

**Aus der Urologischen Klinik und Poliklinik
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Professor Stief**

**Psychosexuelle Aspekte
der Sterilisation durch Vasektomie**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Michael Richter
aus Dresden

2004

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. P. G. Fabricius

Mitberichterstatter: Prof. Dr. J. Meller

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. K. Peter

Tag der mündlichen Prüfung: 25. November 2004

*Gewidmet meiner Frau Marlies
und meiner Tochter Sophie*

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Problemstellung | 6 |
| 3. Patienten und Methode | |
| 3.1. Retrospektive und prospektive Analyse | 8 |
| 3.1.1. Datenerfassung und Einschlusskriterien | 10 |
| 3.1.2. Ausschlusskriterien, verfälschende Faktoren | 11 |
| 3.2. Erarbeitung von Messinstrumenten | |
| 3.2.1. Definition psychosexueller Aspekte | 12 |
| 3.2.2. Entwicklung eines psychosexuellen Fragemoduls | 16 |
| 3.2.3. Statistik | 19 |
| 4. Ergebnisse | |
| 4.1. Untersuchungsbogen zu psychosexuellen Aspekten nach Sterilitätsvasektomie | 21 |
| 4.2. Patientengut | 24 |
| 4.2.1. Altersstruktur | 24 |
| 4.2.2. Operationsstatistik | 26 |
| 4.3. Psychosexuelle Parameter | 27 |
| 4.3.1. Sexuelles Verlangen | 27 |
| 4.3.2. Genuss des Geschlechtsverkehrs | 29 |
| 4.3.3. Zufriedenheit mit dem Sexualleben | 31 |
| 4.3.4. Orgasmusgefühl und Vasektomie | 35 |
| 4.3.5. Ejakulation und Vasektomie | 36 |
| 4.3.6. Erektion und Sterilitätsvasektomie | 37 |
| 4.4. Verlauf psychosozialer Parameter | 37 |
| 4.4.1. Partnerschaftsbeziehung | 37 |
| 4.4.2. Beeinflussung des Selbstwertgefühls nach Vasektomie | 39 |
| 4.4.3. Psychische Belastung durch die Tatsache der Zeugungsunfähigkeit | 40 |

| | |
|--|----|
| 4.4.4. Entscheidung zur Sterilisation als Paar oder individuell | 41 |
| 4.4.5. Veränderung der sexuellen Aktivität nach der Operation | 41 |
| 4.4.6. Wirtschaftlich-finanzielle Überlegungen | 42 |
| 4.4.7. Überblick zu Angaben für psychosexuell negative Verläufe | 43 |
| 5. Diskussion | |
| 5.1. Methodendiskussion | 44 |
| 5.2. Psychosexuelle Problematik der männlichen Kontrazeption | 46 |
| 5.2.1. Alters- und Häufigkeitsverteilung | 50 |
| 5.2.2. Sexuelles Verlangen und Vasoresektion | 52 |
| 5.2.3. Ejakulation, Orgasmus und Vasoresektion | 56 |
| 5.3. Psychosexuelle Störungen und Vasoresektion | 58 |
| 5.3.1. Störungen der Appetenz/Libidostörungen | 60 |
| 5.3.2. Ejakulations- und Orgasmusstörungen | 62 |
| 5.3.3. Erektionsstörungen | 65 |
| 5.3.4. Ursachen der ermittelten Störungen | 67 |
| 5.3.5. Psychosexuelle Situation der Partnerschaft | 68 |
| 5.3.6. Vasektomie und Funktionswandel in der Sexualität | 73 |
| 5.3.7. Prävalenz männlicher Sexualstörungen und Vasektomie | 74 |
| 5.3.8. Urologisches Vorgehen und psychosexuelle Aspekte | 76 |
| 5.3.9. Aufklärungsgespräch und psychosexuelle Aspekte | 79 |
| 6. Beurteilung und Ausblicke | 82 |
| 7. Zusammenfassung | 86 |
| Literaturverzeichnis | 90 |

Psychosexuelle Aspekte der Sterilisation durch Vasektomie

1. Einleitung

Bei operativen Eingriffen an Geschlechtsorganen wird der psychosexuelle Bereich des Patienten durch die Operation selbst oder durch deren Folgen auf das Körperempfinden und Körperbild beeinflusst.

Bekannt ist, dass eine Mastektomie sehr einschneidende psychische Folgen auf die Sexualität hat. Etwa 50 % der Frauen wird dadurch in ihrem Körpererleben empfindlich beeinträchtigt, insbesondere durch eine Veränderung der (sichtbaren) Integrität des Körpers (2).

Weißbach und Janssen studierten 1978 die Organ- und Funktionsverlustbewältigung von Patienten nach Semikastration und Lymphadenektomie, formulierten Formen und Stadien psychischer Manifestation und unterstrichen die Notwendigkeit, psychosoziale Überlegungen in die Operationsplanung einzubringen (38).

Zu den sehr differenten psychosexuellen Auswirkungen operativer Eingriffe, insbesondere bei onkologischen Erkrankungen, kann eine umfangreiche Literatur eingesehen werden. Sigusch zitiert dabei allerdings eine „minimal information concerning the impact of most surgical procedures on sexuality“ trotz stetig wachsender Erfahrungen und Kenntnisse über Läsionen von Nervengeflechten und Gefäßen bei diesen Eingriffen (68).

Auch ohne zu erwartende oder nachweisbare morphologische Läsionen führen Eingriffe zu sexuellen Funktionsverlusten, da sie die partnerschaftliche und psychosexuelle Sphäre oder die Fertilität tangieren und so beispielsweise in Fehlvorstellungen hinsichtlich der sexuellen Wünsche des Partners münden.

In der urologischen Ambulanz sind es vor allem Zirkumzision und Sterilitätsvasektomie, die als vermeintlich kleine Eingriffe immer wieder im Blickfeld von psychosozialen und psychosexuellen Diskussionen stehen, wobei die Erfolgsbeurteilung aus Patientensicht gerade anhand dieser Problematik erfolgt (71).

Psychosexuelle Aspekte der Vasektomie lassen sich auch in der Historie dieser Operation aufspüren, zumal man im 19. Jahrhundert davon ausging, nach Durchtrennung der Samenleiter Impotenz zu heilen bzw. eine „Verjüngung“ zu erzielen. Neben Steinachs 1920 erschienenen Arbeit über die „Vasoligatur zu Regenerationszwecken“ – er veröffentlichte u. a. Arbeiten über Vasoligatur bei „senilen und präsenilen Männern“ – glaubten zahlreiche Sexualmediziner dieser Zeit an eine Steigerung der Libido durch die „erzeugte Spermastase“ und „enorme Vermehrung von Leydigzellen“ (65). Sand teilte 1922 sowohl positive als auch negative Resultate nach Vasoligatur und Epididymektomie von „depressiven und impotenten“ Männern mit (62).

Operative Eingriffe in noch früheren Gesellschaftsepochen mit mutmaßlich hoher psychosexueller Färbung werden offensichtlich vom Begriff der Kastration dominiert.

Eine berühmte Quelle stellen die im 2. Jahrhundert erschienenen „Metamorphosen“ des Apuleius dar (37). Selbstkastrierungen als Kulthandlung in religiöser Ekstase oder als Akt der Askese fanden im 4. Jahrhundert des Christentums ihren Höhepunkt und wurden bis zum beginnenden 20. Jahrhundert (Sekte der Skopzen) beobachtet.

Eindrucksvoll ist auch das große Thema der Eunuchen („Früchte ohne Kerne, Bewahrer des Ehebettes“) und Kastraten (Gesangeskunst der italienischen Kastraten, Farinelli).

Sterilitätsvasektomien aus Gründen der Eugenik und sozialen Kontrolle sind Etappen, in welchen wohl am rücksichtslosesten psychische Aspekte dieses Eingriffes annulliert wurden. Beginnend in Nordamerika („Eugenic Sterilisation in the United States“ [8]) fand in Europa das Ausmaß an Zwangssterilisationen im Nationalsozialismus seinen grausamen Höhepunkt (60).

Weiske berichtet 1996 von weltweit 60 Millionen vasektomierter Männer, davon allein in den USA von 15 Millionen, d. h., ca. 7% der männlichen Partner verhütender Paare unterzogen sich einer Vasektomie. Demgegenüber sind es in Deutschland nur geschätzte 2% (75). Als indirekten Hinweis auf ein relativ gering entwickeltes Interesse zum Thema Sterilisationsvasektomie wertet Leißner die niedrige Zahl an deutschsprachigen Publikationen (47). Engelmann kritisiert eine gewisse Selektion der Betroffenen und weist neben Risiken auch auf Chancen durch den Eingriff hin (22).

In einer sexuell immer liberaleren Gesellschaft entschließen sich zunehmend mehr Menschen, Aspekte ihrer Sexualität zu reflektieren. Goebel beschrieb 1987 eine günstige Verarbeitung und positive Beziehungsentwicklung bei vasektomierten Männern (31).

Eine aktuelle Bestandserhebung von Dahm vertritt die „Propagierung“ der Vasektomie als „zeitgemäß“ und „gesundheitspolitisch erstrebenswert“ (16). Für uns ergab sich der Denkansatz, dabei Fragen der psychosexuellen und -sozialen Gesundheit zu berücksichtigen sowie Probleme auf dieser Ebene zu formulieren und an unserem Patientengut zu hinterfragen.

2. Problemstellung

Mit der Gründung von urologischen Praxen in Ostbrandenburg 1991 entstand kurzfristig die Möglichkeit der Sterilisationsvasektomie als ambulanter Eingriff nach Art und Ausmaß der alten Bundesländer. Die Urologen der Region standen einer gesteigerten Nachfrage zu diesem Eingriff gegenüber, offensichtlich bedingt durch die rasche Veränderung der gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen.

In Bezug auf operationstechnische und morphologische Komplikationen konnte auf eine gute Datenlage zurückgegriffen werden (Arbeitskreis für Andrologie).

Angaben zu psychosexuellen und psychosozialen Fragen waren schwieriger zu ermitteln und bezogen sich meist auf eine globale Verbesserung des Ehelebens ohne Angst vor Schwangerschaft und die Bedeutung von prä- und postoperativen „psychischen Problemen“. Hinzu kommt die steigende Zahl von Diskussionsbeiträgen zur psychosexuellen und sozialen Gesundheit des Mannes aber auch zur wachsenden Prävalenz sexueller Funktionsstörungen.

Nach 12-jähriger operativer Tätigkeit sollen deshalb wichtige psychosexuelle Fragen aufgeworfen, an unseren Patienten hinterfragt und im Sinne einer Optimierung unserer urologischen Tätigkeit diskutiert werden:

1. Ist die Kontrazeption durch Sterilitätsvasektomie im psychosexuellen Bereich für den Mann von Vorteil?
2. Wenn ja, an welchen wichtigen Funktionen der Sexualität lässt sich dies diskutieren?

3. Lassen sich psychosexuelle Störungen nach Sterilitätsvasektomie nachweisen oder ausschließen?
4. Wie entwickelt sich die psychosexuelle Situation der Partnerschaft nach operativer Sterilisation des Mannes?
5. Spielen wirtschaftlich-soziale Fragen bei der Entscheidung zur Sterilitätsvasektomie eine Rolle?
6. Welchen Stellenwert hat die Sterilitätsvasektomie im aktuellen Funktionswandel der Sexualität?
7. Muss die Prävalenz von Sexualstörungen bei der Vasektomie beachtet werden?
8. Entsprach das bisherige urologische Vorgehen psychosexuellen Grundanliegen?
9. Ist die bisherige praktizierte Aufklärung um psychosexuelle Aspekte zu erweitern?

3. Patienten und Methode

3.1. Retrospektive und prospektive Analyse

Die vorliegende Arbeit untersucht psychosexuelle Aspekte der Sterilisation durch Vasektomie. Dabei soll insbesondere betrachtet werden, ob und wie wichtige Fragen im psychosexuellen Bereich des Mannes und auch des Paares beeinflusst werden und der Eingriff im Einklang mit dem Bestreben nach ungestörter Sexualität sowie sexueller Aktivität und Gesundheit steht.

Retrospektiv erfolgte die Erfassung von 312 ambulant vasktomierten Patienten in zwei urologischen Praxen in 15230 Frankfurt/Oder (Urologische Praxis Frau DM Sabine Talaska, Walter-Korsing-Straße 25) und in 15890 Eisenhüttenstadt (DM Michael Richter, Neuzeller Landweg 1) mit dem Ziel, eine definierte Patientengruppe herauszufiltern und für eine psychosexuelle Befragung zu motivieren. Es wurde Einblick in die Patientenunterlagen genommen, Aufnahmekriterien abgeglichen und ein schriftliches Angebot zu einer psychosexuellen Befragung formuliert:

„Sehr geehrter Herr...,

sie unterzogen sich am (Datum) erfolgreich einer Sterilisation in unserer Praxis. Dieser Eingriff ist auch heute noch ein wichtiger Bestandteil der Familienplanung.

Uns Urologen ist es äußerst wichtig zu erfahren, wie es Ihnen in der „Zeit danach“ ergangen ist. Neben einer klinischen Untersuchung möchten wir uns insbesondere nach Fragen der Sexualität und Partnerschaft erkundigen.

Im Rahmen einer modernen Vorsorgeuntersuchung, die ohnehin jedem reifen Mann jährlich anzuraten ist, lassen sich diese Fragen recht gut beantworten.

Wir bitten Sie herzlich, diese Gelegenheit für eine interessante urologische Konsultation bei uns zu nutzen.

Bei der Organisation (Terminwünsche etc.) wollen wir Ihnen besonders entgegenkommen.“

Die prospektive Patientenbefragung erfolgte in der Zeit vom 01.04.2001 bis 30.05.2003 anhand eines psychosexuellen Fragemoduls und einem ergänzenden Interview, insbesondere, um einzelne Fragen zu erörtern oder Unsicherheiten zu klären (s. Abb. 1).

Die Befragung führte der ehemalige Operateur selbst außerhalb der regulären Sprechzeiten durch. Für das Zusammentreffen wurde versucht, eine ruhige und ungestörte Atmosphäre zu schaffen. Wir forderten den Patienten auf, die Fragen ohne Zeitdruck zu beantworten und wiesen ihn auf die Bedeutung des anschließenden Gespräches unter vier Augen hin.

Einen Überblick zum Ablauf der Analyse gibt die folgende Übersicht:

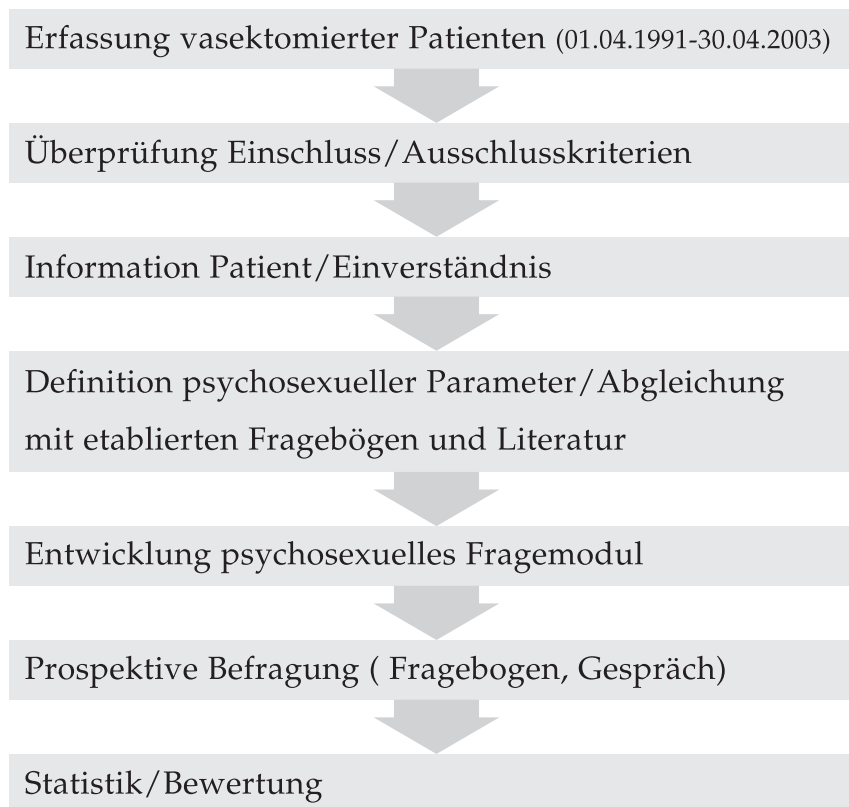


Abb. 1: Flusschema des Studienablaufs zur Untersuchung der psychosexuellen Aspekte der Sterilisation durch Vasektomie.

3.1.1. Datenerfassung und Einschlusskriterien

Patienten, die vom 01.04.1991-30.04.2003 in den urologischen Praxen in Eisenhüttenstadt und Frankfurt/Oder eine Sterilitätsvasektomie erfahren, wurden computertechnisch ermittelt. Obwohl möglichst viele Patienten für die Studie gewonnen werden sollten, wurden folgende Einschlusskriterien streng beachtet, um eine homogene Ausgangssituation zu determinieren.

- Indikation der OP nur als Kontrazeption
- komplette OP-Unterlagen (inkl. Aufklärungsbogen, Histologie)

- einheitliche OP-Methode (konservative Inzisionstechnik)
- regelrechte Nachuntersuchung inklusive Spermioogramme
- Erreichbarkeit
- persönliches Einverständnis

3.1.2. Ausschlusskriterien, verfälschende Faktoren

Da sich die Indikation zur Vasektomie ausschließlich am Ziel der Kontrazeption und an den Vorschlägen des Arbeitskreises für Andrologie des DGU orientierten, ergaben sich praktisch keine neuen Ausschlusskriterien (27). Diese sind vielmehr mit den Ausschlusskriterien zur Vasektomie an sich identisch und sollen hier nochmals genannt werden. Dabei spielen Fragen der rechtlichen Situation die Hauptrolle. Willensfähigkeit und Volljährigkeit werden für die schriftlich niederzulegende Einwilligung vorausgesetzt. Die Sterilisation von Minderjährigen ist verboten. Weder die Eltern noch das Kind können in diese Operation einwilligen.

Weiterhin wird die Empfehlung ausgesprochen, die Indikation zur Sterilitätsvasektomie aus Gründen der Gefälligkeit nur mit größter Zurückhaltung zu stellen. Aus Sicht des Bundesgerichtshofes besteht zwar kein Tatbestand der Körperverletzung, jedoch das Risiko für den Operateur, später dennoch mit dem Vorwurf einer Aufklärungspflichtverletzung konfrontiert zu werden.

Die Sterilisation eines nicht einwilligungsfähigen Betreuten bedarf der Genehmigung eines Vormundschaftsgerichtes (36):

- der Eingriff darf dem Willen des Betreuten nicht widersprechen
- der Betreute muss auf die Dauer einwilligungsunfähig bleiben

- es muss anzunehmen sein, dass es ohne Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen könnte,
- dass die Schwangerschaft eine Gefahr für den Gesundheitszustand der Schwangeren darstellt,
- dass die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden könnte.

Die Anzahl der Regularien ist so hoch, sodass die Weitergabe dieser Fälle an erfahrene Einrichtungen angeraten wird. Somit ergab sich keine Entscheidungsnotwendigkeit über die Aufnahme bzw. den Ausschluss solcher Kasuistiken bei dieser Studie.

Nach Herstellung eines ersten persönlichen Kontaktes (telefonisch, persönlich) erkundigten wir uns zunächst nach Umständen, welche die Beantwortung des Fragebogens verfälschen könnten:

- Ehescheidung, Partnerwechsel
- einschneidende Ereignisse (Krankheiten, Unfälle usw.)
- existenzielle Probleme

3.2. Erarbeitung von Messinstrumenten

3.2.1. Definition psychosexueller Aspekte

Als wichtiger methodischer Schritt musste im Vorfeld der Datenerfassung zu psychosexuellen Aspekten der weitfassende Begriff der Sexualität auf praxisrelevante Parameter eingegrenzt und dabei aktuelle Einschätzungen der Sexualmedizin und Urologie eingebracht werden. Immerhin sind Grundkenntnisse zu Funktionen bzw. Störungen der

Sexualität für die Interpretation psychosexueller Fragebögen Voraussetzung.

