Kleine oder der Schönheit
247	oder... Gut, es gibt solche, die haben da so einen Knick drin und so
248	weiter, die finden das nicht so lässig. Dort durch sicher zwischen 5
249	und 6. ##
250	I: Also vorher, nachher?
251	B: Also vorher würde ich sagen 6, (..) also es geht ja um den
252	erigierten Penis. (ja genau) Und heute, ja kann ich es auch nicht
253	sagen. ##
254	I: Ja, genau, ja das ist schon klar, klar. (14s) Wie würde jetzt ihre
255	Partnerin, oder ja vorherige sagen wir, wie würde ihre Frau, mit der
256	neuen Partnerin haben Sie das ja noch nicht gehabt, Sie als sexuellen
257	Partner beschreiben? Offen, sich gerne entblössend, sich gerne zeigend
258	oder eher zurückhaltend? ##
259	B: Eher offen

260	I: Eher offen, (..) natürlich auch wieder...##
261	(5s)
262	B: Ja auch auf 6 ##
263	I: Auch auf 6
264	B: Ja, (unv.) ##
265	I: Nachher können Sie noch nicht, oder...
266	B: Nein, ich würde das eher noch nicht sagen. Nein, kann ich natürlich
267	nicht sagen. ##
268	I: Können Sie noch nicht sagen. Gut, gut, voila, erledigt.
269	B: Eben, darum habe ich es vorher erklärt. ##
270	I: Ja das ist schon klar. Es ist wie es ist.
271	B: Ja
272	I: Tip top ##
273	B: Genau
274	I: Dann, (....) hat sich ihre (..) also ihre Frau über ihr Geschlecht
275	geäußert? Wenn ja, wie? ##
276	B: Mhm (verneinend)
277	I: Nicht
278	B: Mhm (verneinend) ##
279	(7s)
280	I: Wenn Sie jetzt mit ihrer Partnerin zusammen gewesen sind, oder
281	allenfalls anderen Personen, ja wenn Sie eine Erektion gehabt haben,
282	sind Sie stolz darauf gewesen? ##
283	B: Ja also ich würde jetzt schon meinen ja, also irgendwo durch,
284	fällst du ja auch wie in ein Loch, wenn du keine hast.
285	I: Ja, ja genau
286	B: Ja sicher, auch da würde ich jetzt auch sagen (..) auch früher,
287	oder wenn ich an vorher, früher denke, mit meiner Frau, würde ich
288	schon sagen, ja, ja, in dem Sinne hoch oben. Und (.) jetzt, (..) ja
289	würde ich vielleicht stolzer sein, ((lacht leicht)) wenn es wieder
290	gehen würde. Ich würde jetzt einmal 6 nehmen, weil... ##
291	I: Vorher und nachher
292	B: Vorher und nachher, (.) ich sage jetzt einfach, wahrscheinlich wenn
293	es kommt und passiert, wäre ich sicher stolzer drauf, vielleicht sogar.
294	Also sicher nicht die gleiche... ##
295	I: Vorhanden, oder? Ist klar.

296	B: Ja (6s) also ich meine stolz, ja, stolz tönt so
297	selbstverherrlichend, aber gut, es gibt natürlich Männer, die grausam
298	viel Wert darauf legen, wie ihr (.) Ding, Gehänge aussieht, sage ich
299	jetzt einmal, schön Deutsch gesagt. ##
300	I: Ja, das ist so.
301	B: Ja, gut, ok, aber das habe ich eigentlich in dem Sinn (..) also
302	jetzt nicht irgendwie nach... Ich sage jetzt nach einer intensiven Nacht
303	empfunden. Das ist eher, weil einmal eine gesagt hat, oh, ist aber
304	auch noch standhaft, so, dann ist das etwas anderes in dem Sinn. Es
305	hat nicht unbedingt mit dem grossen, kleinen oder schönen Penis zu tun,
306	sondern eher, ja der Standhaftigkeit, die sie dann eigentlich gelobt
307	hat. Also von dem her, das ist dann etwas anderes als effektiv (..)
308	Ding, oder? (...) Aber rein auf das Aussehen stolz oder nicht stolz, da
309	kann ich Ihnen eine Antwort geben, wie die Frage da ist, aber der
310	Stolz ist da durch eigentlich in einer kleinen Ecke, eben fleissig
311	sage ich wieder, klein, aber fleissig. ##
312	I: Ja ist doch gut, (14s) ja die nächste Frage ist auch, nach der
313	Operation, (...) ist das Eindringen nicht möglich gewesen? ##
314	B: Nein
315	I: Keine
316	B: Nein
317	I: Jetzt die Frage wäre quasi, welche Alternativen haben Sie
318	allenfalls gefunden? Aber ich meine, bei der Selbstbefriedigung haben
319	Sie mir schon gesagt, haben Sie Alternativen, das ist wunderbar, das
320	funktioniert ja. (..) Und dann mit wie viel Lust oder Vorfreude (.)
321	ist das Eindringen in ihre Partnerin verbunden gewesen? ##
322	(7s)
323	B: Vorfreude, ich würde sagen, ja also Vorfreude, es ist nicht so
324	gewesen, (.) dass ich mit meiner Frau (...) in dem Sinn eine Vorfreude
325	gehabt hätte auf den Sex, also vor allem bei ihr nicht. Sie hat
326	eigentlich eher (.) wie soll ich sagen? Ja, es hat sich dann
327	irgendeinmal wieder einmal so ergeben sage ich jetzt einmal. Nicht,
328	dass man jetzt sagen könnte, ah heute machen wir uns einen schönen
329	Abend und juhu, probieren wir das oder dieses aus. Sondern bei ihr ist
330	das sehr in einem engen Rahmen von den Möglichkeiten gewesen, dass man
331	einmal sagt, ja, sexuelle Praktiken einmal ausprobieren, mal etwas

332	anderes, hat sie eigentlich nicht viel offen lassen in dem Sinn. Von
333	dem her Vorfreude kann man jetzt nicht sagen. Es ist, ja wenn es dann
334	passiert, ist es ## wieder einmal schön gewesen, ist es passiert. Und
335	wenn sie dann mitmachen konnte, dann sowieso. Aber sie ist da durch
336	eher ein bisschen, ja, wie soll ich sagen, frigide gewesen, eher von
337	der Seite her. Auch am Anfang, ich habe dann immer gedacht, das kommt
338	dann schon. So (.) ja, es gibt ja auch Leute, die dann ein bisschen
339	mehr Freude bekommen mit der Zeit, aber dem war nicht so. Ja, (.) ja,
340	hat man halt vielleicht ein bisschen vielleicht neben einander her
341	gelebt, auch vorher schon. Darum sage ich... Und sie ist jetzt völlig
342	konsterniert, dass ich eine Partnerin habe, eine Freundschaft habe,
343	nicht eine Partnerin, in dem Sinne, mit der ich gut auskomme, aber
344	auch ohne Sex leben kann. Und sie hat da das Gefühl, das sei gar nicht
345	möglich. Und ich habe gesagt, hey, zu dem, ja ich weiss gar nicht, ob
346	ich überhaupt wieder einmal Sex haben kann. Also einfach nur einmal,
347	dass du das weisst. Von dem her, hähähä. Und dann muss ich sagen, ja
348	ok, das interessiert ## dich in dem Sinn gar nicht, also lassen wir
349	das, müssen wir gar nicht mehr diskutieren. Das ist ein bisschen, Ding,
350	ja, ich sage jetzt einmal einfach auf gut Deutsch, ich bin zu kurz
351	gekommen eine Zeit lang. Von dem her, aber (.) jetzt sagen zu können,
352	wie hat jetzt die Frage nochmals genau gelautet? ##
353	I: Mit wie viel Lust oder Vorfreude ist das Eindringen in ihre
354	Partnerin verbunden? ##
355	B: Also ich sage, am Schluss ist es fast abgestumpft.
356	I: Also das wäre noch die Skala. ##
357	B: Es ist am Schluss fast abgestumpft, von dem her...##
358	I: 1 oder noch weniger?
359	B: Ja 1 würde ich sagen, weil ja man hat am Schluss ja fast nicht
360	gewusst, ja macht sie es nur einfach so mir zu Liebe oder hat sie
361	selbst auch irgendwo noch ein bisschen Freude. Und dann hat man selbst
362	die Freude auch nicht mehr, so ein bisschen... ##
363	I: Ich schreibe einmal (unv.) ## auf.
364	B: Ja