Als Hauptquellen wurden die Leitlinien der Akademie für Sexualmedizin sowie die führende Literatur des urologischen und sexualmedizinischen Fachbereiches genutzt (4, 8, 21, 45, 67, 68, 75, 78, 79).

Im Ergebnis dieser Analyse ließen sich für den psychosexuellen Bereich Schwerpunkte herausarbeiten, wobei die Unterteilung in Fragen der psychosexuellen Gesundheit und in psychosexuelle Störungen dominiert. Da im Rahmen dieser Arbeit mit beiden Möglichkeiten gerechnet werden musste, stellen sie das theoretische Grundgerüst dieser Untersuchungen dar.

Um Überlegungen zur psychosexuellen Gesundheit in die Fragestellung einfließen zu lassen, orientierten wir uns an einer von Bornemann vorgeschlagenen Definition (8). Demnach beinhaltet psychosexuelle Gesundheit:

- die Fähigkeit der Bewusstmachung eigener sexueller Bedürfnisse
- die Fähigkeit der praktischen Verwirklichung
- die Fähigkeit der Partnerfindung
- die Fähigkeit der Partnerbindung
- die Fähigkeit, sexuelle Befriedigung aus der Befriedigung des Partners zu entnehmen.

Zusätzlich wurde die Funktionseinteilung nach Fröhlich in das theoretische Konzept dieser Arbeit einbezogen (28, Abb.2).

| | |
|-----------------------|--|
| Ebene des Individuums | <ul style="list-style-type: none"> - persönlichkeitsbildende Funktion - psychologische Lustfunktion - physiologische Lustfunktion |
| Ebene des Paares | <ul style="list-style-type: none"> - paarbildende/paarbindende Funktion - kommunikative Funktion - Bestätigungsfunktion - komplexe Lustfunktion - generative Funktion |
| Soziale Ebene | <ul style="list-style-type: none"> - Geschlechtsidentität - Geschlechtsrollenverhalten - soziale Bestätigung - Selbstdefinition und Partnerfindung |

Abb. 2: Funktionen der Sexualität (nach Fröhlich, 28)

Aus der Übersicht von Abbildung 2 ergibt sich insbesondere die Bedeutung von Selbstwertgefühl und Partnerbeziehung als Teil des psychosexuellen Bereiches.

Als anerkannte Quellen für „psychosexuelle Störungen“ benutzten wir die Manuale „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“, 10. Ausgabe (WHO 1993)=ICD 10 und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition“ der American Association (APA 1994)=DSM-IV (1, 76).

Einen vereinfachten Überblick liefert Abbilung 3:

| DSM-IV | | ICD-10 |
|------------------------|---|---|
| Sexual Dysfunctions | | Sexuelle Funktionsstörungen (Nicht verursacht durch organische Störung/ Erkrankung) |
| Diagnose-Nr. | | Diagnose-Nr. |
| 302.71 | Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen (Libidostörungen) | F52.0 |
| 302.79 | Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung | F52.1 |
| 302.72 | Versagen genitaler Reaktionen/ED | F52.2 |
| 302.74 | Orgasmusstörungen | F52.3 |
| 302.75 | Ejakulationsstörungen | F52.4 |
| 302.76 | Dyspareunie | F52.6 |
| | gesteigertes sexuelles Verlangen | F52.7 |
| 302.70 | nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörungen | F52.9 |
| | andere sexuelle Funktionsstörungen | F52.8 |

Abb. 3: Vereinfachte Synopse der Klassifikationen der sexuellen Funktionsstörungen in DSM-IV und ICD 10

Ein Literaturvergleich bestätigte diese Klassifikation als methodisches Grundgerüst zahlreicher sexualmedizinischer Erhebungen (45, 67, 68). Als Extrakt dieser Recherche erschien die Klassifikation nach Kockott methodisch am praktikabelsten (45):

- Appetenzstörungen (sexuelles Desinteresse, Lustlosigkeit, Aversion, Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen)

- Erektionsstörungen (psychisch bedingte ED, Abgrenzung von organisch/operationsbedingten ED)
- Orgasmusstörungen
- Ejakulationsstörungen
- mangelnde sexuelle Befriedigung

Um den Blickwinkel auf rein psychosexuelle Aspekte beizubehalten, wurden somatische Probleme bzw. operationsbedingte Läsionen ausgeklammert:

- Dys- und Algopareunie (Genitalschmerz ohne Substrat, sehr selten)
- muskuläre Verspannungen als Ausdruck sexueller Konflikte („low back pain“)
- funktionelle (auch hypochondrische) Störungen im Bereich von Prostata und Blase
- chronische Leisten- und Beckenschmerzen („pelvic pain“)
- organisch bedingte erektile Dysfunktion

Die Unterscheidung von „organisch“ und „psychogen“ wird neuerdings verstärkt infrage gestellt (68), aber als derzeit übliche Arbeitsmethode hier angewendet (s. Methodendiskussion).

In diesem Sinne beachteten wir, dass zwischen psychosexueller Gesundheit und psychosexuellen Störungen sowie psychosomatischen Problemen fließende Übergänge bestehen.

3.2.2 Entwicklung eines psychosexuellen Fragemoduls

Wichtige psychosexuelle Aspekte nach Sterilitätsvasektomie sollen durch den Patienten selbst verglichen und beurteilt werden. Analog zur oft

praktizierten Ermittlung der Lebensqualität wird in einem quantitativen Ansatz versucht, mit psychometrischen Methoden die subjektive Wirklichkeit numerisch zu vereinen und zu erfassen. Drei Hauptinstrumente sind dafür bekannt:

- strukturiertes Gespräch
- standardisierter Fragebogen
- psychometrische Tests

Zur Erfassung möglichst reeller Kriterien werden am häufigsten Fragebögen eingesetzt, an welche folgende Forderungen gestellt werden:

- einfache Durchführbarkeit (Reduktion des Zeitaufwandes auf ein Minimum)
- Zuverlässigkeit (kongruente Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten in verschiedenen Situationen)
- Validität (wurde das gewünschte Konstrukt tatsächlich untersucht?) (57)

Als empirisch abgesichert gilt der „Sexual Interaction Inventory“ (SII, Lo Piccolo & Steger 1974), welcher als das wichtigste Messverfahren am Sex Therapy Center of the Department of Psychiatry and Behavioral Medicine in Story Brook dargestellt und auch in den Leitlinien der Akademie für Sexualmedizin primär genannt wird (4, 49).

Die Orientierung an Fragebögen, die diese Leitlinien hervorheben, stellte einen weiteren wichtigen methodischen Schritt in der Erarbeitung des Befragungskonzeptes dar.

Wir sichteten folgende Fragebögen:

Fragebögen, die speziell auf den Bereich der Sexualität zugeschnitten sind (4, 78, 79):

- Fragebogen zur sexuellen Interaktion (Sexual Interaction Inventory, SII)
- Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit (FSZ)
- Sexual Experience Scales (SEZ)
- Deroyatis Sexual Functioning Inventory (DSF)
- Fragebögen zu Sexualität und Partnerschaft (ASP, TSST, NSP)

Fragebögen, die speziell für sexuelle Funktionsstörungen entwickelt wurden (4, 61):

- Internationaler Index zur Erfassung der erektilen Dysfunktion (IIEF)
- Female Sexual Function Index (FSF)
- Fragebogen vorzeitiger Orgasmus (PEQST)
- Kurzfragebogen für sexuelle Probleme (KFSP-M, KFSP-F)
- Danish-Score nach Hald-sex. Teil (DAN-IPSS sex)

Ein erprobter Fragebogen zu psychosexuellen Aspekten der Sterilitätsvasektomie konnte nicht ermittelt werden. Nach Abgleichung der o. g. überprüften Fragebögen mit den definierten Schwerpunkten des psychosexuellen Bereiches und der Integration der Problematik der Sterilitätsvasoresektion wurde ein eigenes Fragemodul entwickelt.

Als Vorbild galten Teile des IIEF, die auf psychosexuelle Fragen eingehen. Zur Auswahl kamen die Fragekomplexe 6-8 (Intensität der Sexualität), 9-10 (Orgasmusgefühl), 11-12 (Libido), 13-14 (Gesamtzufriedenheit). Es wurde versucht, neben dem Bezug zur Sterilitätsvasektomie die Itemkonstruktion im Wesentlichen beizubehalten, um den Fragebogen in

seiner bereits bestätigten psychologischen Sinnhaftigkeit und Trennschärfe weitestgehend zu erhalten und Verfälschungen einzudämmen (57). Diese Vorgehen wurden von Frau Dipl.-Psych. C. Müller im Klinikum Frankfurt/Oder, für deren Mitarbeit wir uns bedanken, als praktikabel eingeschätzt.

Die Beurteilung der Parameter bezieht sich auf deren Häufigkeitsverhalten. In einem zweiten Teil legten wir dem Patienten Alternativfragen vor, die wir als Zusatzinformationen im Rahmen der Problemstellung als interessant erachteten.

Nach Beantwortung des Fragebogens schloss sich ein Gespräch unter vier Augen an, mit dem Ziel, sexuelle Funktionsstörungen zu fokussieren oder Fragen des Untersuchungsbogens gemeinsam zu klären im Sinne einer Kombination von Fragebogen und Exploration „face to face“.

3.2.3. Statistik

Alle Daten wurden retrospektiv und prospektiv ermittelt. Mit Hilfe eines standardisierten Dokumentationsbogens erfolgte pro Patient die numerische Verschlüsselung in computergerechter Form und die Eingabe in das Datenprogramm Microsoft Excel Version 2000 (außer Alternativfragen). Die Auswertung wurde ebenfalls ausschließlich über das Excel-Programm vorgenommen. Ziel war die ordinale Skalierung der einzelnen Parameter, insbesondere ihr mengenmäßiges Verhalten vor und nach der Sterilitätsvasektomie sowie die graphische Darstellung dieser Verläufe.

Durch einen Mathematiker erfolgte eine Signifikanzprüfung unter Anwendung des Logranktestes und des parameterfreien U-Testes nach Mann, Whitney und Wilcoxon an der Technischen Hochschule in Zittau. Für die Unterstützung durch Herrn Wolfgang Meinck möchten wir uns herzlich bedanken.

Die Bearbeitung der Alternativantworten im zweiten Teil des Fragebogens erfolgte durch die computergeführte Erfassung der absoluten Ergebnisse und deren Zuordnung zu prozentualen Anteilen.

Alle Fragebögen, auf denen eine Verschlechterung von Parametern gekennzeichnet war, wurden nochmals separat hinsichtlich Alter und Verteilung dieser Parameter gesichtet und bewertet.

4. Ergebnisse

4.1. Untersuchungsbogen zu psychosexuellen Aspekten nach Sterilitätsvasektomie

Zur Klärung der psychosexuellen Aspekte nach Sterilitätsvasektomie wurde der nachfolgende Fragebogen von uns entwickelt.

Sehr geehrter Teilnehmer,

Diese Fragen beziehen sich auf Aspekte Ihres Sexuallebens nach der Sterilisationsoperation. Bitte beantworten Sie die Fragen so offen und eindeutig wie möglich, indem Sie ein Kästchen mit einem „X“ kennzeichnen. Falls Sie sich nicht sicher sind, wie Sie antworten sollen, können wir dies im anschließend geplanten Gespräch klären. Es steht ausreichend Zeit zur Verfügung.

Pat.-Nr. Geburtsdatum: Operationsdatum:

1. Wie zufrieden waren/sind Sie mit Ihrem Sexualleben Score (1- 4)

vor der Operation?

unzufrieden

zufrieden

sehr zufrieden

nach der Operation?

unzufrieden

zufrieden

sehr zufrieden

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

2. Wie würden Sie Ihr sexuelles Verlangen einschätzen

vor der Operation?

schwaches Verlangen

mittelmäß. Verlangen

starkes Verlangen

sehr starkes Verlangen

nach der Operation?

schwaches Verlangen

mittelmäß. Verlangen

starkes Verlangen

sehr starkes Verlangen

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

3. *Wie sehr haben Sie den Geschlechtsverkehr genossen*

vor der Operation?

nach der Operation?

Ich hatte keinen GV

Ich hatte keinen GV

überw. schwach

überw. schwach

überw. stark

überw. stark

sehr stark

sehr stark

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

4. *Hat sich Ihr Orgasmusgefühl nach der Operation verändert?*

Ich hatte keinen Orgasmus.

Das Orgasmusgefühl ist schwächer.

Das Orgasmusgefühl ist unverändert.

Das Orgasmusgefühl ist intensiver.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

5. *Hat sich der Samenerguss nach der Operation verändert?*

Ich bemerke keine Veränderung.

Der Samenerguss hat sich verändert:

er ist zu früh

ich empfinde ihn als „besser“

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

6. *Hat sich Ihre sexuelle Aktivität nach der Operation verändert?*

(Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs im Monat)

Seit dem Eingriff bin ich sexuell aktiver.

Meine Aktivität hat sich nicht verändert.

Seit dem Eingriff bin ich sexuell nicht mehr so aktiv.

| |
|--|
| |
| |
| |

7. *Hat sich Ihr Selbstwertgefühl nach der Operation verändert?*

Ich empfinde keine Veränderung.

Ich empfinde eine Verbesserung.

Ich empfinde eine Verschlechterung.

| |
|--|
| |
| |
| |

8. *Hat sich Ihre Partnerbeziehung nach der Operation verändert?*

Ich schätze meine Partnerbeziehung als unverändert/stabil ein.

Ich empfinde eine positive Entwicklung.

Ich empfinde eine negative Entwicklung.

9. *Traten Probleme bei der Erektion im Zusammenhang mit der Operation auf?*

Ich sehe Erektionsprobleme im Zusammenhang mit der OP.

Es traten keinerlei Probleme auf.

10. *Belastet Sie heute die Tatsache der Zeugungsunfähigkeit?*

Ich sehe keinerlei psychische Belastung.

Mich belastet die Zeugungsunfähigkeit irgendwie doch.

11. *Erfolgte die Entscheidung zur Operation*

individuell?

gemeinsam mit dem Partner?

12. *Spielten wirtschaftliche/finanzielle Überlegungen eine Rolle?*

spielten eine Rolle

spielten keine Rolle

13. *Würden Sie sich heute wieder operieren lassen?*

ja, ich würde mich wieder operieren lassen

nein, ich würde mich nicht mehr operieren lassen

Vielen Dank für die Beantwortung dieser Fragen. In dem nun folgenden Gespräch können Sie alle Probleme offen ansprechen.

4.2. Patientengut

Retrospektiv konnten in den Urologischen Praxen DM Richter, Neuzeller Landweg 1 in 15890 Eisenhüttenstadt, und DM Talaska, Walter-Korsing-Straße 25 in 15230 Frankfurt/Oder, 312 vasktomierte Männer erfasst werden. Alle Sterilitätsvasktomien erfolgten ambulant in Lokalanästhesie nach konservativer Inzisionstechnik (skrotale Inzision und Resektion des Ductus deferens beidseits). Einheitliches Ziel des Eingriffes waren Kontrazeption und Familienplanung. Im Rahmen dieser Arbeit wurde bei 275 Patienten (88 %) eine erneute Kontaktaufnahme erreicht, wobei 112 Patienten (36 %) eine Befragung aus verschiedenen Gründen ablehnten. Schließlich resultierte ein effektiver Rücklauf von 52 %, also 163 Patienten, mit denen das psychosexuelle Fragemodul realisiert werden konnte (Abb. 4).

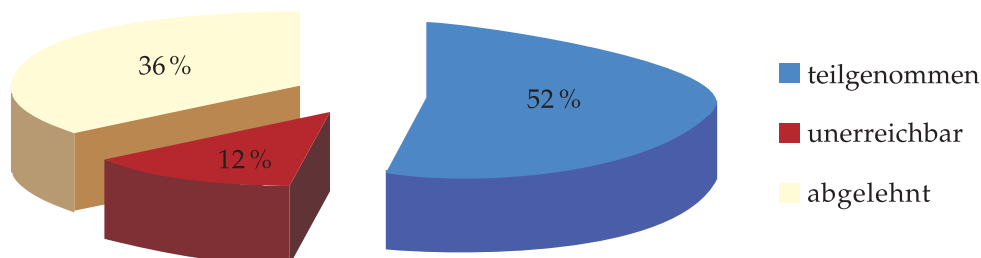


Abb. 4: Bei 163 Männern (52 % von 312 Patienten), die im Zeitraum vom 01.04.1991-31.12.2001 vasktomiert wurden, konnten psychosexuelle Aspekte hinterfragt werden.

4.2.1. Altersstruktur

Anhand dieser Patienten wurden auch Altersstruktur und OP-Statistik kumuliert. Das Alter am Operationstag wurde gemäß der Analyse zehn Gruppen zugeordnet mit einem Hauptanteil an Patienten vom dreißigsten bis sechsenddreißigsten Lebensjahr (s. Abb. 5). Diese Angaben sind identisch mit den Ermittlungen der Urologischen Praxis in Frankfurt/Oder (70).

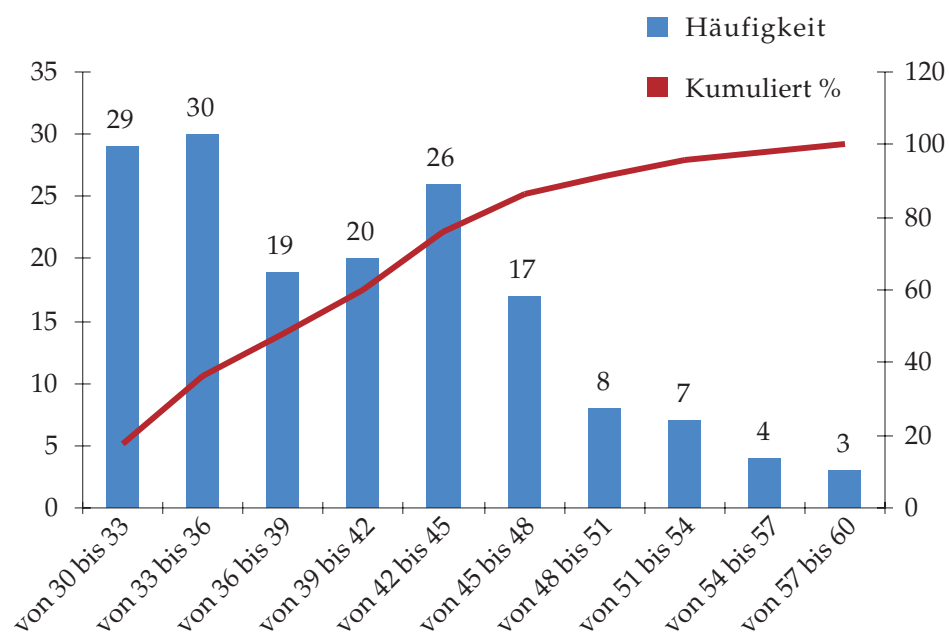


Abb. 5: Altersverteilung aller 163 vasektomierter Patienten. Neben dem typischen Hauptanteil vom 30.-36. Lebensjahr ist eine zweite große Gruppe im Alter von 42-44 Jahren auffällig, was durch die Ermittlungen von Talaska in Frankfurt/Oder bestätigt wird (70).

| | | | Klassen | absolute Häufigkeiten | relative Häufigkeiten | Kumulationen |
|--------------------|-----|-----------|---------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Anzahl Patienten | 163 | Patienten | 30-33 | 29 | 17,8 | 17,8 |
| Median | 40 | Jahre | 33-36 | 30 | 18,4 | 36,2 |
| arithm. Mittelwert | 41 | Jahre | 36-39 | 19 | 11,7 | 47,9 |
| Standardabw. | 7,3 | Jahre | 39-42 | 20 | 12,3 | 60,1 |
| minimales Alter | 30 | Jahre | 42-45 | 26 | 16,0 | 76,1 |
| maximales Alter | 59 | Jahre | 45 -48 | 17 | 10,4 | 86,5 |
| Spannweite | 29 | Jahre | 48-51 | 8 | 4,9 | 91,4 |
| Klassenbreite | 3 | Jahre | 51-54 | 7 | 4,3 | 95,7 |
| Klassenzahl | 12 | | 54-57 | 4 | 2,5 | 98,2 |
| Klassenzahl gew. | 10 | | 57-60 | 3 | 1,8 | 100,0 |
| | | Summe | | 163 | 100 | |

Abb. 6: Altersverteilung der operierten Patienten

Der jüngste Patient dieser Studie war 30 Jahre, der älteste 60 Jahre alt. Der Mittelwert lag bei 40 Jahren (s. Abb. 4). Diese Daten entsprechen auch den Ermittlungen von Frau DM Talaska (70).

4.2.2. Operationsstatistik

Der Beginn der ambulanten Vasektomie in den neuen Bundesländern war im Wesentlichen an die Etablierung von urologischen Praxen gebunden. Betrachtet werden hier wiederum die Urologischen Praxen DM Richter in 15890 Eisenhüttenstadt, Neuzeller Landweg 1, und DM S. Talaska, Walter-Korsing-Str. 25 in 15230 Frankfurt/Oder (70), die sich ab 01.04.1991 gründeten. Der erste Eingriff wurde am 03.12.1991 durchgeführt.

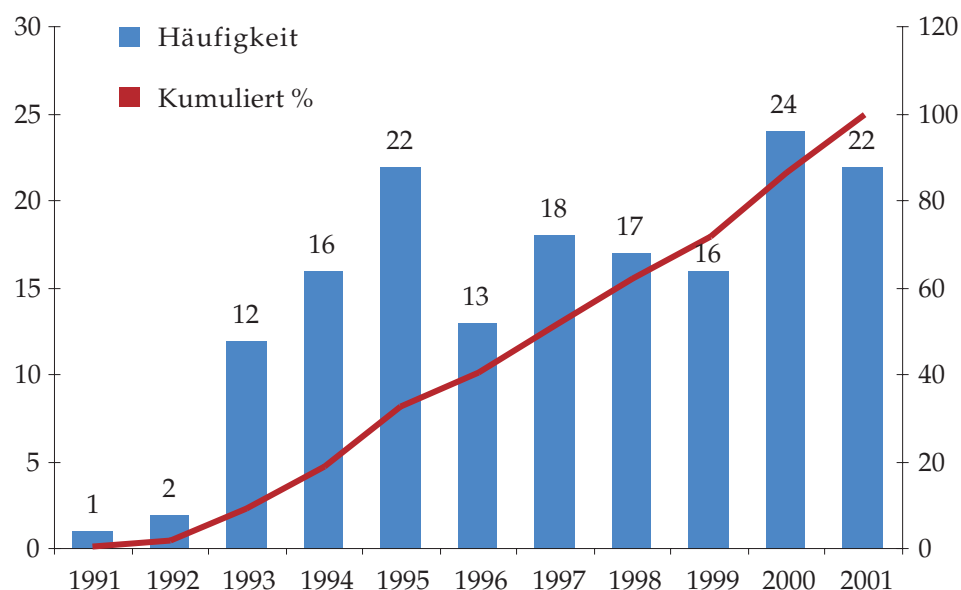


Abb. 7: Entwicklung der OP-Statistik in den Urologischen Praxen DM Richter in Eisenhüttenstadt und DM Talaska in Frankfurt/Oder. Bei einem ausgewerteten Patientenrücklauf von 52% kann man von einer ähnlichen Kumulation bei fast doppelten OP-Zahlen ausgehen.

Ab 1993 kann man von einer generellen Kenntnisnahme der Existenz urologischer Praxen durch die Bevölkerung in den neuen Bundesländern

ausgehen. Bis 1995 erfolgte ein steiler Anstieg der Operationszahlen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die erstellte Häufigkeitsstatistik nur 52 % der insgesamt 312 operierten Männer widerspiegelt (s. Abb. 7 und Promotionsarbeit Talaska [70]). Die höchsten OP-Zahlen wurden im Jahr 2000 erreicht. Generell zeigt das Diagramm die Etablierung der Vasektomie als ambulanten urologischen Eingriff in den genannten Praxen.

4.3. Psychosexuelle Parameter

Anhand der entwickelten Messinstrumente konnten Daten (Häufigkeiten) zu folgenden psychosexuellen Aspekten ermittelt werden:

- sexuelles Verlangen
- Genuss des Geschlechtsverkehrs
- Zufriedenheit mit dem Sexualleben
- Ejakulation
- Orgasmusgefühl
- Erektion

Dabei standen die postoperativen Angaben im besonderen Blickpunkt des Interesses. Nach Auswertung der Patientenbefragung konnten für die einzelnen Parameter folgende Daten erstellt werden:

4.3.1. Sexuelles Verlangen

Vor der Operation schätzten die meisten Männer ihr sexuelles Verlangen mit „mittelmäßig“ (47 %) und „stark“ (37 %) ein. Nur 1 % gab ein „sehr starkes“ sexuelles Verlangen an, immerhin 15 % bezeichneten das sexuelle Verlangen als schwach (s. Abb 8).

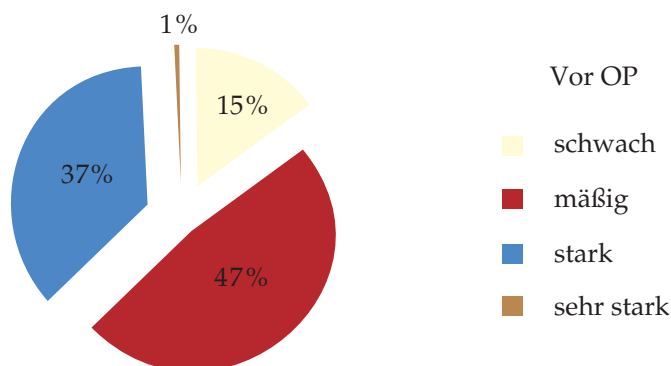


Abb. 8: Übersicht zur Einschätzung des sexuellen Verlangens der vasktomierten Männer vor dem Eingriff (n=163). Es dominiert die Einschätzung „mittelmäßig“ und „stark“ bei insgesamt 84% (= 137 Patienten).

Nach dem Eingriff konnte in allen Kategorien eine positive Entwicklung gemessen werden. Auffällig ist dabei besonders die Abschmelzung der Gruppe mit schwachen sexuellen Verlangen von 15% auf 4%. Aber nur ein kaum relevanter Zuwachs beim Level „sehr stark“ (s. Abb. 9).

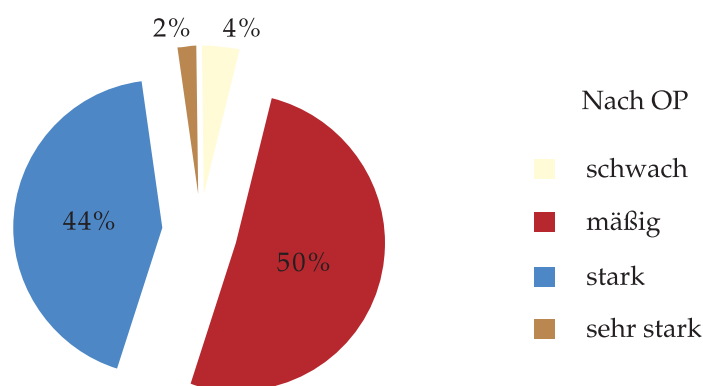


Abb. 9: Nach Vasektomie stabilisieren sich alle Kategorien des sexuellen Verlangens, zusätzlich ist ein positiver Effekt nachweisbar. Auffällig ist die Abschmelzung der Gruppe mit schwachen sexuellen Verlangen.

Von 163 vasktomierten Männer gaben nach Vasektomie also 36 eine veränderte Einschätzung ihres sexuellen Verlangens an zugunsten einer besseren Einstufung.

Sieben Patienten (=4 %) von 25 (=15 %) verblieben in der Gruppe mit schwachen sexuellen Verlangen. Den stabilsten Pool bilden die Männer mit einem mittelmäßigen sexuellen Verlangen, der sich zum präoperativen Anteil nur um fünf Patienten unterscheidet.

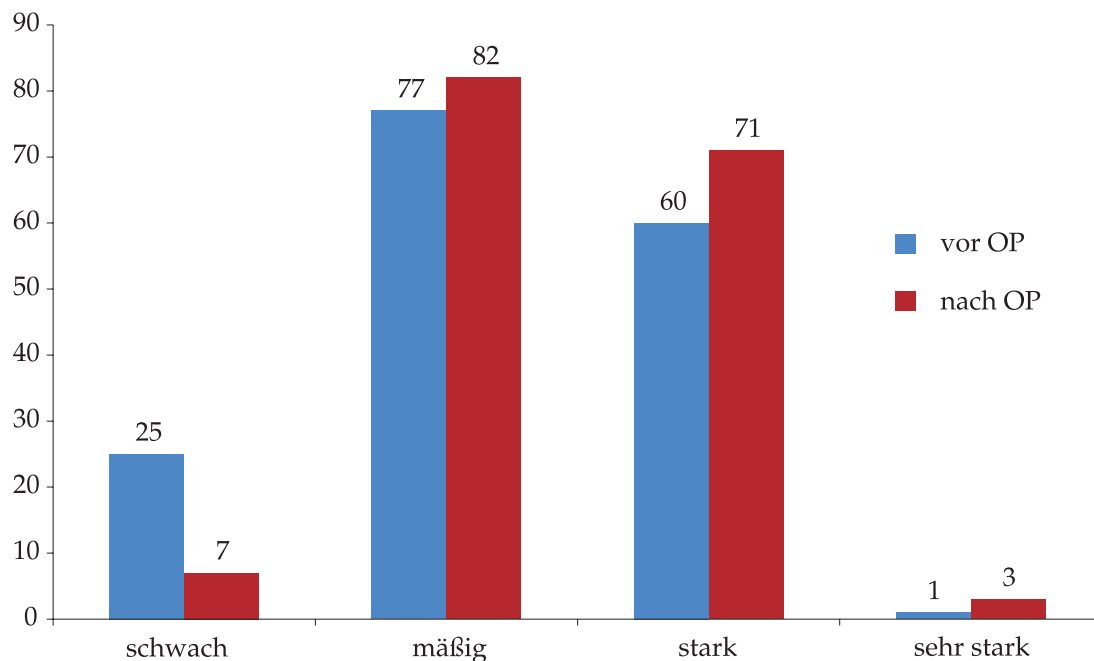


Abb. 10: Das Säulendiagramm fasst die Veränderungen des sexuellen Verlangens vor und nach Sterilitätsvasektomie in einer Übersicht zusammen und macht einen positiven Verlauf deutlich.

4.3.2. Genuss des Geschlechtsverkehrs

Diese Fragestellung gibt letztlich einen Überblick zu den sexuellen Funktionen und lässt somit Schlussfolgerungen auf einen intakten Reaktionszyklus des Mannes zu. Es besteht weiterhin die Assoziation zu Lebensqualität und Sexualität. Präoperativ schätzten immerhin 59 % (= 96 Pat.) einen starken Genuss und 34 % (= 55 Pat.) einen schwachen Genuss des Geschlechtsverkehrs ein.

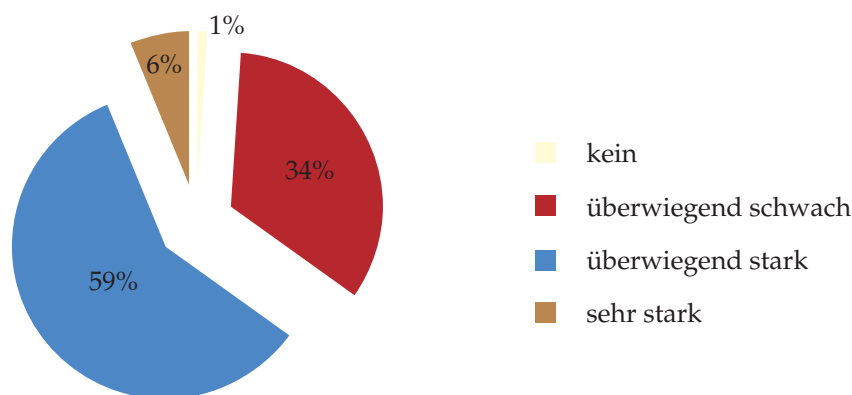


Abb. 11: Das Diagramm zeigt, wie alle 163 Patienten den Genuss des Geschlechtsverkehrs präoperativ einschätzten. Es werden aber zwei Patienten herausgefiltert, die „keinen Geschlechtsverkehr“ angaben.

Nach dem Eingriff kommt es zu einer signifikanten Verlagerung zugunsten eines starken Genusses des Geschlechtsverkehrs. Allerdings erhöhte sich die Zahl der Patienten ohne Verkehr auf drei (s. Abb. 11).

Bei den Patienten der Kategorie „sehr starker Genuss“ wurde ebenfalls eine leichte Abnahme gemessen, d. h. von 6 % auf 5 % um zwei Patienten. Bemerkenswert ist ebenfalls die Abschmelzung der Patientengruppe, die den Genuss des Geschlechtsverkehrs als überwiegend schwach benannten. In Abbildung 12 wird dieser Verlauf augenscheinlich.

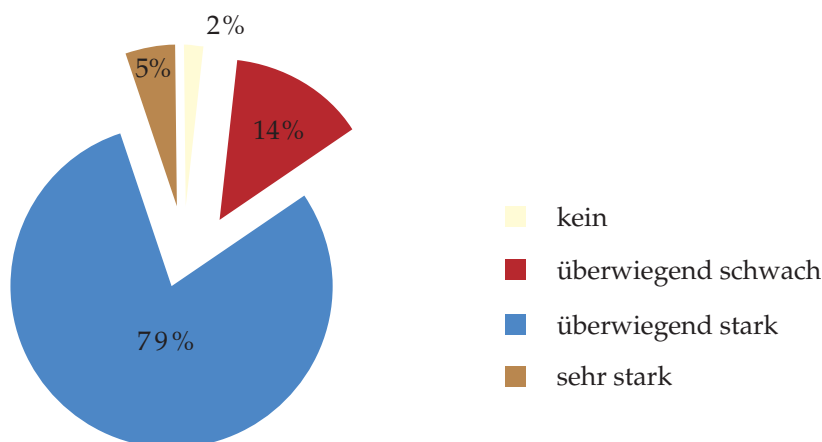


Abb. 12: Das Diagramm zeigt die Zunahme der Kategorie „starker Genuss des Geschlechtsverkehrs“ um 20%, aber auch einen leichten Rückgang beim „sehr starken Genuss“ bzw. eine Zunahme bei der Gruppe ohne Geschlechtsverkehr.

Die schematische Gegenüberstellung der prä- und postoperativen Patienteneinschätzungen belegen auch hier eine positive Steigerung dieses psychosexuellen Parameters, aber auch die Tatsache, dass der Verlauf nie ganz konfliktfrei scheint. Im Resultat ergeben sich also 66 von 163 Patienten, die nach Sterilitätsvasektomie eine Steigerung des sexuellen Genusses angeben.

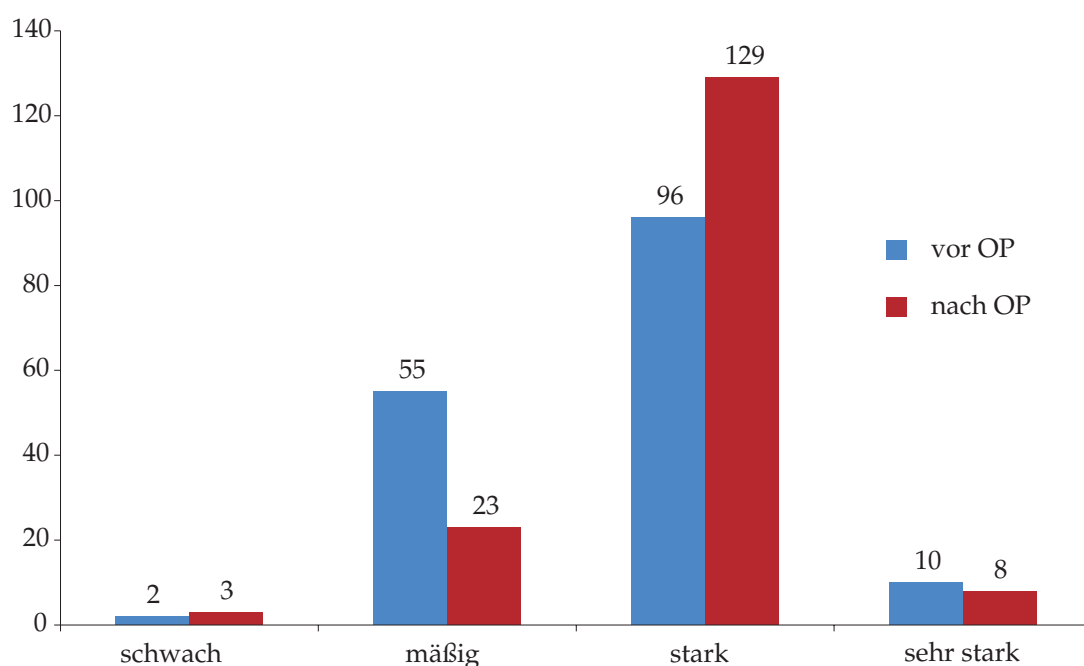


Abb. 13: Die Gegenüberstellung der Kategorie „Genuss des Geschlechtsverkehrs“ prä- und postoperativ verdeutlicht überwiegend einen psychosexuellen Gewinn, aber keinen problemfreien Verlauf.

4.3.3. Zufriedenheit mit dem Sexualleben

Diese Fragestellung soll wiederum auf die Qualität des Sexuallebens abzielen. Immerhin gaben 13 % der Patienten vor dem Eingriff an, mit ihrem Sexualleben unzufrieden zu sein, 56 % waren zufrieden und 31 % sehr zufrieden. Damit offenbart sich auch bei diesem Parameter prä-

operativ keine problemfreie Situation aber eine als überwiegend zufrieden eingeschätzte Sexualität.

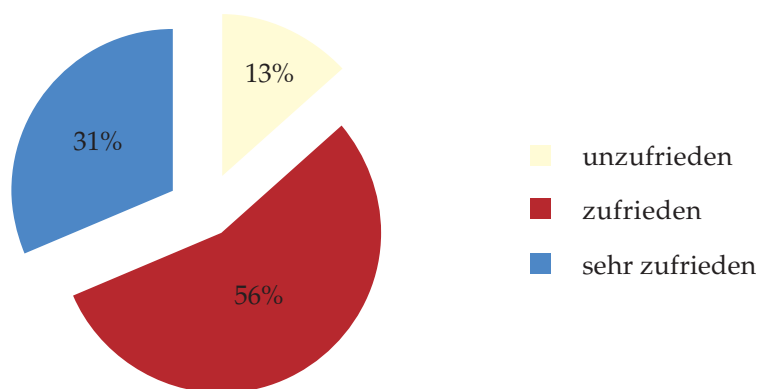


Abb.14: Das Diagramm offenbart 22 Patienten (13%), die vor Vasektomie mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren. Den Hauptanteil stellen 90 zufriedene Patienten (56%).

Nach dem Eingriff bleibt die Gruppe „zufrieden“ nahezu unbeeinflusst, es kommt aber zur deutlichen Verringerung der unzufriedenen Patienten und zum Zuwachs der sehr zufriedenen Patienten. Gegenüber den anderen Parametern fällt eine geringere Bewegung in den einzelnen Gruppen auf. Insbesondere ergibt sich augenscheinlich ein deutlicher Unterschied zwischen den Parametern „Genuss“ und der eventuell globaleren Beurteilung „Zufriedenheit“ mit dem Geschlechtsverkehr nach Sterilitätsvasektomie.

In Abbildung 15 wird diese „sanftere“ Umverteilung deutlich.