Anhang VII_C

Auszug aus Transkript des Teilnehmers C (Ab Frage 9, Penisgenuss)

407	I: Danke, danke ((lacht leicht)) (10s) jetzt, wenn Sie ihre Erregung
408	steigern. Also da ist auch wieder vorher, nachher. In wie fern können
409	Sie den Anblick vom erigierten Penis geniessen? ##
410	C: Ja der ist schön, ist gut.
411	I: Schön, wunderbar. (ja) Und (..) da habe ich auch wieder einen
412	Zettel ##. (..) Also das ist... ##
413	C: Schön, stolz denke ich, stolz
414	I: Wunderbar, wunderbar, und jetzt? ##
415	C: Ja sind wir auch stolz, wenn er sich bewegt. ((lacht leicht))
416	I: Eben, wenn er sich... ##
417	C: Ja, das ist tip top.
418	I: Also, gut
419	C: Da schauen wir schon, dass das wiederkommt. ##
420	I: Ja und Sie haben es ja schon gesagt, das sind eigentlich ähnliche
421	Fragen. Aber da (..) da geht es um den Stolz, das ist auch... Und das
422	ist... ##
423	C: Vor und nach der Operation, ja
424	I: Vorher und nachher, gut, wunderbar. (....) Wie würde ihre Partnerin
425	Sie beschreiben? (..) Als sexuellen Partner? Also eher offen, sich
426	gerne entblössend, sich gerne zeigend oder eher zurückhaltend? ##
427	C: Offen
428	I: Offen
429	C: Ja, ja
430	I: (.....) Ich habe es mir auch so vorgestellt, wenn ich Sie höre
431	((lacht leicht)) (.....) Wie äussert sich ihre Partnerin über ihr
432	Geschlecht? Sagt ihre Partnerin ihnen etwas über ihr Geschlecht, tut
433	sie sich darüber äussern, über ihren Penis, über... ##
434	C: Nein, nichts, sie weiss ja, hat die Situation gekannt von Anfang an.
435	Man weiss es erst, wenn es da ist, oder? Man hat eine Vorstellung und
436	jetzt, ja jetzt schauen wir, dass das trotzdem gut kommt. ##
437	I: Ja, ja (.....) wenn Sie mit ihrer Partnerin oder eventuell anderen
438	Personen zusammen sind und bekommen eine Erektion, was geht in Ihnen
439	vor, sind Sie stolz, oder? ##

440	C: Vorher oder nachher?
441	I: Vorher, ja genau, vorher und nachher ##
442	C: Ja das ist natürlich gut.
443	I: Ja wunderbar, das geniessen Sie? ##
444	C: Ja wenn es erfolgreich ist schon.
445	I: ((lacht))
446	C: Sicher
447	I: Ja das ist logisch. Und (..) aha, ja, (..) das ist auch... (....) aha,
448	(....) ich glaube, das ist da das von vorher, das wäre... Da, vorher und
449	nachher. (8s) und das ist jetzt das (sucht unter den Skalenblättern).
450	##
451	C: (unv.) ##
452	I: Das haben Sie vorher gesagt, auf jeden Fall das (ja, ja) und wenn
453	es jetzt nicht funktioniert...? ##
454	C: Ja das weiss man, dann ist man natürlich nicht böse. ##
455	I: Nein, ist auch nicht böse.
456	C: Nein, (..) man ist immer stolz, wenn etwas geht. ##
457	I: Ja (....) gut, also eben, im Prinzip sind Sie stolz, wenn etwas geht,
458	sind Sie stolz. ##
459	C: Ja, das ist so (..) das ist ja nicht so, weil man zu viel gesoffen
460	hat. ##
461	I: ((lacht leicht)) Nein, nein, nein
462	C: Eben, das ist der Unterschied. Oder auch, wenn ich mit anderen
463	Leuten rede über das, sagen alle etwa das Gleiche, ist alles etwa auf
464	dem gleichen Dings oben. ##
465	I: Jetzt verstehe ich nicht ganz, was Sie meinen.
466	C: Ja andere Leute, die das auch haben, das Problem haben, die haben
467	auch, ist alles auf dem gleichen Niveau oben. ##
468	I: Also eben auch so die 60% Bereich. ##
469	C: Genau, ja
470	I: Ja, ja, bei mir ist es auch so. (...) Ja, das ist ja gar nichts. ##
471	C: Nein
472	I: Ist die Nächste...(10s) haben Sie (..) ja, da haben wir eigentlich
473	auch schon ein bisschen darüber geredet. (..) Sie haben nach der
474	Operation natürlich erlebt, dass Eindringen nicht möglich ist. ##
475	C: Ja absolut