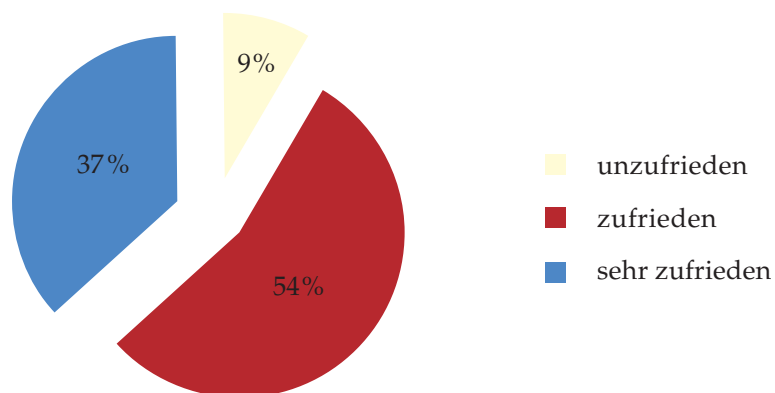


Abb.15: Es wird die Zufriedenheit mit dem Sexualleben nach Sterilitätsvasektomie dargestellt. Durch Umverteilung in den Kategorien „unzufrieden“ und „sehr zufrieden“ ergibt sich eine erkennbare Verbesserung nach Sterilitätsvasektomie.

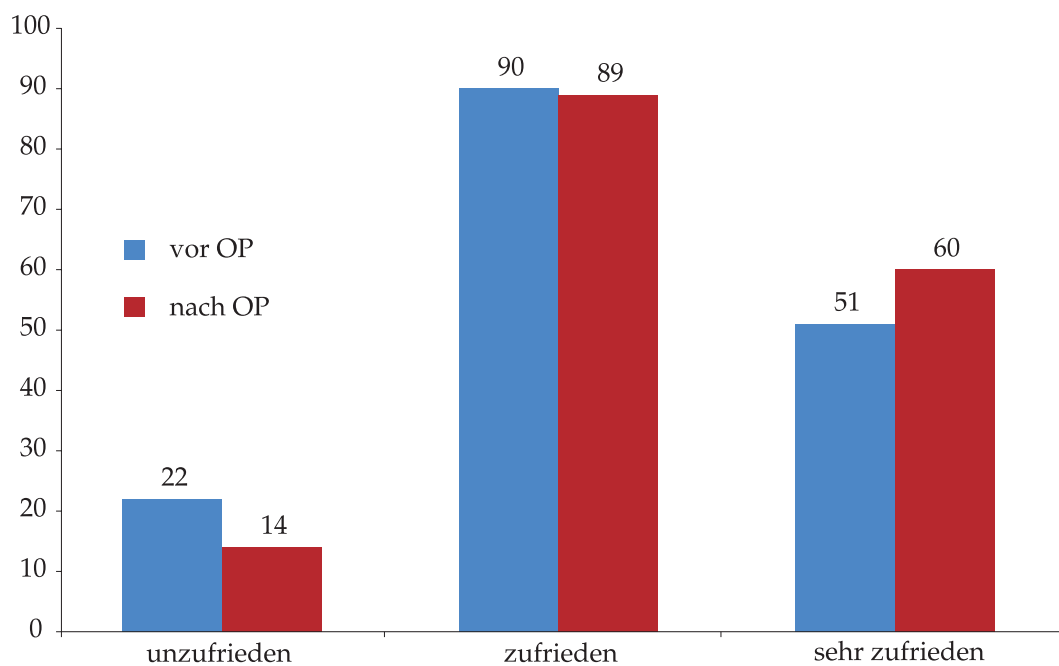


Abb. 16: Das Säulendiagramm zeigt die Anzahl der Patienten in den einzelnen Kategorien der „Zufriedenheit mit dem Sexualleben“ vor und nach Vasektomie. Es resultiert eine leicht positive Entwicklung.

Es resultiert demnach für 17 Patienten eine gesteigerte Zufriedenheit mit dem Sexualleben. Die Auswertung des Säulendiagrammes (Abb. 16) kristallisiert letztlich einen Patienten heraus, dem eine Verschlechterung zugeordnet werden kann. Diese Größenordnung steht im Einklang mit den Ergebnissen der weiteren gemessenen Parameter.

Abbildung 17 zeigt, dass 96 % unserer Patienten sich erneut für eine Sterilitätsvasoresektion entscheiden würden. Immerhin sechs Patienten (4 %) würden eine erneute Befürwortung des Eingriffes ablehnen.

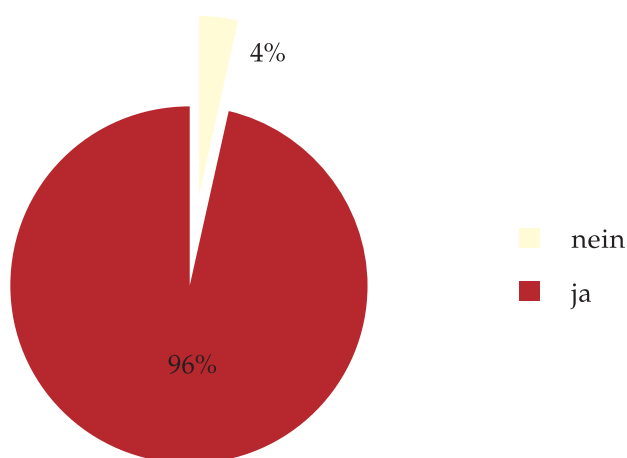


Abb.17: Nur 4% würden eine Wiederholung der OP verneinen.

4.3.4. Orgasmusgefühl und Vasektomie

Die Frage nach dem Orgasmusgefühl nimmt eine zentrale Stellung in der Studie ein. Als Höhepunkt des sexuellen Reaktionszyklus des Mannes ist er eng mit der sexuellen Befriedigung des Mannes verbunden. Besonders diese Messergebnisse lassen Rückschlüsse auf den psychosexuellen Verlauf nach Sterilitätsvasektomie zu. Herausragend ist die Angabe von 41 Patienten, die ein intensiveres Orgasmusgefühl nach Sterilitätsvasektomie empfunden haben – dies entspricht 25 %. 115 Patienten gaben einen stabilen Verlauf an (70 %). Bei dem hohen Stellenwert dieses Parameters sind die Patienten mit einer Abschwächung (2 %) ebenfalls zu fokussieren (s. Abb. 18).

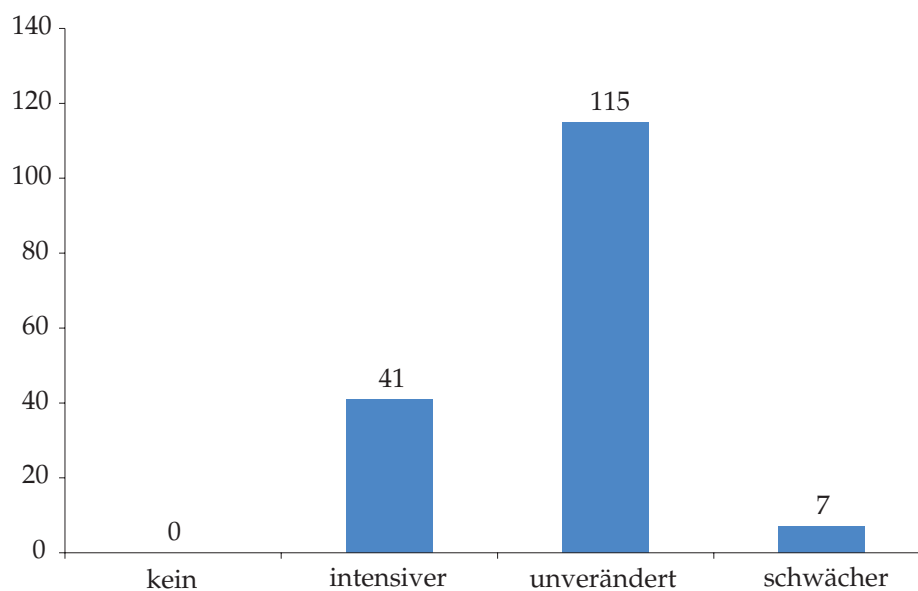


Abb. 18: Neben der großen Gruppe mit einem unveränderten Orgasmusgefühl bezeichneten immerhin 41 Patienten den Orgasmus als intensiver, die Gruppe von 7 Patienten mit einer Verschlechterung ist gleichfalls zu beachten.

4.3.5. Ejakulation und Vasektomie

Fragen der Ejakulation stehen bereits präoperativ im starken Interesse der Patienten. 93 % der von uns operierten Männer gaben nunmehr an, keinerlei Veränderungen nach Sterilitätsvasektomie empfunden zu haben. Bei 12 Männer (7 %) konnten Abweichungen ermittelt werden (Abb. 19).

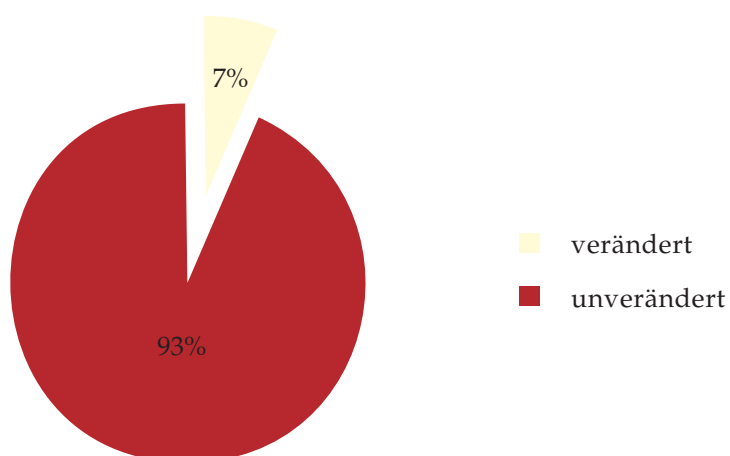


Abb. 19: Das Diagramm verdeutlicht einen als hauptsächlich unverändert empfundenen Samenerguss, bei 7% sind aber Veränderungen zu analysieren.

Nach Herausfiltern von zwölf Männern, die Veränderungen beobachteten, konnten diese weiter beurteilt werden. Zehn Männer befanden eine Verbesserung beim Samenerguss, zwei eine Verschlechterung nach Sterilitätsvasektomie (Abb. 20).

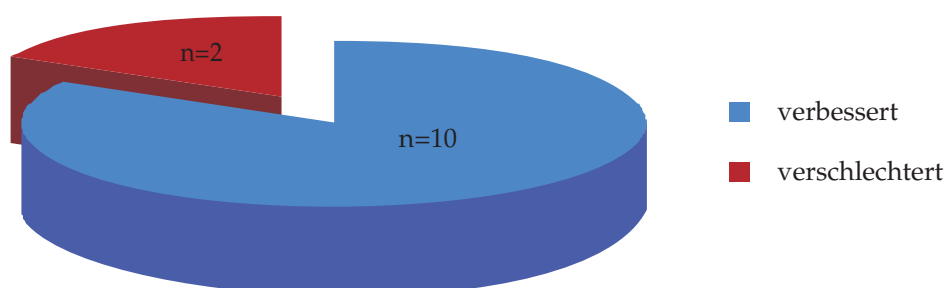


Abb. 20: Die Zahl der Männer mit Veränderungen des Samenergusses (n=12) teilt sich in zwei Fälle mit Verschlechterung (Ejakulatio preacox) und zehn als besser empfundenen Verläufen.

Bei der weiteren Exploration beider Fälle mit Verschlechterung ergaben sich eindeutig die Kriterien eines Ejakulatio preacox.

4.3.6. Erektion und Sterilitätsvasektomie

Die Frage nach Erektionsverbesserung schien nicht sinnvoll. Auf die Frage nach Veränderungen der Erektion nach der Vasoresektion gaben 98 % der Patienten an, keinerlei Veränderungen zu registrieren. Eine Verschlechterung der Erektion gaben nur 2 % an. Bei diesen drei Patienten war eine direkte Hinterfragung des Schweregrades praktikabel.

Nach einer Zuordnung zur Stadieneinteilung nach Porst von E1-E5 konnten alle Patienten dem Stadium E4 zugeordnet werden.

4.4. Verlauf psychosozialer Parameter

Unter diesem Begriff wurde der Verlauf folgender Parameter nach der Sterilitätsvasektomie hinterfragt:

- Partnerschaftsbeziehung
- Selbstwertgefühl
- psychische Belastung durch Zeugungsunfähigkeit
- Entscheidung zur OP als Paar oder individuell
- wirtschaftliche Erwägungen bei der Entscheidung zur OP
- Häufigkeit Geschlechtsverkehr (sexuelle Aktivität)

4.4.1. Partnerschaftsbeziehung

Die Partnerschaftsbeziehung steht in enger Wechselwirkung zu allen psychosexuellen Aspekten und reflektiert deren Verlauf.

91 % der operierten Männer gaben eine konstante Partnerbeziehung an. Das entspricht einer Anzahl von 148. Nur 9 % (15) der Patienten fanden sich in der Gruppe mit Veränderungen.

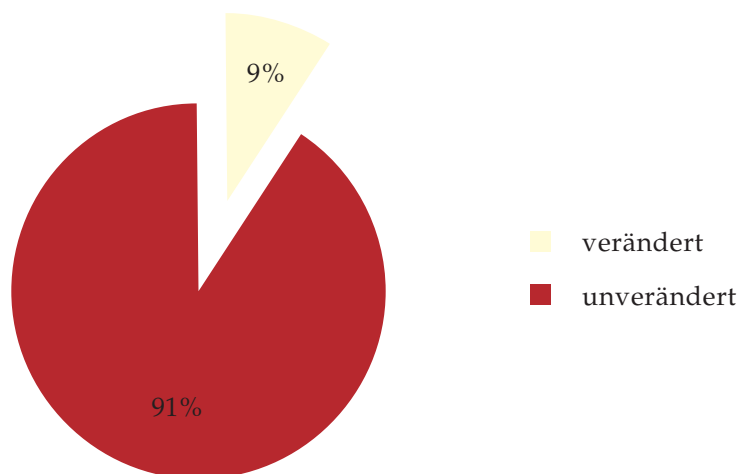


Abb. 21: Übersicht über die Verteilung veränderter und unveränderter Partnerschaft nach Sterilitätsvasektomie.

Eine Aufsplittung der Patientengruppe mit Veränderungen (9 %) ergab folgendes Ergebnis: Drei Patienten signalisierten eine Verschlechterung der Partnerbeziehung. Zwölf sahen ihre Partnerbeziehung nach Vasektomie gebessert (Abb. 21). Somit kann von einem überwiegend stabilen Verlauf mit einem Anteil von Verbesserung ausgegangen werden.

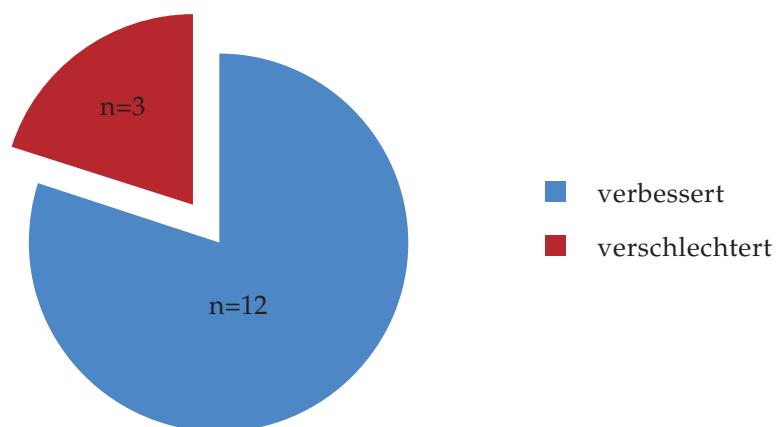


Abb. 22: Eine nochmalige Aufsplittung des Anteils der Männer, die ihre Partnerbeziehung nach Vasektomie verändert sahen, gibt dieses Diagramm.

In Abbildung 22 wird dieser Anteil von Veränderungen der Partnerbeziehung nach Sterilitätsvasektomie nochmals herausgestellt. Es verbleiben drei Patienten mit einer verschlechterten Partnerbeziehung.

4.4.2. Beeinflussung des Selbstwertgefühles nach Vasektomie

Das Selbstwertgefühl nach Vasektomie wurde von 95 % der Männer als stabil eingeschätzt. Dies entspricht einer Anzahl von 155. Nur 5 % gaben Veränderungen an. Einen Überblick gibt das Diagramm in Abb. 23. Wiederum erfolgte eine Aufsplittung der veränderten Gruppe: Zwei Patienten sahen sich in ihrem Selbstwertgefühl geschwächt, sechs Patienten gaben eine Verbesserung ihres Selbstwertgefühles bei der Befragung an. Dies wird in Abb. 24 veranschaulicht.

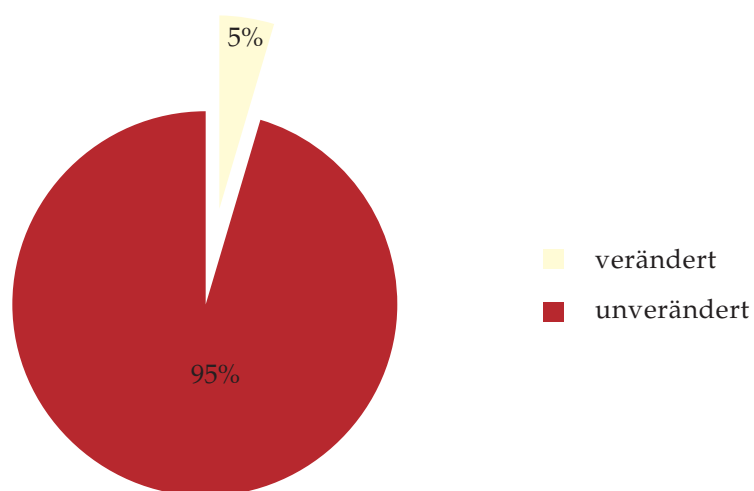


Abb. 23: Einteilung der Angaben zum Selbstwertgefühl nach Sterilitätsvasektomie: Nur 5% der befragten Männer gaben Veränderungen des Selbstwertgefühles an.

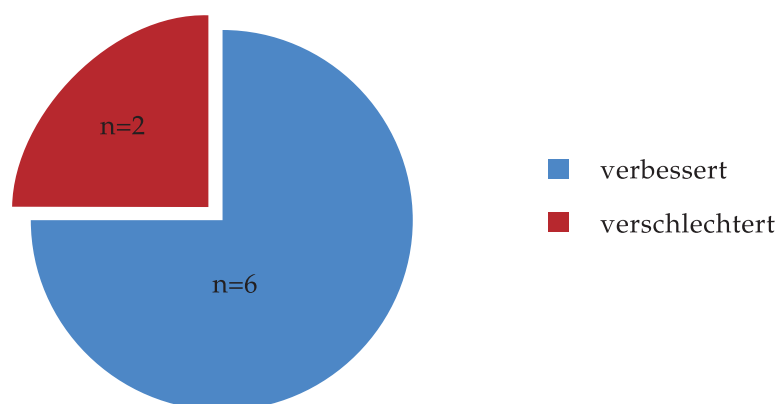


Abb. 24: Nach Aufspaltung der Gruppe mit verändertem Selbstwertgefühl resultieren sechs Patienten mit Angaben einer Verbesserung und zwei Patienten mit einer Verschlechterung des Selbstwertgefühles.

4.4.3. Psychische Belastung durch die Tatsache der Zeugungsunfähigkeit

Von insgesamt 163 operierten Männern sagten 159 (97 %) aus, dass sie sich von der Tatsache, keine Kinder mehr nach dem Eingriff zeugen zu können, nicht psychisch belastet fühlen.

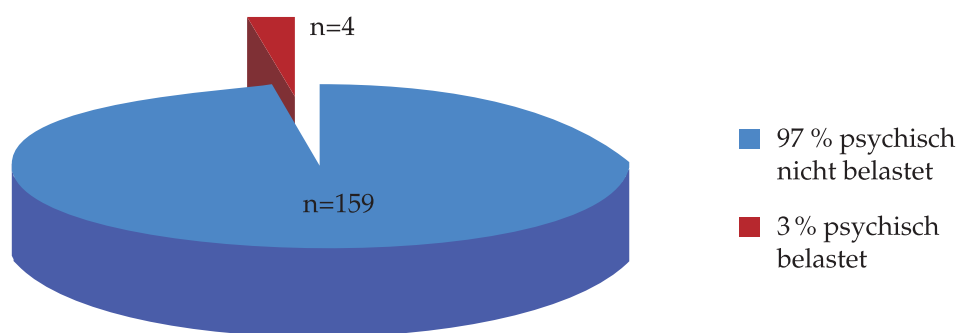


Abb. 25: Verteilung der Angaben zur psychischen Belastung durch Zeugungsunfähigkeit nach Sterilisation

Es verbleiben immerhin vier Männer, die nach Sterilitätsvasektomie eine psychische Belastung durch Zeugungsunfähigkeit andeuten.

4.4.4. Entscheidung zur Sterilisation als Paar oder individuell

Von 163 Männern gaben 132 (81 %) an, die Entscheidung zur Vasektomie als Paar getroffen zu haben, nur 31 Männer (19 %) fällten diese individuell.

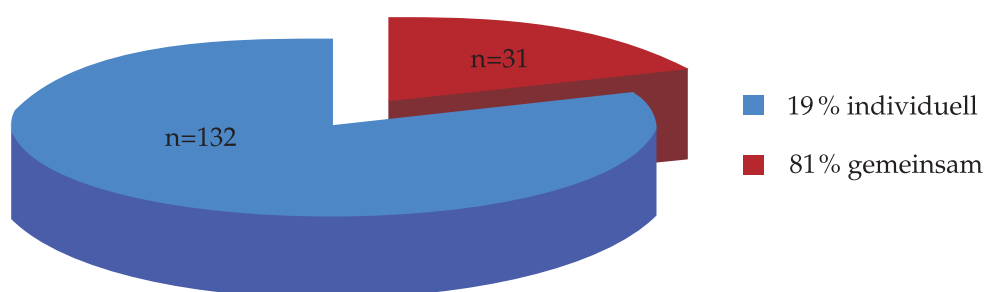


Abb.26: Anteil der „Paarentscheidung“ zur Sterilitätsvasektomie

4.4.5. Veränderung der sexuellen Aktivität nach der Operation

Von den 163 vasektomierten Männern gaben 31 an, nach dem Eingriff häufiger Geschlechtsverkehr im Monat zu haben, der größte Anteil von 79 % berichtete keine Veränderung in der sexuellen Aktivität, 3 Patienten gaben eine abgeschwächte Aktivität an.

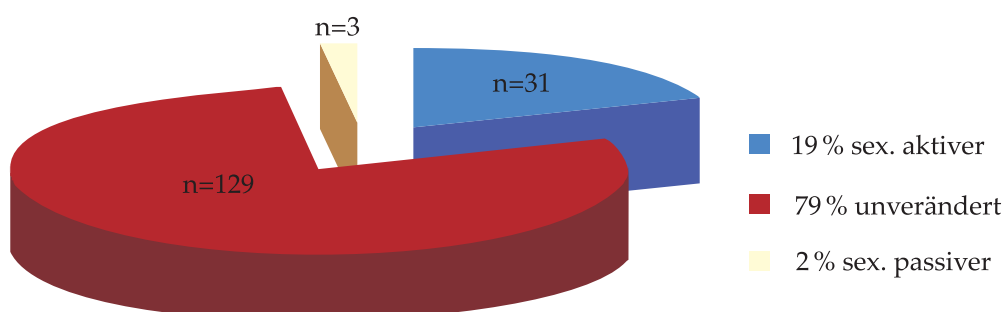


Abb.27: Veränderung der sexuellen Aktivität nach Vasoresektion

4.4.6. Wirtschaftlich-finanzielle Überlegungen

Da vor allem in den neuen Bundesländern Arbeitslosigkeit und wirtschaftlicher Umbruch viele Familien tangierten, fragten wir nach wirtschaftlichen Überlegungen, die die Entscheidung zur Vasektomie beeinflusst haben könnten (Abb. 28).

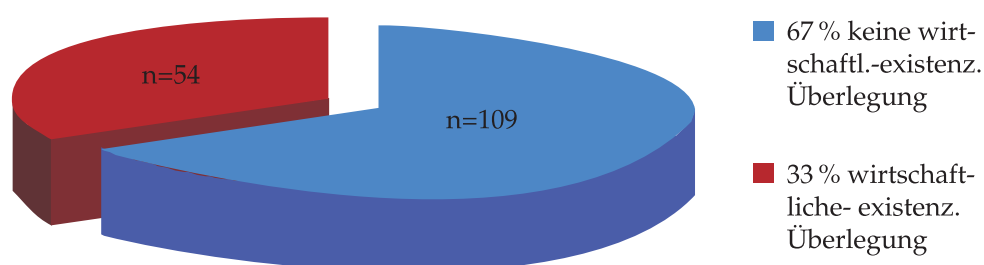


Abb. 28: Von 163 operierten Männern gaben 109 (67%) an, dass wirtschaftliche Überlegungen auf die Entscheidung zur Sterilisation keinen Einfluss hatten.

Nur ein Drittel aller Patienten gaben an, dass auch wirtschaftliche Aspekte bei ihren Überlegungen vor Vasektomie eine Rolle gespielt haben.

4.4.7. Überblick zu Angaben für psychosexuell negative Verläufe

Abbildung 29 vermittelt nochmals einen Überblick der Patientenangaben, die negative psychosexuelle Effekte nach Sterilitätsvasektomie vermuten lassen, deren Ermittlung ein besonderes Interesse gilt.

| Psychosexuelle Parameter | Patientenzahl | | niedrigstes Alter | höchstes Alter |
|--|---------------|---------|-------------------|----------------|
| | vor OP | nach OP | | |
| Unzufriedenheit mit Sexualleben | 22 | 14 | 31 | 52 |
| Schwaches sexuelles Verlangen | 25 | 7 | 38 | 54 |
| Abschwächung Orgasmus-Gefühl | | 7 | 41 | 51 |
| Psych. Belastung durch Zeugungsunfähigkeit | | 4 | 42 | 50 |
| Kein Genuss bei Geschlechtsverkehr | 2 | 3 | 44 | 53 |
| Abnahme der sexuellen Aktivität | | 3 | 39 | 52 |
| Verschlechterung der Partnerbeziehung | | 3 | 41 | 54 |
| Verschlechterung Selbstwertgefühl | | 2 | 40 | 52 |
| Ejakulatio preacox | | 2 | 36 | 41 |

Abb. 29: Darstellung der angegebenen Häufigkeiten mit verschlechterten Parametern und Eingrenzung der Altersgruppen

Männer vom 55.-60. Lebensjahr gaben in dieser Befragung keine Verschlechterungen an. Eine Fokussierung dieser Verläufe auf ausgewählte Altersgruppen scheint sich in unserem Patientengut nicht zu ergeben.

5. Diskussion

5.1. Methodendiskussion

Zimmer kritisiert die kaum zu überblickende Zahl von Fragebögen zur Sexualität als „größtenteils konstruiert“ und „unüberprüft“ sowie in Deutschland den Mangel an überprüften Bögen, die Itemanalyse urologischer Fragebögen ergab andererseits eine Dominanz des Themas „Erektile Dysfunktion“ (61, 69, 78). Somit musste nach den oben beschriebenen Schritten ein eigenes Fragemodul entwickelt werden, welches aus psychologischer Sicht viele Punkte offen lässt (z. B. Stimmungslage, Ängste), andererseits galt es, das Blickfeld für die urologische Praxis sowie die Überschaubarkeit der Fragestellung beizubehalten, um der Problemstellung gerecht zu werden.

Fragen nach Zufriedenheit, Emotionalität, Libido, Orgasmusgefühl und Partnerschaft wie auch nach dem Ausmaß belastender Symptome gelten als die besten Indikatoren befriedigter versus belasteter Sexualität, das Alter stellt dabei die Variable dar, mit der die Prävalenz sexueller Dysfunktionen am höchsten korreliert (s. Diskussion Altersstruktur).

Eine praktikable und erprobte Fragestellung dazu wurde dem „International Index of Erectile Function“ (IIEF) entnommen, da man diesem Fragebogen bei Überprüfungen Validität und Zuverlässigkeit und in den verschiedenen Sexualbereichen Spezifität und Sensitivität bescheinigte und ihn deshalb in 10 Sprachen übersetzte (61).

Es sei hier ausdrücklich betont, dass sowohl der IIEF im Original als auch die von uns zur Problematik der Sterilitätsvasektomie umformulierten Teile keinen festen differentialdiagnostischen Wert besitzen, sondern ausschließlich die subjektive Einschätzung der befragten Männer widerspiegelt.

Informationsquellen mit größerer Validität sind sicher ausführliche Gespräche und Beobachtungen. Reale Beobachtung sexueller Reaktionen scheidet jedoch im Normalfall aus.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Beantwortung der Fragen von der aktuellen Befindlichkeit beeinflusst werden kann, und dadurch die eigentliche Situation abweichend bewertet wird (9). Somit muss mit einer Kluft zur externen Validität gerechnet werden, zumal Antworten auf Fragebögen nur „Momentaufnahmen“ darstellen (57). Subjektive Einflüsse können zu einer Verfälschung der Erfassungsdaten führen, die Flipp et al. als „Unzufriedenheitsdilemma“ bzw. als „Zufriedenheitsparadox“ bezeichnen (24). So kann unter objektiv schlechten Lebensverhältnissen eine subjektiv gute Qualität des Sexuallebens gemessen werden, während im Gegensatz dazu bei objektiv guten Bedingungen eine unbefriedigende Qualität angegeben wird. Die Ermittlung von verfälschenden Faktoren im Vorfeld der Befragung kann somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben (7).

Sigusch kritisiert die Selbstsicherheit von Medizinern und Psychologen bei der Bewertung von Sexualität z. B. als normal oder gestört und warnt vor einer Katalogisierung in Funktionen bzw. Dysfunktionen, insbesondere unter Missachtung gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse, die bisher stets Strömungen und Ansichten über Sexualität und deren Störungen beeinflussten (68). Es wurde versucht, beim Kontakt mit unseren Patienten diese Einstellung zu berücksichtigen, wobei Fragen der praktischen Durchführung und Statistik Grenzen setzten.

Ein nicht unwesentlicher Punkt ist die Beachtung der „Verweigerungsquote“, die in einer schriftlichen oder mündlichen Befragung zur Sexualität stets beobachtet wird. Den hier gemessenen Anteil von 36 %, der eine Befragung ablehnte, muss zumindest ein Teil davon zugeordnet

werden. Man kann davon ausgehen, dass die Befragungsteilnehmer eher offener und liberaler eingestellt sind und sehr wahrscheinlich weniger sexuelle Probleme aufweisen als die Verweigerer, was das Ergebnis durchaus beeinflusst. Als vorteilhaft sahen wir den Umstand, dass die Befragung vom ehemaligen Operateur erfolgte, was eine günstige Atmosphäre schaffte. Dabei fiel auf, wie in einigen Fällen ein Einbeziehen der Partnerin vorgeschlagen wurde, was einerseits bei der Exploration der Partnerbeziehung zusätzliche Informationen ergeben hätte, andererseits gab es Anzeichen, dass eine vollzählige Teilnahme der Partnerin an organisatorischen Problemen scheitern würde. Ebenso könnte durch die Anwesenheit der Partnerin das Ergebnis nochmals beeinflusst werden. Wir haben deshalb bewusst auf eine gleichzeitige Befragung der Partnerin verzichtet. Ob unsere Ergebnisse dadurch zu einseitig („männlich“) ausgelegt sind, sei dahingestellt. Man muss natürlich annehmen, dass auch die Partnerin nach Sterilitäsvasektomie ihres Mannes beeinflusst werden könnte.

Die Unterschiede zwischen den Angaben in Fragebögen und Interviews werden als beträchtlich eingeschätzt, Sigusch zitiert eine Kluft von ca. 36 % zwischen beiden Methoden bei einer Befragung zu Erektionsstörungen in einer Altersgruppe (68). Durch eine Kombination von beiden Möglichkeiten, befürwortet von Frau Dipl.-Psych. C. Müller des Klinikums Frankfurt/Oder, vermuteten wir eine Linderung dieser Differenz.

5.2. Psychosexuelle Problematik der männlichen Kontrazeption

In den meisten Veröffentlichungen zur Sterilisationsvasektomie sind psychische Aspekte im weitesten Sinne unter der Rubrik „Komplikationen“ angesiedelt, üblicherweise im Anschluss an operationstechnische und klinische Betrachtungen (44, 47, 71).

Dabei erfolgt augenscheinlich keine weitere Aufschlüsselung zwischen allgemeinen psychogenen Symptomen (z. B. depressive Verstimmung) und psychosexuellen Aspekten, die sich in Funktionen der Sexualität widerspiegeln.

Somit entsteht der Eindruck, als würde es sich bei der Auswertung von psychischen Verläufen automatisch um Komplikationen handeln.

Insbesondere Publikationen im deutschsprachigen Raum zeigen dieses Phänomen. Beispielsweise erwähnt Leißner eine Studie, wonach bei Männern nach Vasektomie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für depressive Symptome beobachtet wurde (47).

Eine gedankliche Plattform für weiterführende Überlegungen ergab u. a. die skandinavische Arbeit von Miller et al, die eine erektile Dysfunktion nach Vasektomie mit einem dominanten weiblichen Partner und einer von außen beeinflussten Entscheidung zur Vasektomie recherchierte (55). Die in der urologischen Standardliteratur (5, 21, 75) herausgearbeitete signifikante postoperative Patientenzufriedenheit, erzeugt durch eine Verbesserung des Ehelebens ohne Angst vor Schwangerschaft, gibt aus unserer Sicht Anlass, diesen Eingriff nicht nur am Ziel der Kontrazeption zu messen und den Unzufriedenheitsgrad der Patienten nicht lediglich am Wunsch nach Refertilisierung (16, 21, 75).

Die hohe Zahl von Patienten, die sich bei uns diesem Eingriff unterziehen, sind formal auch Hinweis darauf, dass die Sterilitätsvasektomie kaum noch mit der Metapher „Sterilisation“ als Bild für Unfruchtbarkeit und körperlich-geistiges Unvermögen verbunden ist.

Eine negative betonte Assoziation des Eingriffes a priori, bei welchem man bestenfalls von einem neutralen psychosexuellen Verlauf ausgeht, scheint anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht mehr gerechtfertigt zu sein. An allen hinterfragten psychosexuellen Parametern unserer

Patienten beschränken sich Verschlechterungen auf Einzelfälle, es lassen sich aber mengenmäßig relevant günstige Verläufe ermitteln, was durch die Aussagen der von uns betreuten Männer besonders zu den Fragen Partnerschaftsbeziehung, Orgasmusgefühl, sexuelles Verlangen sowie Genuss und Zufriedenheit beim Geschlechtsverkehr äußert. Dies entspricht auch den Ansichten der modernen Sexualmedizin, welche die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung bescheinigt – eine wichtige Voraussetzung für die Betrachtungsweise der Sexualität heute (45, 68).

Demgegenüber stand die jahrhundertealte Verknüpfung von sexueller Lust und Fortpflanzung im Einklang mit religiöser Tradition. Im Rahmen eines kulturellen Wandels der Sexualität beschreibt Sigusch diese „Dissoziation“ auch als Trennung von sexueller und reproduktiver Sphäre mit dem Ergebnis einer scheinbar(!) „reinen“ Sexualität (68). Diese Vorgänge – so auch die Dissoziation der sexuellen von der geschlechtlichen Sphäre und die Dissoziation von sexuellem Erleben und körperlicher Reaktion beeinflussen sicher automatisch die Einschätzung psychosexueller Fragen durch Patient oder Arzt gleichermaßen.

Eine Beschränkung von Sexualität auf Fortpflanzung heute behindert deren psychosexuelle Funktion. In diesem Sinne ist die Sterilitätsvasektomie kein Eingriff, welcher der psychosexuellen Gesundheit des Mannes konträr gegenübersteht.

So gaben 97 % der befragten Männer an, dass sie die Tatsache, nach dem Eingriff vorerst zeugungsunfähig zu sein, keineswegs belaste. Würde dieser Anteil höher ausfallen, ist eine negative Auswirkung auf die weiteren psychosexuellen Parameter wahrscheinlich, die aber so nicht gemessen werden konnte. Im Literaturvergleich ließ sich keine identisch formulierte Frage finden, aber als problemverwandte Daten geben größere Studien bei 94 % eine abgeschlossene Familienplanung an (16, 75).

Bezugspunkt in dieser Fragestellung ist sicher auch der Wunsch nach Reanastomisierung, den aktuelle Arbeiten mit 0,7% ausweisen, wobei hier ein signifikant niedrigeres Durchschnittsalter als üblich erwähnt wird (16, 22, 30). Da in unserem Krankengut kein Patient aus dem muslimischen Kulturkreis stammte, soll die besondere Problematik für diese Bevölkerungsgruppe ausgespart werden.

Ein initiales Ziel der Arbeit war zunächst nur, die psychosexuelle Neutralität der Sterilisation durch Vasektomie zu belegen, nunmehr zeigen die Messergebnisse zumindest in unserem Patientengut offensichtlich auch positive Effekte (s. u.).

Neben der bewussten Mitgestaltung der Familienplanung ließen sich bei unseren Patienten anhand der Befragungen größtenteils eine Stabilisierung bzw. Verbesserung psychosexueller Aspekte aufzeigen. Der relativ geringen Zahl von Männern, die psychosexuelle Probleme signalisierten, ist aber erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Fragen nach Libido, Genuss des Geschlechtsverkehrs, Orgasmusgefühl und Ejakulation sowie der sexuellen Aktivität (Frequenz) sind von besonderer Bedeutung – einerseits sind sie Voraussetzungen der Potentia coeundi, andererseits waren hier die Potentiale eines psychosexuellen Gewinnes zu vermuten (17). Darüber hinaus existiert seit längerer Zeit eine online geführte Diskussion von Männern zu diesem Thema, welche immer wieder psychosexuelle Aspekte erwähnt. Zwei kurze Zitate bringen dies am besten zum Ausdruck:

„...ich habe seit 7 Jahren eine Vasoresektion hinter mir und absolut keine Probleme, weder mit der 'Lust', noch mit Geschlechtsverkehr. Ich sehe es so, dass eine Luststeigerung eingesetzt hat, da auch der Kopf mitspielt und man sich keine Gedanken um Verhütung machen muss, dadurch empfand ich eher eine Steigerung...“

„...Ich habe mich 1975 sterilisieren lassen... Auch der Sex macht, nicht zuletzt durch den Wegfall jeglichen Nachdenkens über Verhütung, beiden Partnern auch heute noch Spaß. Allerdings stellte der Verlust der Zeugungsfähigkeit einen tiefen Einschnitt in mein männliches Ego dar, das verlor sich mit der Zeit, vor allem auch dank der moralischen Unterstützung durch meine Frau...“

Hier werden von zwei Männern in einfacher aber treffender Form die wichtigsten, praxisrelevanten Punkte angesprochen.

Die Beantwortung unseres Fragemoduls entspricht in etwa diesen Gedanken. Alle genannten Parameter dominieren mit einem überwiegend stabilen Verlauf und darüber hinaus mit einem positiven Trend.

5.2.1. Alters- und Häufigkeitsverteilung

Anhand der ermittelten Alterstruktur der Patienten wird deutlich, dass zwischen dem dreißigsten und sechsunddreißigsten Lebensjahr die meisten Männer operiert wurden. Dieses Ergebnis entspricht im Wesentlichen den Angaben vieler Praxen der Bundesrepublik sowie Daten von Standardliteratur und Veröffentlichungen. So fanden Dahm et al. in ihren demographischen Erhebungen bei 1.275 Sterilitätsvasektomien einen Anteil von 61,2 % zwischen 30 und 39 Jahren (16, 21, 27, 30).