476	I: Und eben, welche Alternativen nützen Sie oder wie...? ##
477	C: Ja den Oralverkehr
478	I: Wie?
479	C: Den Oral, das natürlich, mit den Händen ##
480	I: Das machen Sie mehr jetzt?
481	C: Ja, ja, ja, ja
482	I: Und das ist auch befriedigend, also das...? ##
483	C: Ja
484	I: Wunderbar (8s) dann mit wie viel, jetzt das ist natürlich vorher,
485	mit wie viel Lust oder Vorfreude ist das Eindringen verbunden? ##
486	C: Das ist schön gewesen vorher
487	I: Also Vorfreude auch
488	C: Ja
489	I: Und wie ist das heute? ##
490	C: Ja wenn man es einmal hinkriegt, dann hat man Halleluja, dann ist
491	es gut, dann schauen wir jetzt, dass es natürlich funktioniert. ##
492	I: Also das ist da
493	C: Ja, und jetzt ist eben, sind wir wieder bei den Tabletten oder,
494	dass man das hinkriegt, oder. ##
495	I: Also ich meine, wenn es funktioniert...
496	C: Dann ist super. ##
497	I: Aber das Gefühl vorher, ist das dann noch irgendwie anders? Auch
498	allenfalls ein bisschen Unsicherheit oder Angst, dass es geht oder
499	nicht? ##
500	C: Vorher?
501	I: Ja jetzt
502	C: Jetzt ist natürlich ein bisschen Angst, dass es nicht geht. Eben da
503	werde ich jetzt die Therapie machen mit der Tablette. ##
504	I: Super ja
505	C: Der Luginbühl hat gesagt, wenn du das nimmst, dann tut sich der
506	Körper daran gewöhnen. Und zack, das könnte sein, dass es grad
507	funktioniert. ##
508	I: Ok, aber jetzt ist eine gewisse Unsicherheit?
509	C: Ja logisch, ist klar, Unsicherheit, ich weiss nicht, sagen wir
510	einmal eine 4. ##
511	I: Eine 4, genau, ja, ja ist logisch, oder. (15s) Und ja, quasi die

512	Veränderung, eben das ist auf die Unsicherheit... ##
513	C: Ja genau, (..) das ist so, ja. ##
514	I: Genau (12s) gut (..) dann (6s) ja gibt es in ihren Phantasien
515	Szenen, wo Sie den Stolz auf den Penis besonders gut spüren? ##
516	C: (...)
517	I: Haben Sie nicht?
518	C: Nein, habe ich nicht. ##
519	I: Ok (..) dann kommen jetzt noch ein paar Fragen zur Begleitung, vor
520	und nach dem Eingriff. (mhm) (..) Wie sind Sie in Bezug auf ihre
521	Sexualität (..) vor und nach dem Eingriff begleitet worden? Also was
522	hat Ihnen geholfen und was ist vielleicht nicht ideal gewesen? ##
523	C: Man hat ja gesagt, was auf einen zukommen könnte, das habe ich
524	gewusst. Und nach der Operation hat man gesehen, wie es ist. Und jetzt
525	(..) ja, das hat man ja gewusst gehabt, so, zuerst schauen müssen,
526	dass es gesund wird. Und das ist ja das Wichtige gewesen zuerst,
527	absolut, ja. ##
528	I: Und, und (...) auf eine Art ist es so herausgekommen, wie sie auch
529	vorbereitet wurden? ##
530	C: Das haben wir so gewusst, richtig ja.
531	I: Und sagen wir, gibt es nachträglich etwas, das Ihnen vielleicht
532	noch geholfen hätte, wenn Sie es gewusst hätten, oder wie, haben Sie...?
533	##
534	C: Nein, nein, nein, nein
535	I: Nicht, ja (..) das ist super. (6s) Ist ihre Partnerin in die
536	Begleitung mit einbezogen gewesen? Ich glaube, Sie haben ja gesagt,
537	Sie seien zusammen... ##
538	C: Sie ist mitgegangen, das zweite Mal. Dann hat Luginbühl das
539	nochmals erzählt, oder und wir haben zu Hause über das geredet auch.
540	Und das ist ganz klar gewesen. ##
541	I: Ist das von Ihnen aus gekommen oder hat er Sie gefragt, ob die
542	Partnerin mitkommen will? ##
543	C: Nein, ich hätte sie mitgenommen und Luginbühl hat auch gesagt, ich
544	solle sie mitnehmen. ##