Eine zweite große Patientengruppe ließ sich für das Alter zwischen 42 und 45 Jahren in unserem Patientengut darstellen, auch hier gibt es eine Übereinstimmung mit der Literatur, die für die Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren einen Anteil von 28 % angibt (16). Ein signifikanter Unterschied zum Vorgehen in anderen Praxen ließ sich ebenfalls nicht erheben.

Es ist davon auszugehen, dass von den meisten Urologen die Empfehlungen von Gremien (DGU, Arbeitskreis Andrologie) mitgetragen wird, ab dem dreißigsten Lebensjahr einen günstigen Zeitpunkt zu sehen, da man mit diesem Alter persönliche Reife und das Vorhandensein von Kindern assoziiert (74). Ein Aufrechterhalten dieser Orientierungsempfehlung scheint auch aus gesellschaftspolitischer und ethischer Sicht sinnvoll und unterscheidet sich sicher im positiven Sinne von amerikanischen Daten, die über Sterilitätsvasektomien und Refertilisierungsoperationen in deutlich jüngeren Altersgruppen berichten (46, 51).

Die überwiegende Mehrheit befragter Urologen in Brandenburg sind der Meinung, dass auch weiterhin berufsethische Weitsicht einer Kommerzialisierung entgegengesetzt werden muss.

Dem Operateur sollte gewärtig sein, dass laut statistischem Bundesamt die durchschnittliche Kinderzahl in Deutschland im Jahr 2003 nur bei 1,3 lag und eine negative Bevölkerungsbilanz von 122.000 pro Jahr nicht durch Geburten ausgeglichen wird.

Im Vergleich zur Altersstruktur spiegeln Fragen der Häufigkeitsverteilung eher Besonderheiten der neuen Bundesländer wider. Ab dem 01.04.1991 wurde in Eisenhüttenstadt durch unsere Praxis erstmals diese Operation angeboten. Es musste von einem sehr geringen Bekanntheitsgrad dieser Kontrazeptionsmöglichkeit ausgegangen werden, da in der DDR ein individueller Zugang zur Sterilitätsvasektomie offiziell nicht möglich war (Indikation für Einzelfälle durch Gutachter oder Kommissionen), wobei auch gesellschaftspolitische Aspekte eines „planmäßigen Bevölkerungswachstums“ eine Rolle gespielt haben mochten. Im Verlauf des Jahres 1991 kam es in unserer Region nur zu einer einzigen Sterilitätsvasektomie. In den alten Bundesländern war dagegen die Sterilitätsvasektomie bereits seit Jahrzehnten etabliert. Eine Anpassung Brandenburgs an „gesamtdeutsche“ Verhältnisse war zu erwarten.

Der relativ steile Anstieg der Kumulationslinie bis 1995 dokumentierte neben der Etablierung des ambulanten Operierens in unseren Praxen die zunehmende Integration der Sterilitätsvaseresektion in die Familienplanung, Überweisungen von Gynäkologen und Hausärzten stiegen an, soziale und finanzielle Erwägungen wurden teilweise geäußert (33%). Ein deutlicher Abfall der Operationshäufigkeit ab 1996 wird von uns auch im Zusammenhang mit dem Bevölkerungsschwund in Ostbrandenburg gesehen. Durch wirtschaftliche Stagnation und zunehmende Arbeitslosigkeit begann eine Abwanderung von jüngeren Familien .

5.2.2. Sexuelles Verlangen und Vasoresektion

Sexuelles Verlangen (Libido, sex. Appetenz) steht am Beginn des sexuellen Reaktionszyklus. Die erwartungsvolle sinnliche Einstellung oder sexuelle Motivation ist eine Voraussetzung für ein normales sexuelles Funktionieren. Daher ist anzunehmen, dass dieser Aspekt im Rahmen unserer Diskussion eine wichtige Rolle spielt. Weiterhin stellt die Frage nach sexueller Lust einen elementaren Punkt in den führenden Fragebögen dar. So wird diesem Aspekt in der NHSLS-Umfrage (National Health and Social Life – eine Repräsentativumfrage an mehr als 3.000 Amerikanerinnen und Amerikanern) oder im IIEF (s.o.) eine große Bedeutung beigemessen (46, 61).

Psychologisch wird der Begriff der sexuellen Appetenz auch als Element der Reizsuche mit dem Begriff „Trieb“ umschrieben, andere, biologisch bedingte Zustände wie Durst, Hunger, Miktionsdrang sind vergleichbar.

Physiologisch handelt es sich um eine intakte Interaktion des Frontallappens, des Temporallappens und des limbischen Systems mit dem Ziel einer normalen emotionalen Steuerung. Insbesondere das limbische

System weist Verstärkerschaltkreise für Lustgewinn auf, die allmählich durch zusätzliche, neuartige Einwirkungen aktivierbar sind (50).

Die Frage nach dem sexuellen Verlangen vor und nach der OP wurde durch den psychosexuellen Untersuchungsbogen wörtlich formuliert. Mit dieser Frage soll auch das Gefühl definiert werden, welches den Wunsch nach einem sexuellen Erlebnis, den Gedanken an Sex oder die Frustration über den Mangel an Sex beinhalten kann – siehe auch IIEF-International Index of Erectile Function (40, 41, 42, 61).

Der überwiegende Anteil der befragten Männer betrachtete den stabilen Verlauf in diesen Punkten als positiven Effekt an sich (50 % gaben ein postoperativ unverändertes mittelmäßiges sexuelles Verlangen an), umso interessanter erscheinen die statistisch ermittelten Verbesserungen von 19% für „sexuelles Verlangen“, dabei konnte eine Steigerung bei denjenigen Männern beobachtet werden, die ihr sexuelles Verlangen präoperativ als hoch bzw. sehr hoch einschätzten, aber auch eine Reduktion einer schwach beurteilten sexuellen Appetenz von 15 % auf 4 %.

Im Vergleich mit Publikationen zur Sterilitätsvasektomie sind die Begriffe „sexuelles Verlangen“, „Libido“ oder „sexuelle Appetenz“ kaum formuliert. Betrachtet man „sexuelles Verlangen“ als sexuellen Erlebniswunsch, können zumindest die Messergebnisse der Parameter „Zufriedenheit Sexualleben“, „Genuss des Geschlechtsverkehrs“ und „Zunahme der Frequenz des Geschlechtsverkehrs“ eine Ergänzung darstellen (siehe Ergebnisse). Hier sind Korrelationsbetrachtungen möglich: Eine Steigerung der sexuellen Aktivität um 19 % und eine erhöhte Zufriedenheit mit dem Sexualleben um 17 % spiegeln in ähnlichen Größenordnungen die Aussagen von Dahm und Leißner wider (16, 47). Eine Analyse von Ehn BE und Liljestrand ermittelte 1995, dass 95 % der Männer fünf und mehr Jahre nach Sterilitätsvasektomie eine

verbesserte sexuelle Aktivität beobachteten (19). Weiske beschreibt eine postoperative „verbesserte Einschätzung“ der sexuellen Aktivität ohne Zahlenangabe (75).

Da primäre physiologische und endokrinologische Veränderungen laut zahlreichen großen Studien bei der Vasektomie keine Rolle spielen – theoretisch müsste sogar ein leichtes Absinken des Testosteronspiegels im Rahmen des Alterungsprozesses bedacht werden – könnte ein Erklärungsansatz in einer positiven psychosexuellen Wechselwirkung liegen.

Hier ist zunächst die hohe Motivation zur OP selbst zu sehen, was z.B. von Dahm mit >70% bestätigt wird (16). Weiterhin wäre an einen positiven Feedback durch die Möglichkeit einer freieren und insbesondere aktiveren Sexualität zu denken. Schließlich sollte bedacht werden, dass sexuelles Interesse und Aktivität der hier befragten Männer a priori über dem von jenen Partnerschaften liegt, die Kontrazeption und Sexualität nicht thematisieren, wozu noch ein teils bewusster, teils unbewusster Selektionseffekt durch Patientenklientel und Arzt zu berücksichtigen ist (22). Die hier gemessene Diskrepanz in den Angaben zu „normalen“ (keine Sterilitätsvasektomie) physiologischen Verläufen (Abnahme der monatlichen Koitusfrequenz nach 2-11 Ehejahren von über 8 auf 4-5 mal [67]) ist zu betonen.

Bereits Freud beschreibt ein Konzept des Lustprinzips, welches mit einem Realitätsprinzip in Konflikt steht. Versteht man die gewünschte Sterilisation durch Vasektomie als eine Angleichung von sexuellem Interesse und objektiven Zwängen, wäre gleichsam die „Entschärfung“ eines solchen Konfliktes psychisch positiv wirksam (25, 26).

Vielfach bedingen auch nichtsexuelle Motive das Ausmaß sexuellen Interesses, z. B. Wünsche nach Selbstbestätigung, Nähe, Konfliktvermeidung oder auch danach, Macht und Einfluss zu erleben. Auch wenn diese Punkte nur eine untergeordnete bis unbewusste Rolle spielen, ist ein positiver (auch negativer, s. u.) Einfluss möglich (5, 8).

Im Vordergrund scheint die Tatsache zu stehen, dass sexuelle Aktivität, wenn sie befriedigend erlebt wird, das sexuelle Verlangen und die Ansprechbarkeit steigert. Es resultiert ein altersgemäßer Genuss des Geschlechtsverkehrs. Der Anteil von Männern mit „starkem Genuss“ erhöht sich nach der Operation bei unserem Patientengut von 59 % auf 79 %, die Gruppe mit nur schwachem Genuss des Verkehrs schmilzt von 34 % auf 14 %. Die Angaben zur „Zufriedenheit mit dem Sexualleben“ zeigen zwar ebenfalls Steigerungen, diese sind aber weniger ausgeprägt. In verschiedenen Studien erfolgte keine klare Trennung dieses Parameters von anderen Kriterien, wie z. B. „Zufriedenheit mit der Operation“, was einen Literaturvergleich erschwert. Als eigentliche Verbesserung kann man die Abnahme der wenig zufriedenen Männer von 13 % auf 9 % bezeichnen. Dies könnte daran liegen, dass die Befragten diesen Begriff teilweise viel weiter fassen als die ermittelten Parameter (soziales Umfeld etc.).

Anhand der signifikant stabilen und gesteigerten Angaben unserer Patienten zur Einschätzung ihres sexuellen Verlangens nach Sterilitäts-vasektomie kann global von einer positiven Tendenz ausgegangen werden.

5.2.3. Ejakulation, Orgasmus und Vasoresektion

Im Aufklärungsgespräch zur Sterilitätsvasektomie wird dem Patienten mitgeteilt, dass nach der Operation ein Samenerguss weiterhin stattfindet, da ja die Funktionen von Prostata und Samenblasen unbeeinflusst bleiben und es lediglich zu geringfügigen Veränderungen von Volumen, Farbe und Viskosität kommt.

Die gestellte Frage nach Veränderungen der Ejakulation nach Vasektomie bei unseren Patienten reflektiert nicht nur den morphologischen Aspekt der Durchtrennung des Ductus deferens mit Adventitia und zahlreichen adrenergen Nervenfasern sondern besonders die zentrale Funktion von Emission und Ejakulation im sexuellen Reaktionszyklus des Mannes (33, 54).

Es ist bekannt, dass der Ejakulationsvorgang in zwei Phasen, Emission und eigentliche Ejakulation, unterteilt wird. Der Vorgang der Emission ist durch eine erhöhte Aktivität der sympathisch adrenergen Innervation von Ductus, Samenblasen und Prostata gekennzeichnet. Durch Tonus-erhöhung der glatten Muskulatur kommt es zum Weitertransport und somit zur „Bereitstellung“ der Sekrete.

Wichtig für die subjektive Einschätzung der Ejakulation ist wohl zum einen das Gefühl der Unvermeidlichkeit des Samenergusses beim Zusammentreffen der prostaticen Fraktion des Spermas mit dem größeren Anteil aus den Samenblasen in der prostaticen Harnröhre. Dies gilt sicher als physiologische Erklärung dafür, dass dem Ejakulationsgefühl nach Durchtrennung der Samenleiter kein Abbruch geschieht.

Auf psychischer Ebene wird die Befreiung vor der Angst, im Moment der Ejakulation das Risiko einer Schwangerschaft einzugehen, von unseren Patienten mit an erster Stelle genannt (Furcht vor ungewollter Schwangerschaft als psychodynamischer Faktor) und ein „Zugewinn“ des Genusses des Geschlechtsverkehrs ist anhand von Häufigkeitsangaben nachweisbar (15).

Weiterhin spiegelt sich wider, dass 151 Männer den postoperativen Samenerguss als unverändert und 10 als gebessert ansehen. Diese Verbesserung/Stabilität kann sicher nur auf der psychosexuellen Ebene beruhen, wobei einige Männer in diesem Zusammenhang einen „länger andauernden“ Samenerguss als positiv benennen. Des Weiteren müssen auch hier die Ergebnisse der verbesserten Zufriedenheit mit dem Sexualleben, dem Genuss des Geschlechtsverkehrs und insbesondere die Ermittlungen zum Orgasmusgefühl mit beachtet werden, die sich wiederum psychodynamisch einbringen.

25 % der von uns befragten Männer geben an, nach Vasektomie ein intensiveres Orgasmusgefühl zu erleben – ein interessantes Ergebnis, welches gleichsam auf eine Potenzierung günstiger psychosexueller Abläufe nach dem Eingriff hindeuten kann. Wissenswert ist ebenso die Angabe von 115 Männern, nach OP ein unverändertes Orgasmusgefühl zu verspüren. Bei der Bewertung sollte ferner beachtet werden, dass dieser Parameter bekanntermaßen als sensibel und problembehaftet gilt.

Es kommt ferner zum Ausdruck, dass Ejakulation und Orgasmus von unseren Patienten in der Bewertung nicht unbedingt gleichgesetzt werden und somit auch in dieser Statistik die Reduktion eines Orgasmus beim Mann auf die Ejakulation überholt erscheint (5, 45). Hinweis dazu gibt die Messung einer nur geringen Veränderungsrate des Samen-

ergusses nach Sterilisation gegenüber dem Orgasmus. Beides sind aber Parameter, an welche die sexuelle Befriedigung des Mannes geknüpft ist, allerdings stellt der Orgasmus bekanntermaßen eine Reaktion des gesamten Körpers und nicht nur der Geschlechtsorgane dar.

Die Angaben unserer Patienten zeigen, dass sich die Aussagen von Engelmann und Hertle über einen durchaus positiven psychosexuellen Verlauf der Vasektomie bei verantwortungsvoller Vorbereitung auch einzelnen Elementen des sexuellen Reaktionszyklus beim Mann zuordnen lassen (21). Sie untermauern auch die These einer Steigerung des sexuellen Erlebens ohne Angst vor Schwangerschaft. Die sich daraus ergebenden günstigen Elemente für Partnerbeziehung und Selbstwertgefühl werden separat diskutiert, ebenso ist in diesem Zusammenhang auf die protektive Rolle einer ungestörten oder verbesserten Sexualität auf die Männergesundheit hinzuweisen (s. d.).

5.3. Psychosexuelle Störungen und Vasoresektion

Wie aus den Ergebnissen bereits abzuleiten war, sind in unserem Patientengut relativ wenig Männer von psychosexuellen Störungen nach Vasektomie betroffen, vernachlässigen darf man diesen Satz von ca. 3 % aber keinesfalls. Der Vorschlag der WHO, Gesundheit als einen Zustand körperlichen und seelischen Wohlbefindens zu definieren, ist als Wertmaßstab auf keinem Gebiet der Medizin relevanter als auf dem der Psychosexualität.

Auch ist es dem erfahrenen Urologen geläufig, dass positive Behandlungsabläufe allgemein als selbstverständlich angesehen werden, einzelne pathologische Zustände aber als umso folgenreicher für Patient und Arzt gelten. Störungen der Sexualität gehören zu den wichtigsten

Konfliktquellen im menschlichen Leben, sie können zu weiteren psychopathologischen Reaktionen führen und somit ist jeder Einzelfall als problematisch anzusehen (8). Im Alltag sind in der Regel Beeinträchtigungen der sexuellen Funktion keine Zeichen einer seelischen Krankheit, auftretende Konflikte kein Krankheitssymptom, sondern realitätsgerechte Antworten auf Lebensereignisse.

Der Begriff „psychosexuelle Störungen“ und „funktionelle Sexualstörungen“ wird in der Literatur identisch gehandhabt, als psychogenetisch eingeordnet und vom Begriff „sexuelle Dysfunktion“ unterschieden, welcher im Zusammenhang mit organischen Eingriffen, körperlichen Läsionen oder Medikamenten steht (68).

Bemerkenswert scheint, dass die Sterilitätsvasektomie sowohl in ihrer psychogenetischen Bedeutung als auch als organischer Eingriff Beziehungen zu beiden Begriffsgruppen unterhält, was aber den aktuell diskutierten engen Verbindungen zwischen „psychisch“ und „organisch“ entgegenkommt (s. o.).

Aus neuesten, methodisch anspruchsvollen Studien lässt sich eine hohe Verbreitung von sexuellen Funktionsstörungen ablesen. Dabei ist die Datenlage männlicher Störungen besser als weibliche, was einem Vergleich mit den Daten der Sterilitätsvasoresektion entgegenkommt. Sigusch betont, dass eine Gliederung von Leitsymptomen sexueller Funktionsstörungen „weder widerspruchsfrei noch erschöpfend“ möglich ist und weist auf den kulturellen Wandel von Sexualität und sexuellen Symptomen hin, gesteht aber den Zwang einer Katalogisierung ein (68). Um sich auf die wichtigsten Aspekte zu konzentrieren, orientiert sich unsere Diskussion an der praktikablen Klassifikation nach Kockott (s. Methodik).

5.3.1. Störungen der Appetenz / Libidostörungen

Bei Störungen der sexuellen Appetenz oder Libidoverlust nach Vasoresektion muss eine psychogenetische Kausalität in Erwägung gezogen werden, es sei denn, präoperativ wurden Hormondefizite und organische Schäden nicht objektiviert, was im Rahmen einer leitliniengerechten Aufnahmeuntersuchung sehr selten vorkommen dürfte. Dennoch wurden auch bei unserem Patientengut zwei Männer herausgefiltert, die offensichtlich auch präoperativ keinen Geschlechtsverkehr hatten (s. Abb.7), was durchaus einen Fehler bei der Voruntersuchung bedeuten kann.

Zu erwähnen ist dabei, dass der Begriff „Libidostörung“ bevorzugt in der praktischen Medizin (also auch Urologie) als Synonym zur Appetenzstörung benutzt wird und hier den Eindruck einer „endogenen Triebstörung“ fälschlicherweise erwecken könnte (68).

Männer mit diesen Störungen erleben unterschiedlich stark ausgeprägt sexuelles Desinteresse, sexuelle Lustlosigkeit bis zur Aversion, die wiederum zum Rückgang von Aktivität und zum Vermeiden sexuell getönter Situationen führen kann. Eine aufwertende Beachtung fand der Parameter „sexuelles Verlangen“ in der großen Repräsentativumfrage National Health and Social Life- NHSLS (46). Nach Angaben des NHSLS ist ein generelles Ansteigen von Störungen des sexuellen Verlangens gemessen worden. Es kam demnach zu einem Anstieg um 15%, in Hamburg verzeichnete die Beratungsstelle für Sexualität in den letzten 20 Jahren eine Steigerung von 4% auf 16% der Bevölkerung.

Man betont, dass Appetenzstörungen längst kein unbedeutendes Randphänomen mehr darstellen, was folgende Abbildung verdeutlicht:

| Daten zu Störungen des sexuellen Verlangens | |
|---|--|
| NHSLs | Anstieg auf 15 % der Bevölkerung 1990-1994 |
| Hamburger Sexual-Beratungsstelle | Anstieg von 4 auf 16 % in den neunziger Jahren |
| Emmid-Institut Umfrage zur Männer-gesundheit, bei Urologen | 92 % Appetenzstörungen bei Männern mit Hormontief |
| Androlog. Sprechstunde Uni Leipzig, 1984-1994 | 14,6 % Libidostörung mit ED 4,6 % Libidostörungen |
| vorliegende Studie | 15% schwaches sexuelles Verlangen vor OP 4% schwaches sexuelles Verlangen nach OP |

Abb. 30: Vergleich von Literaturangaben zu Störungen des sexuellen Verlangens mit der vorliegenden Studie (20, 46, 67, 71)

Die Auswertung unserer Daten zeigte, dass rein statistisch keine Verschlechterung dieses Parameters nach Sterilitätsvasektomie objektivierbar war. Dies steht im deutlichen Unterschied zu den Prävalenzdaten. Man sollte aber davon ausgehen, dass Störungen der sexuellen Appetenz von Männern schwerer eingestanden werden als andere, mutmaßlich „reparierbare“ Symptome wie Erektions- und Ejakulationsstörungen und durch eine entsprechende urologische Therapie demaskiert werden könn-

ten. Somit ist dieses augenscheinlich positive Ergebnis zu relativieren. Die Patienten, welche nach der Operation ein schwaches sexuelles Verlangen angaben, liegen in der Altersgruppe zwischen 38 und 54 Jahren, eine eventuell zu erwartende Fokussierung nur in die letzten Altersgruppen ist nicht eingetreten.

Im Rückblick auf die eigene urologische Tätigkeit scheint weiterhin diskussionswürdig, dass Libidostörungen eher personenbezogen betrachtet (und behandelt) und im Zusammenhang mit der Sterilitätsvasektomie nicht immer ausdrücklich hinterfragt wurden. Bornemann äußert die Meinung, dass Libidostörungen auch dann als pathologisch anzusehen sind, wenn der Patient seine Bezugspersonen durch sexuelles Desinteresse frustriert und schädigt, was sich in erster Linie auf die Partnerbeziehung auswirken würde (8).

In diesem Sinne wäre das Problem der „Libido“ als psychosexueller Aspekt aufzuwerten, was unter den Bedingungen der alltäglichen Routine im ambulanten Operationsbetrieb sicher nicht selbstverständlich ist, aber künftig mehr Beachtung finden sollte.

5.3.2. Ejakulations- und Orgasmusstörungen

Die Frage nach Störungen von Ejakulation und Orgasmus wird von den Patienten im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Vasektomie öfter gestellt als nach Auswirkungen auf Libido und Erektion.

Eine pauschale Subsummierung von Orgasmusstörungen des Mannes unter Ejakulationsstörungen ist überholt und unvollständig (s.o.).

Als „organisch“ bedingte Ejakulationsstörungen gelten besonders die Ejakulatio retrograda, die organisch bedingte Ejakulatio deficiens und

die Spermatorrhoe – alle Formen spielen bekanntermaßen bei der Sterilitätsvasektomie weder im Schrifttum noch in praxi eine besondere Rolle (33, 54).

Aber die Recherche einer Ejakulation praecox im Zusammenhang mit der Sterilitätsvasektomie scheint aus unserer Sicht von zentralem Interesse, da es sich hier um die häufigste Sexualstörung des Mannes handelt (13, 33, 58).

McMahon geht davon aus, dass 75 % aller Männer Episoden einer Ejakulatio praecox durchmachen, 30-40 % aller Männer sollen unter einer beständigen Ejakulatio praecox leiden (53). Allein diese Prävalenz ließ uns vermuten, dass dieses Problem bei unseren Patienten gleichsam mit eingebracht wurde.

Darüber hinaus wird die Ejakulatio praecox auch als primäres Problem eines vorzeitigen Orgasmus verstanden und stellt somit den größten Anteil der Orgasmusstörungen des Mannes dar (33).

Während zahlreiche Wissenschaftler zur Beschreibung der Ejakulatio praecox quantitative Aspekte in den Mittelpunkt stellen (z.B. Zeit in Sekunden oder Anzahl der Beckenbewegungen), richteten wir uns nach den von Sigusch und Kockott bevorzugten qualitativen Maßstäben. Demnach liegt eine Ejakulatio praecox vor, wenn der Ejakulationsverlauf willkürlich vollkommen unkontrollierbar ist oder vom Mann so erlebt wird und die Partnerin aufgrund dessen keine Möglichkeit hat, einen sexuellen Höhepunkt zu erreichen (45).

In diesem Sinne hinterfragten wir die Ejakulatio praecox nicht nur bei Patienten, die eine Verschlechterung des Samenergusses an sich angaben, sondern auch bei allen anderen negativ abweichenden psychosexuellen Parametern, was aufgrund des bekannten Ergebnisses praktikabel war. Im Endresultat ließen sich nur an zwei Patienten die Kriterien einer

Ejakulatio praecox nachvollziehen. Dieses eindeutige Ergebnis könnte eine Erweiterung des Hintergrundwissens auf psychosexueller Ebene darstellen, sobald dieses Problem vom Patienten angesprochen wird. Während Ejakulatio praecox und vorzeitiger Orgasmus als ein komplexes Problem behandelt wird, grenzt man weitere Orgasmusstörungen als Orgasmushemmung ab.

Daten zur Prävalenz eines vorzeitigen Orgasmus schwanken auf einem hohen Niveau. Stichproben in den USA ermittelten 25-40 % einer Ejakulatio praecox unter den Männern mittleren Lebensalters (33).

Der NHSLs gibt an, dass 29 % der befragten Männer in ihrem letzten durchlebten Jahr mehrere Monate einen vorzeitigen Orgasmus gehabt hätten. Im Gegensatz zur erektilen Dysfunktion fand man keine Alterskorrelation.

Als Orgasmushemmung wird eine Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach einer normalen Erregungsphase oder während einer sexuellen Aktivität bezeichnet (45). 4 % unserer Patienten nennen einen schwächeren Orgasmus nach Vasektomie.

Diese Größenordnung korreliert mit den Angaben zur Ejakulatio praecox, jedoch nicht mit den Prävalenzdaten. Wiederum sollte in Erwägung gezogen werden, ob sich Interessenten zur Vasektomie aus einer psychosexuell stabileren Bevölkerungsschicht rekrutieren und ob eine Psychodynamik zwischen den einzelnen positiv verlaufenden Parametern wirkt.

5.3.3. Erektionsstörungen

Offenbar geht ein Großteil der Patienten davon aus, dass die Vasektomie für die Erektion ohne Folgen ist, was auch diese Arbeit belegt. Aussagen zum psychosexuellen Stellenwert und zur Prävalenz sind genauso hoch einzuschätzen wie bei der Ejakulatio praecox, aber im Gegensatz zu den bereits diskutierten Parametern gilt als allgemein bekannt und gesichert, dass die erektile Dysfunktion zur Vasektomie kaum eine Komorbidität darstellt.

2% aller operierten Patienten gaben an, lediglich mit einer leichten Erektionsstörung (E4) konfrontiert worden zu sein, ohne sie als unmittelbare Folge der Vasektomie einordnen zu können. Darüber hinaus wäre die Erektionsstörung wohl der Parameter, welcher vom Patienten im Rahmen der Abschlussuntersuchung primär beklagt würde und bei einem signifikanten Auftreten das weltweite Etablieren dieses Eingriffes wesentlich eingeschränkt hätte.

Dass die Vasektomie bei ordnungsgemäßer Durchführung keinen Einfluss auf die physiologischen Abläufe der Erektion hat (keine Läsion von Nerven und Gefäßen), gilt seit Jahrzehnten als gesichert (44).

Eine Aufschlüsselung in Schweregrade (Porst, IIEF) und ein Herausfiltern aller nicht psychogenen Mechanismen (neurogen, vaskulär, hormonell, anatomisch, medikamentös etc.) wurde im Rahmen der psychosexuellen Befragung nicht angestrebt, aufgrund der sehr geringen Abweichung von nur drei Patienten war aber deren Identifikation und Zuordnung zum Schweregrad „E4“ (= volle Tumescens, mittlere Rigidität) praktikabel. Im Vergleich mit den Prävalenzangaben des National Health and Social Life Survey und weiteren Daten ergab sich keine Korrelation. Einen Überblick dazu gibt Abbildung 31.

| | |
|--|--|
| Spector and Carey (23 Studien zur Prävalenz der ED, 1990) | 4-9 % |
| NHSLS, 1994 | 10,4 % |
| MMAS (Massachusetts Male Aging Study) | 52 % zwischen 40 und 70 Jahren |
| Kölner Sexualberatungsstelle | 10 % der 40-49-jährigen |
| (gibt Zuwachs der ED in Deutschland von 5 auf 7 Mill. an) | 15,4 % der 50-54-jährigen |
| vorliegende Studie nach Sterilitätsvasoresektion | 3 Patienten von 163 im Stadium E4 nach Porst |

Abb. 31: Prävalenzdaten zur erektilen Dysfunktion (4, 23, 46, 73) und Patienten der Studie

Es wird nochmals deutlich, dass kaum Patienten mit einer erektilen Dysfunktion einer Sterilitätsvasektomie zugeführt wurden bzw. dass eine eigentliche Erektionsstörung nach diesem Eingriff nicht angegeben wird.

5.3.4. Ursachen der ermittelten Störungen

Obwohl sich signifikant wenig Patienten mit psychosexuellen Störungen ermitteln ließen, sollten Möglichkeiten ihrer Entstehungsursache an-diskutiert werden. Für alle o. g. Formen gelten individuumbezogene und partnerschaftsbezogene Ursachen aber auch Defizite bei sexuellen Erfahrungen und Versagungsängste, die einem Selbstverstärkermechanismus unterliegen können (8). Das Zusammenspiel von Lebenserfahrungen, Lebensbedingungen und Persönlichkeitseigenschaften führt meist zu einem ganzen Ursachenbündel.

Von führenden Sexualmedizineren wird der Angst bei der Entwicklung von Sexualstörungen eine wichtige Rolle zugeteilt (13, 15, 33, 45).

Neben Ängsten des Kontrollverlustes über Emotionen, Ängsten vor Selbstaufgabe oder vor übermäßiger Abhängigkeit betonten Masters und Johnson die Leistungsangst (52). Sie beschrieben, dass vor allem bei Männern Ängste das autonome Nervensystem und damit die sexuelle Erregung hemmen.

Diesen Versagungsängsten werden bei Störungen der Ejakulation und der Erektion eine Schlüsselrolle zugewiesen (33, 54).

Inkompetenzängste können zu verinnerlichten sexuellen Leistungs-normen und damit zu einer Art „Orgasmuszentriertheit“ führen (45).

Männer, die zu einer Sterilitätsvasektomie bereit sind, scheinen in partnerschaftsbetonten Beziehungen zu leben. Die ermittelten Ergebnisse würden somit eine qualifizierte Auswahl durch den behandelnden Urologen in den meisten Fällen belegen. Es kann geschlussfolgert werden, dass der in Deutschland praktizierte Ablauf einer Sterilitätsvasektomie wenig Risiko für eine sexuelle Funktionsstörung in sich birgt, allerdings werden zunehmend „epidemiologische und demographische“ Aspekte, insbesondere der erektilen Dysfunktion und der Ejakulatio preacox

erwähnt. Solch eine „modere Prävalenz“ (s. d.) könnte bei unseren künftigen Patienten eine wachsende Rolle spielen.

Diese für Deutschland formulierte Schlussfolgerung steht selbstverständlich im Kontrast zu anderen Kulturkreisen aber auch zu anderen Industrienationen. Während in den USA Sterilitätsvasektomien in einem viel jüngeren Alter möglich sind und die Wahrscheinlichkeit von psychosexuellen und -sozialen Problemen und Korrekturen (Refertilisierungsrate) größer ist (9, 17), erweist sich der Gedanke an eine Sterilisation des Mannes in islamisch geprägten Ländern meist als ein Tabu.

Zusammenfassend lässt sich bemerken, dass der Ablauf einer Sterilitätsvasektomie in unseren Praxen bei der Entwicklung von sexuellen Störungen eine weitestgehend untergeordnete Rolle spielt. Als Hauptursache bleiben die in der klassischen Literatur beschriebenen, nicht herausgefilterten präoperativen Probleme, deren Größenordnung auch anhand dieser Studie im einstelligen Prozentbereich liegt.

Im Vergleich zur Jugendsexualität, die nach Starke durch eine Zunahme von Kompetenz- und Versagungsängsten beeindruckt, scheinen Männer, die den partnerschaftlichen Entschluss zur Vasektomie fällen, verhaltenssicherer und lebenszugewandter zu sein (67).

5.3.5. Psychosexuelle Situation der Partnerschaft

Goebel et al konnten 1987 herausarbeiten, dass Männer, die zur Vasektomie bereit sind, in partnerschaftsbetonten Beziehungen leben.

Partnerschaftliche Interaktion sei eine Voraussetzung für spätere Zufriedenheit, Männer mit vorbestehenden Partnerschaftskonflikten würden auch postoperativ eine Problemgruppe darstellen. Er verglich zufriedene vasektomierte Männer mit unzufriedenen refertilisierungswilligen Männern (30, 31).

Vor dem Hintergrund, dass Kontrazeption die Angelegenheit beider Partner und ein Beleg für Gemeinsamkeit und gegenseitige Achtung sein sollte, erscheinen die Angaben „Verbesserung der Partnerbeziehung“ bei 12 Patienten, eine gemeinsame Entscheidung zur OP (Partnerentscheidung) von 79,9% und eine stabile Partnerschaft von 91% als ein positives Ergebnis. Eine isolierte Bewertung dieser Zahlen erlaubt aus unserer Sicht noch keine ausreichende Widerspiegelung der postoperativen sexuellen Situation des Paares, wohl aber nach Berücksichtigung der noch erhobenen Daten zu sexuellen Funktionen oder Störungen. Anhand der geringen Zahl von drei Patienten, die eine Verschlechterung der Partnerbeziehung signalisieren, wird eine Diskrepanz zu anderen statistischen Angaben deutlich. So lassen die Daten des statistischen Bundesamtes eine grundsätzlich schlechtere Allgemeinsituation erkennen, als in dem hier betrachteten Patientenkollektiv. Es wurden 2002 in Deutschland 197.498 Ehen geschieden, was fast die Hälfte der Anzahl von Eheschließungen entspricht (389.591 für 2002). Die angegebene postoperative Verschlechterung der Partnerbeziehung (drei Patienten) liegt in ähnlichen Größenordnungen wie die ermittelten Verschlechterungen des sexuellen Verlangens, Genuss des Geschlechtsverkehrs, Erektion, Ejakulation und Orgasmusgefühl.

Die hier erkennbare Tatsache, dass Sexualstörungen und Partnerprobleme immer gemeinsam existieren, sollte auch auf die Kontrazeption durch Sterilitätsvasektomie angewandt werden. Erst die Einbeziehung möglichst vieler psychosexueller Aspekte erlaubt Rückschlüsse auf die Paarsituation. Auch der niedrige Prozentsatz an ermittelten Sexualstörungen kann den Partner nicht unbeteiligt lassen. Die Sexualsphäre als Teil der partnerschaftlichen Kommunikation wird in die Störung mit einbezogen. Beide Bereiche können sich gegenseitig bedingen und potenzieren (55, 79).

Im ambulanten urologischen Praxisalltag kann die Erfassung dieser partnerdynamischen Prozesse nicht erwartet werden. Es soll jedoch deutlich werden, dass die Verschlechterung auch nur eines Parameters eine solche negative Entwicklung hervorrufen kann und daher dieses Hintergrundwissen bei der präoperativen Beratung des Paares von Nutzen sein könnte. Eine gestörte Sexualität hat paardynamisch einen viel höheren Stellenwert als eine „normale“ Sexualität (3).

Umgekehrt lässt sich die statistisch ermittelte Stabilität und Verbesserung der Partnerbeziehung mit den einzelnen Verläufen sexueller Parameter untermauern.

Die an unseren Patienten ermittelten Daten stellen also nicht nur eine verbal geäußerte postoperative Zufriedenheit dar, sondern offensichtlich eine elementare Verbesserung der Paarbeziehung im Einklang mit wichtigen psychosexuellen Parametern. Als sehr interessant erachteten wir die Gegenüberstellung der von Günther beschriebenen psychosexuellen Verläufe von sterilen Ehen mit den Hauptaussagen dieser Studie (32):

| Psychosexuelle Parameter | sterile Ehe (nach Günther) | Studie zur Sterilitäts-vasoresektion |
|--------------------------------|--|--|
| Zufriedenheit mit Sexualleben | Desinteresse, Aversion | Stabilität, Verbesserung bei den meisten Patienten |
| Sexuelles Verlangen | gehemmt depressiver Protest + Libidoverlust | bessere Einschätzung bei 36 Männern |
| Genuss des Geschlechtsverkehrs | Übergang spontaner Lustempfindung in rationelle Zweckerfüllung | überwiegend starker Genuss prä- und postoperativ |

| | | |
|----------------------|---|--|
| Partnerbeziehung | Instabilität, außereheliche Abreaktion | Stabilität, Paarscheidung zu OP, 9% Verbesserung |
| Selbstwertgefühl | Identitätsverlust des Mannes | Stabilität |
| Erektion/Ejakulation | Störung als Reaktion auf narzisstische Kränkung | 2 Pat. Ejak. preacox, 3 Pat. leichte ED (E4) |

Abb. 32: Vergleich psychosexueller Parameter steriler Ehen (nach Günther) mit den ermittelten Angaben zu psychosexuellen Aspekten der Sterilitätsvasektomie

Die beschriebenen Verläufe können aus unserer Sicht nicht nur mit dem bereits erwähnten „Selektionseffekt“ erklärt werden (vor allem paarbewusste Männer melden sich zur OP), sondern ist Ausdruck der prognostisch sehr wichtigen kommunikativen Kompetenz und einer eventuell stattfindenden Psychodynamik.

Die gemeinsame Entscheidung zur OP (81 %) als Paar könnte zu einer Verbesserung der Kommunikation führen, nicht nur als Selbstzweck, sondern auch als Überwindung von Stagnation. Neue Lösungen würden die Selbstachtung und den gegenseitigen Respekt steigern. Interessant erscheinen in diesem Zusammenhang Untersuchungen zur venösen Potenzchirurgie von Brähler et al. Das wichtigste Ergebnis bestand nicht etwa darin, dass die Erektion wesentlich verbessert werden konnte, sondern, dass die Paare nach einer solchen Operation wieder über die eigene Sexualität miteinander ins Gespräch kamen (10).

95 % unserer Patienten gaben ein stabiles und unverändertes Selbstwertgefühl an, 5 % schätzten diesen Aspekt mit einer Steigerung ein. Während bei der klassischen psychoanalytischen Betrachtung das Selbstwertgefühl von Männern vor allem mit „Potenz“ und „Funktionieren“ in Zusammenhang gebracht wird, könnten die hier ermittelten Daten Ausdruck einer Bereicherung partnerschaftlicher Sexualität sein, in der Versagungsängste kaum eine Rolle spielen. Seikowski und Starke weisen auf neue Trends im Geschlechterverhältnis von Mann und Frau in den letzten drei Jahrzehnten hin: Es werden individuelle Kompromisse für das beidseitige Sexualverhalten gefunden, eine zentrale Bedingung jeder sexuellen Beziehung scheint zu sein, dass nur geschieht, was beide Partner wollen (67).

In diesem Sinne müsste der gemeinsame partnerschaftliche Entschluss zur Vasoresektion als Impuls zur Aktivierung der Kommunikation mit positiver Auswirkung auf die Kontaktfindung zu Wünschen und Gefühlen des Partners beachtet werden. Umgekehrt bringen sich die stabilisierten bzw. leicht verbesserten psychosexuellen Parameter in diese Paardynamik ein. Die kommunikative Kompetenz des Paares ist auch beim psychosexuellen Verlauf der Sterilitätsvasektomie als prognostischer Faktor zu bewerten.