Anhang VII_D

Auszug aus Transkript des Teilnehmers D (Ab Frage 9, Penisgenuss)

326	I: Super, ok, dann nehme ich das wieder weg. (...) Dann (9s) also, wenn
327	(..) du deine Erregung steigerst oder gesteigert wird durch euer
328	Zusammensein, inwiefern (..) kannst du den Anblick deines (..)
329	erigierten Penis genießen? (..) Muss ich grad wieder in die Freigabe.
330	(...) Momentchen.
331	(12s)
332	D: Ja also schon, (..) ich bin schon Richtung, würde ich sagen. ##
333	I: Und das hat sich nicht verändert? (..) Das ist also quasi... ##
334	D: Ja ich glaube, was sich verändert hat, ist, ich bin halt (..) mehr in
335	meiner Männlichkeit, (..) und damit kann ich sagen, möglicherweise
336	stolz und gerne zeigen gestiegen. Es gibt natürlich so das Element, (..
337	) ich freue mich natürlich, wenn es funktioniert, (ja, ja) ich freue
338	mich natürlich, wenn ich eine volle Erektion habe. Mehr noch, als ich
339	das vorher gemacht habe. (..) Aber grundsätzlich ist es vorher so
340	gewesen und jetzt auch. Es hat jetzt noch so Aspekte drin, die vorher
341	halt nicht so relevant gewesen sind. ##
342	I: Also es ist fast, sagen wir, vorher ist es eher auf der unteren
343	Seite von 7 gewesen und jetzt sogar noch eine Steigerung. ##
344	D: ((lacht leicht)) Das kann man so sagen.
345	I: Ja, also so, mir scheint es so, ich verstehe das, weisst du, ich
346	verstehe das. Es ist schön, wenn es geht, oder? Und (genau) wenn du
347	den erigierten Penis präsentieren kannst, wahrscheinlich. ##
348	D: Genau
349	I: Ja, ok, wunderbar, muss ich grad schauen, warte jetzt einmal. (8s)
350	ja jetzt geht es grad weiter da. ##
351	D: Ja vielleicht noch ein Punkt (ja) ein Punkt dazu. Da was vielleicht
352	auch noch sich positiv auswirkt ist, und das hat natürlich wieder mit
353	meiner Entwicklung zu tun, das ist ganz allgemein jetzt in der Zeit
354	und ist nicht notwendigerweise eine Folge jetzt in Zusammenhang mit
355	der Operation, aber (..) es ist natürlich auch geil, einfach eine
356	Erektion zu haben und die zu zeigen. Und dann machst du gar nichts
357	damit. Also weisst du, weder musst du penetrieren, noch musst du
358	irgendwie zum Orgasmus kommen noch irgendetwas. Musst einfach sagen,

359	hey schau einmal, voll geil, jetzt habe ich voll Lust. Kannst es auch
360	so wieder stehen lassen. Also da hat es auch eine Leichtigkeit gegeben,
361	die das natürlich noch mehr unterstützt. ##
362	I: Also jetzt, wenn du alleine bist oder mit der Partnerin?
363	D: Ja alleine auch, aber mit der Partnerin ist es natürlich lässiger,
364	weil man sagen kann, hey schau einmal. (ja) Da hat einer Lust, oder?
365	##
366	I: Ja, schön. (7s) Ah jetzt, das ist eigentlich, das ist (..) der
367	Genuss, ich habe es eigentlich falsch formuliert. Das ist der Genuss
368	vom erigierten Penis und jetzt kommt noch der Stolz auf den Penis.
369	Aber das ist wahrscheinlich sehr analog, oder? ##
370	D: Ja, ja, ja, ja
371	I: Dann übergehen wir das. ##
372	D: Und ich weiss, (.) und das habe ich natürlich früher nicht so
373	gewusst, aber das ist vielleicht auch noch ein Aspekt zum Thema Stolz,
374	ich weiss natürlich, (.) ich habe einen geilen Penis. Also weisst du,
375	(..) das habe ich vorher (...) nicht gewusst, ist der (.) gut, ist der
376	genügend gross, ist das ein Schöner, ist das kein Schöner. Keine
377	Ahnung, einfach, ist das (..) ein Penis, der den Frauen gefällt und
378	Lust macht? Und da habe ich natürlich heute eine sehr grosse, wie soll
379	ich das sagen, Transparenz oder Erfahrung. Und das ist natürlich auch
380	sehr... (..) Unterstützt alles sehr positiv. ##
381	I: Und wie ist die Erfahrung gekommen, das Wissen um das? ##
382	D: Hat ganz viel zu tun gehabt, (.) dass ich über das TEL, was ich
383	gemacht habe, natürlich Feedback bekommen habe. ##
384	I: Sage einmal, was ist das? Über das (..) TEL? ##
385	D: Sorry, das ist (.) das Jahrestraining gewesen bei Doris und Peter
386	Schröter. ##
387	I: Aha, ok
388	D: Skydance
389	I: Ah ok, ja das sagt mir etwas. Ich habe auch ein Jahrestraining
390	gemacht, aber nicht bei Doris und Peter. Ich kann es mir gut
391	vorstellen. Durch das hast du wie... (..) Das ist auch tantrisch und
392	dann hast du auch Feedbacks bekommen und (genau) ja, ist alles... Ja
393	wunderbar, wunderbar, schön. ##
394	D: Und ich habe natürlich in der Zwischenzeit, ich meine, meine

395	Ex-Partnerin ist meine erste und einzige Partnerin gewesen. Und ich
396	habe in der Zwischenzeit natürlich mit ein paar Frauen Kontakt gehabt.
397	Und das hat schon sehr viel ausgemacht in meiner Selbstwahrnehmung. ##
398	I: Schön, schön, ja (6s) ja jetzt gehen wir (..) grad weiter. Wie
399	würde deine Partnerin dich als sexuellen Partner beschreiben? (.) Also
400	eher zurückhaltend oder dich gerne zeigend. Und hat sich das
401	verändert? ##
402	(6s)
403	D: Ja also die würde wahrscheinlich schon etwa sagen 6. ##
404	I: Ok, also jetzt?
405	D: Ja ##
406	I: Und vorher?
407	(6s)
408	D: Vorher ist einfach wieder die Frage, vor der Operation oder bevor
409	bei mir so die (..) grosse Entwicklungsphase eingesetzt hat. (.) Vor
410	der Entwicklungsphase ist natürlich ganz viel Hemmung gewesen, enorm
411	viel Hemmung. Und (.) Insofern ist es vorher deutlich tiefer gewesen.
412	Aber eben, man muss einfach aufpassen, nicht dass das mit der
413	Operation korreliert, weil das ist schon... ##
414	I: Ah gut, ja (.) ja, (..) also ist es, ich weiss nicht, 3, oder 4
415	gewesen und dann hast du dich entwickelt? ##
416	D: Ja
417	I: Und dann ist es...
418	D: Wahrscheinlich von 3, (.) Richtung 7, oder in der Wahrnehmung
419	vielleicht von 3 Richtung 6 oder so ja. ##
420	I: Ja, und vor der Operation, (.) bist du dann auch schon... Bist du vor
421	der Operation, (..) schon ein bisschen hochgekommen oder nicht? Ist
422	das etwas, was nach der Operation pas/ ##
423	D: Nein, von der Chronologie her ist es so, (...) das erste
424	Tantra-Seminar ist gewesen Ende Dezember 17. Also ganz genau ein Jahr,
425	11 Monate vor meiner Operation. Und in dem Jahr ist es schon ein
426	ganzes Stück hoch. Dort ist es schon von 3 auf 4 und vielleicht 5. ##
427	I: Ok, (6s) gut, ja, (....) super hey, das ist spannend. So spannend.
428	Und dann ist eigentlich eben nach der Operation halt auch durch deine
429	Bewusstseinsarbeit, ist es eben (.) ja, (.) Richtung 6, hast jetzt du
430	gesagt. ##

431	D: In der Wahrnehmung der Partnerin, vielleicht würde sie auch sagen 7,
432	ich weiss es nicht genau. ##
433	I: 6 bis 7, genau (mhm) gut, danke dir vielmals. (18s) Ja jetzt kommt
434	nochmals eine Frage, das haben wir schon... Da ist jetzt meh/ Das andere
435	wäre mehr alleine gewesen und das ist mehr mit der Partnerin. Das
436	haben wir eigentlich vorher beantwortet. Ist da ein Unterschied zum
437	alleine? ##
438	(11)
439	D: Also warte jetzt einmal, bin ich verlegen oder stolz auf einen
440	erigierten Penis mit meiner Partnerin oder auch mit anderen Personen?
441	##
442	I: Ja (..) genau (...) ich meine, wenn du in einem Tantra-Kurs bist, ja,
443	hat es ja noch andere Personen, oder? ##
444	(6s)
445	D: Also mit der Partnerin auf jeden Fall sicher, eben 6 oder 7. (ja)
446	Und (5s) mit anderen Personen, da merke ich, da habe ich noch (...) da
447	habe ich es schwieriger, wirklich in meine genitale Lust zu kommen.
448	Also die Lust ist nicht das Problem, aber so wirklich genital in die
449	Lust zu kommen und in die Erektion zu kommen, das ist (..) vor der
450	Operation einfacher gewesen. ##
451	I: Ok, also kannst du eine Zahl geben? ##
452	(8s)
453	D: Ja ist vielleicht 5 mit anderen Personen, 5 bis 6. ##
454	I: Nachher, und vor der Operation? Ist es... ##
455	D: Ja ist schon auch eher 6 bis 7 gewesen. ##
456	I: Ok, (..) und warum der Unterschied? ##
457	(5s)
458	D: Weil es mir heute wirklich schwieriger fällt, (...) in einem Raum, wo
459	andere Leute sind, (.) so ganz in meine Lust zu kommen. (ok) Ich
460	glaube, es ist vor allem ein psychologischer (Aspekt) sind
461	psychologische Aspekte, so im Sinne von, (....) weisst du, (..) schaffe
462	ich es dann? Komme ich in meine (ja) Erektion (ja) wird er ## steif,
463	(ja kann ich nachvollziehen) fasst mich jemand an, (ja) ich bin zum

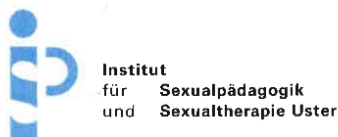
Anhang VIII

CD mit folgenden Dateien

1. Masterarbeit Peter Steinmann vom 22.08.2022
2. Transkript des Interviews Teilnehmer A
3. Transkript des Interviews Teilnehmer B
4. Transkript des Interviews Teilnehmer C
5. Transkript des Interviews Teilnehmer D

Anhang XI

Selbstständigkeitserklärung



Peter Steinmann
Matrikelnummer: 25841

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung

Ich, Peter Steinmann versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

**Einfluss der erektilen Dysfunktion nach einer radikalen Prostatektomie
auf das Sexualleben des betroffenen Mannes**

Einfluss der Operationsfolgen auf die sexuelle Selbstsicherheit
unter Einbezug des Modells Sexocorporel

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken 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.

Richterswil

Ort

22. August 2022

Datum

Peter Steinmann

Vorname, Name

Unterschrift