33 % der befragten Männer gaben an, dass wirtschaftliche bzw. finanzielle Überlegungen für den Entschluss zur Sterilisation von Bedeutung waren. Dabei spielten insbesondere die für die verhütende Partnerin bestehenden Kosten eine Rolle. Es konnte aber beobachtet werden, dass Kostenfragen zur Kontrazeption vor allem in den gynäkologischen Praxen aufgeworfen wurden. So müssen bei einer zehnjährigen Einnahme von Ovulationshemmern mindesten 650 Euro veranschlagt werden, die reinen Materialkosten für einen IUP (Intrauterinpeessar) belaufen sich im üblichen fünfjährlichen Abstand bei 145-260 Euro. Demgegenüber steht die Tatsache, dass in der DDR der Empfang der Pille kostenfrei

per Rezept möglich war und nach der Wende wiederum bis 31.12.2003 die Sterilitätsvasektomie eine GKV-Leistung gewesen ist. Die Ankündigung durch das Gesundheitsministerium, ab 2004 diesen Eingriff als Privatleistung einzustufen, erhöhte zum Jahresende (2003) die Nachfrage zur OP in den Praxen signifikant. Das ergaben beispielsweise Auswertungen im Rahmen einer andrologischen Weiterbildung der Brandenburger Urologen am 15.11.2003 in Potsdam.

Dahm et al ermittelten in Wörth am Rhein bei 185 gesetzlich Versicherten eine 88%ige Bereitschaft einer eventuellen Selbstzahlung (16). Diese Einstellung konnte in Eisenhüttenstadt nicht beobachtet werden, das Patientenkontingent setzte sich hauptsächlich aus Arbeitern des ehemals sozialistisch geführten Hüttenwerkes zusammen, deren Angestelltenzahl von 16.000 auf 2.700 reduziert wurde. Das Einkommen erreichte knapp den vom statistischen Bundesamt für die neuen Bundesländer angegebenen Monatsnettolohn von 1.400 Euro. Das Problem der Arbeitslosigkeit und sozialen Unsicherheit klang gelegentlich in den Vorgesprächen an.

Wir gehen davon aus, dass in der aktuellen Situation der behandelnde Urologe nicht automatisch von intakten wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnissen des Paares ausgehen kann und Interaktionen mit psychosexuellen Fragen durchaus möglich sind.

5.3.6. Vasektomie und Funktionswandel in der Sexualität

Die aktuelle Diskussion über männliche Sexualität ist derzeit vom Begriff des „Funktionswandels“ geprägt (11, 20, 67). Als durchaus positiv betrachtet man die bereits oben erwähnte Erweiterung der Beziehungsfunktion beider Geschlechter um die Kommunikationsfunktion. Manche Autoren bezeichnen die Sexualität als einzigen Weg, in einer von Isolation und Unzugänglichkeit gefärbten Gesellschaft Dinge wie Intimität,

Vertrautheit und Nähe herzustellen. Dabei wird auch eine „Romanisierung“ männlicher Sexualität erwähnt. Der englische Soziologe Anthony Giddens ermittelte, dass mehr als ein Drittel aller Männer eine befriedigende Sexualität nur mit einer von ihnen geliebten Partnerin erwarten (29). Der hohe Anteil des gemeinsamen, als Partner getroffenen Entschlusses zur Sterilitätsvasektomie könnte ein Indiz für diese Zusammenhänge sein, ebenso der überwiegend stabile und teilweise positivere psychosexuelle Verlauf nach dem Eingriff.

Andererseits beobachtet man einen starken „Rationalisierungsschub“ der Sexualität mit der Konsequenz, dass Spontanität, Ursprünglichkeit und Triebhaftigkeit aus dem sexuellen Zusammensein verschwinden zugunsten einer Sexualität des Verhandeln, in der Beobachtung, Reflexion und Vereinbarung dominieren (11, 67, 68). In dieser Situation ist es nur noch eine kurze Strecke zu sexuellen Funktionsstörungen, die ihrerseits wiederum auch industrie- und marktgesteuert thematisiert werden. Sexuelle Potenz (p. coeundi) hat in der Gesellschaft eine stärkere, vorher ungeahnte Publizität erlangt als die Potenz zur Fortpflanzung (p. generandi). Die hier ermittelten Ergebnisse sprechen bei unserem Patientengut eher gegen einen Beitrag zu diesem gesellschaftlichen Phänomen, eine entgeltliche Erklärung müsste aber in größeren, eventuell interdisziplinär vernetzten Studien erfolgen. Wie bereits aufgezeigt wurde, kann die Vasektomie als Auslöser von Sexualstörungen nur selten in Betracht gezogen werden, im Rahmen des Funktionswandels der Sexualität sollten diese Dimensionen jedoch beobachtet werden.

5.3.7. Prävalenz männlicher Sexualstörungen und Vasektomie

Nach Bornemann sind mehr als die Hälfte der erwachsenen Männer zwischen 25 und 50 Jahren sexuell gestört (8). Als Ursache werden in

Deutschland besonders die sich rasch verändernden gesellschaftlichen Bedingungen für Sexualität, Partnerschaft und Familie genannt.

Laut Hartmann zählen sexuelle Funktionsstörungen zu den am stärksten unterdiagnostizierten und unbehandelten Krankheitsbildern, obwohl Urologen und Psychologen gute Therapieoptionen vorhalten können (34). Ein Vergleich von veröffentlichten Angaben zur Prävalenz von Sexualstörungen und den ermittelten Hinweisen aus dem Kollektiv unserer vasktomierten Männer ergibt eine erhebliche Diskrepanz. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass immer noch von einer weichen Datenlage in unzureichender Menge, Qualität und Aktualität ausgegangen werden muss. Die Ursachen dafür liegen nicht nur in der mangelnden Forschungssituation, sondern an der Komplexität und Kompliziertheit des Problems und an Fragen der Definition (6).

Eine aktuelle Verbesserung dieser Situation ist großen Studien wie NHSLs oder MMAS zu verdanken, aber auch den Datenerhebungen großer Beratungsstellen in München, Hamburg, Kiel oder Köln (23, 46, 68, 71).

Eine Gegenüberstellung der wichtigsten Daten zu den Studienergebnissen wurde anhand der einzelnen Parameter bereits durchgeführt (s.o.). Hier wird deutlich, dass in einer ähnlichen Altersgruppe bei Parametern wie Libido-, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen keine Korrelation zu den deutlich niedrigeren Raten in unserem Patientengut abzulesen war. Dies sollte aber nicht allein auf die bereits erwähnte „positive Selektion“ paarbetonter, sexuell aktiver und operationsmotivierter Männer zurückzuführen sein. Relativierungen ergeben sich auch aus weiteren Diskrepanzmöglichkeiten, insbesondere auch zwischen Prävalenz und Therapiewunsch, was besonders für das Problem der „Orgasmusstörungen“ beschrieben wurde. Ambivalenzen beobachtete man dagegen bei Appetenzstörungen.

Immerhin gaben 24 Patienten vor der Sterilitätsvasektomie ein nur schwaches sexuelles Verlangen an, 22 Patienten waren mit ihrem Sexualleben unzufrieden.

Bei zwei Patienten stellte sich heraus, dass sie vor der Operation keinen Verkehr hatten. Hier muss man kritisch hinterfragen, ob das schon präoperativ bekannt war, bzw. wie die Anamnese erhoben wurde. Primär würde man eine Sterilisation solcher Patienten ablehnen. Diese Daten sind natürlich kein echter Anhalt dafür, dass sich eine steigende Prävalenz von Sexualstörungen automatisch in das Patientengut dieser Operation einbringt. Dennoch könnte von ihnen der Impuls eines geschärften Pro-blembewusstseins für den Operateur ausgehen. In diese Überlegungen wären beispielsweise auch die zwei Patienten mit postoperativer Ejakulatio praecox einzubeziehen, die ja eine sexuelle Funktionsstörung darstellen.

Zu einem scheinbaren Anstieg von Prävalenzdaten könnte auch ein marktgesteuertes steigendes Angebot an Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten führen, die der erfahrene Urologe jedoch kritisch und indikationsgerecht anwenden sollte.

5.3.8. Urologisches Vorgehen und psychosexuelle Aspekte

Urologische Standardliteratur, Publikationen und Vorgaben des Arbeitskreises Andrologie reflektieren zunächst ein Bewusstsein für psychosoziale Probleme der Sterilitätsvasektomie.

Besonders Weidner weist auf die „Kunst des Arztes“ hin, problematische Konstellationen zu erkennen und den Patienten entsprechend zu führen (74).

Eine „Gefälligkeitssterilisation“ sollte mit größter Zurückhaltung betrachtet werden, die Einwilligung der Partnerin wird begrüßt aber nicht verlangt. Nach seiner Meinung gehört die Beurteilung von Alter, Kinderzahl und „psychische Stabilität der ehelichen Gemeinschaft“ zu einem „Leitfaden“ für die Auswahl der Patienten. Er warnt vor einem unwissentlichen Eingriff des Urologen in eine eventuell bestehende Paarproblematik. Als immer wieder problematisch wurden Männer diskutiert, die im Grunde keine Sterilisation wünschen, diesen Eingriff aber auf Wunsch der Partnerin durchführen ließen (56). Engelmann und Hertle beleuchten das Auswahlverhalten von Urologen, die einerseits eine gewisse Kinderzahl fordern und gegebenenfalls die Chancen einer Refertilisierung „bewusst minimiert“ angeben und damit Einfluss auf die OP-Entscheidung nehmen (22).

Immer wieder müssen Gespräche mit sehr jungen Patienten geführt werden, die aus „weltanschaulichen“ Gründen keine Nachkommen erzeugen wollen oder mit kinderreichen sozial schwachen Paaren, die nie über die Möglichkeit der Sterilitätsvasektomie informiert wurden. Erfahrungsaustausch und Weiterbildungsveranstaltungen belegen, dass eine Sensibilität für diese Fragen wohl von den meisten Urologen mitgetragen wird und bisher berufsethisch verankert scheint.

Die Beachtung von prognostischen Faktoren wie sozioökonomischer Status, Partnerqualität und sexuellem Interesse könnte forciert werden, aber insgesamt hat das Einbringen von psychischen und sozialen Ansichten in der urologischen Praxis in Deutschland bisher einen festen Platz in der täglichen Arbeit. Diese Einstellung scheint auch einer rein marktorientierten Sterilisation bzw. Refertilisierung auf Nachfrage ohne Berücksichtigung der oben genannten Punkte standzuhalten, wie sie Erfahrungsberichten aus den USA zu entnehmen sind. Dort ist eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur bei beiden Eingriffen in deutlich jüngere Lebensabschnitte nachzulesen (51).

Die Reflektion von psychosexuellen Parametern wie Libido, Orgasmus, Ejakulation, sexuelle Aktivität als Bestandteile psychosexueller Gesundheit könnten dieses Vorgehen erweitern. Einen Anstoß gibt wiederum Weidner, der eine Verbesserung der sexuellen Aktivität nach Sterilitätsvasektomie andeutet.

Die überwiegend stabilen Verläufe und teilweisen Verbesserungen der hier gemessenen Parameter kann zumindest eine unbewusste Konformität der urologischen Bemühungen bei der Einhaltung der selbstgestellten psychosozialen „Eckpunkte“ mit psychosexuellen Grundfragen bedeuten, ungewollte Schäden in diesem Bereich scheinen sich nur auf problematische Einzelfälle zu beziehen. Die Daten könnten dazu dienen, Fragen zur postoperativen Qualität des Sexuallebens noch konkreter zu beantworten und Ängste abzubauen.

Somit ergibt sich der Vorschlag, auch im Rahmen der Sterilitätsvasektomie die Förderung psychosexueller Gesundheit bewusst als Ziel zu formulieren und die urologische Sichtweise als verantwortlicher Operateur zu erweitern. Dabei ließen sich ebenfalls die Grenzen unseres Fachgebietes besser identifizieren, was einer Zusammenarbeit mit Psychologen bzw. Sexualmedizinerinnen zugute käme.

Außerdem sollte die Rolle der Sterilitätsvasektomie nicht überschätzt werden. Den Patienten könnte mit dem erworbenen Hintergrundwissen bei Bedarf dargelegt werden, dass die Sterilitätsvasektomie keinesfalls eine „Potenzoperation“ ist.

So stellt auch laut Porst chirurgische Therapie einer primär psychischen Störung einen Widerspruch in sich selbst dar, denn meistens führe dies in der Medizin zu einer Verschlechterung der Situation (61).

In einer Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung – Analysis of Health Case in Sexual and Gender Identity Disorders – wurde eine Unter- und Fehlversorgung von Sexualstörungen ermittelt (6, 71). Dabei

scheint sich aber die Erkenntnis durchzusetzen, dass die therapeutische Zielstellung nicht nur auf reine Symptom- oder Funktionsveränderung beruhen darf, sondern sexuelle Gesundheit in einem breiten Verständnis für die Lebensqualität steht. Diese Gedankengänge könnten das Prozedere zur Sterilitätsvasektomie in der urologischen Praxis optimieren und Befürchtungen einer fortschreitenden „Medikalisierung“ und einseitigen Organbezogenheit entgegentreten (66, 72).

5.3.9. Aufklärungsgespräch und psychosexuelle Aspekte

Weidner bezeichnete das ausführliche Gespräch mit beiden Ehepartnern als Voraussetzung für eine erfolgreiche Sterilitätsvasektomie im „psychischen Bereich“ und sieht postoperative psychische Probleme fast immer in einem präoperativen Ursprung (74).

Inwieweit ein solches Gespräch realisiert wird, ist von zahlreichen Faktoren abhängig und sicher nicht selbstverständlich. Auch die Situation des Urologen kann sich in Fragen der Religion, kulturellen Herkunft, Mentalität, Alter und Lebenserfahrung, ökonomischen Zwängen bis hin zu sprachlichen Barrieren bereits innerhalb Deutschlands erheblich unterscheiden.

Diskussionswürdig ist aus unserer Sicht auch das in Deutschland breit eingesetzte und in unserer Fachzeitschrift „Urologe B“ anfang der neunziger Jahre publizierte „Einwilligungs- und Verzichtserklärungsformular“. Hier werden die Patienten anhand von vier Punkten auf die Folgen der Sterilitätsvasektomie hingewiesen.

Unter Punkt 4 heißt es wörtlich: „Schließlich können in einzelnen Fällen neben den körperlichen auch psychische Veränderungen eintreten. Sie äußern sich infolge der Unfruchtbarkeit in einem Gefühl mangelnder Vollwertigkeit und dadurch bedingt einem Nachlassen der sexuellen Potenz“.

Dies ist aus unserer Sicht ein recht knapper Hinweis auf psychosexuelle Aspekte, deren Bedeutung vom unterzeichnenden Patienten rasch erkannt werden könnte und primär der Informationspflicht dient. Dazu kommt, dass die Inanspruchnahme von sexuellen Beratungen und Behandlungen immer noch unterpräsentiert ist.

Dunn et al arbeiteten dafür vier hauptsächliche Gründe heraus (18):

- Hemmungen auf Seite der Patienten
- mangelnde Kenntnisse, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt
- Unterschätzung von sexuellen Problemen in ihrer Bedeutung und in ihrem Vorkommen von der Ärzteschaft
- Berührungängste, mangelnde Fachkenntnisse.

Hartmann spricht von einer immer noch bestehenden „Sprachlosigkeit“ in Bezug auf sexuelle Störungen bei Patienten und Ärzten (5).

Im Rahmen der v. MORI-Studie (Corrado 1999) wird bestätigt, dass 83 % der über vierzigjährigen Männer noch nie auf Fragen der Sexualität angesprochen wurden. Andererseits sind es 84 % dieser Gruppe, die bisher keinen Arzt in dieser Problematik ansprachen, im subjektiven Erleben spielen psychosoziale Faktoren (v. a. Angst, Stress und Partnerprobleme) als Ursachen eine zentrale Rolle (14).

All diese Gesichtspunkte könnten in einem Summationseffekt zu einem Beratungsdefizit im psychosexuellen Bereich führen, welches beispielsweise von Kliesch 1998 in einer Analyse zur Sterilitätsvasoresektion beschrieben wurde (44). Eine Verstärkung dieses Defizites wäre durch die zunehmende Prävalenz von sexuellen Störungen oder durch eine verzerrte Thematisierung der Sexualität in den Medien denkbar. Um dieses aufzufangen, müsste man eine Erweiterung und Aufwertung des psychosexuellen Anteils sowohl im Aufklärungsbogen als auch im prä-

operativen Beratungsgespräch anstreben, bestätigt durch die hier gefundenen Nachweise stabiler und gebesserter psychosexueller Verläufe.

Die Bereitschaft der Männer, Auskünfte zu Fragen der sexuellen Zufriedenheit, des Genusses des Geschlechtsverkehrs oder zum Selbstwertgefühl zu erteilen, deckt ein gesteigertes Gesprächsinteresse auf, welches offensichtlich über den Möglichkeiten des präoperativen Gespräches liegt.

Der Aufklärungsbogen könnte Hintergrundwissen zu Fragen der sexuellen Lebensqualität signalisieren und den Patienten motivieren, einzelne psychosexuelle Parameter wie Libido, Orgasmus und Ejakulation anzusprechen.

Das Beratungsgespräch sollte neben der routinemäßigen Anwendung der bekannten psychosozialen Auswahlkriterien ebenfalls Aspekte der psychosexuellen Gesundheit aufnehmen und dabei der Partnerbeziehung einen bevorzugten Stellenwert einräumen. Der richtige Weg zur Kontrazeption kann nur bei Kenntnis der Partnereinstellung gefunden werden (5).

Das bereits von Masters und Johnson empfohlene Konzept einer verbalen Intervention wäre auch im urologischen Praxisalltag denkbar:

- zeitbegrenzte und zielorientierte kompakte Beratung
- Korrektur von Lerndefiziten, gezielte Anregung zur Verhaltensmodifikation

Kenntnisse zu wichtigen psychosexuellen Parametern könnten die kommunikative Kompetenz des beratenden Urologen stärken, den Patienten vor falschen Erwartungen schützen und Klischees, Mythen und Normen unter immer komplizierter werdenden Lebensbedingungen abbauen.

6. Beurteilung und Ausblicke

Die Empfehlung der WHO, Gesundheit als einen Zustand körperlichen und seelischen Wohlbefindens zu verstehen, ist als medizinischer Wertmaßstab für den psychosexuellen Bereich besonders relevant. Ergänzt und aktualisiert wird diese These durch die Arbeitsgruppe Mann und Gesundheit in Bern (MaGs), die Gesundheit als Voraussetzung zur Erfüllung individueller, familiärer und sozialer Rollen im Leben und damit einen Beitrag zum Funktionieren von Familien, Freundschaften und Gemeinschaften sieht.

Der operativ tätige Urologe muss bei Eingriffen am äußeren Genitale des Mannes Veränderungen dieses Bereiches im Blickfeld haben. Dies betrifft besonders die Sterilitätsvasektomie als eine der am meisten durchgeführten ambulanten Operationen in den urologischen Praxen. Die alleinige Fokussierung psychischer Verläufe nach der Operation unter der Rubrik „Komplikationen“ scheint nicht mehr zeitgemäß, Aspekte der psychosexuellen Gesundheit sind ebenfalls in die Betrachtungsweise aufzunehmen, Fragen nach psychosexuellen Vorteilen gewinnen bei Patienten und Arzt gleichermaßen an Bedeutung.

Mit Hilfe erprobter Vorgaben aus der Sexualmedizin lassen sich praxisnahe psychosexuelle Parameter formulieren und mit den Patienten besprechen. Das Fehlen von standardisierten Fragebögen, die sich auf die Sterilitätsvasektomie beziehen, macht derzeit die Entwicklung eigener Fragemodule notwendig.

Der überwiegende Anteil sterilisierter Männer steht Befragungen zur Sexualität aufgeschlossen und interessiert gegenüber. Dabei sind psychologische Grundregeln am besten durch interdisziplinäre Rückkopplung anzustreben (Itemkonstruktion, Trennschärfe).

Als informativ und praktikabel erweisen sich Fragen nach dem sexuellen Verlangen, Genuss des Geschlechtsverkehrs, Partnerbeziehung, Selbstwertgefühl, Orgasmusgefühl und Ejakulation – sie erweitern das Hintergrundwissen zur sexuellen postoperativen Patientenzufriedenheit, deren Verbesserung bisher mit dem Wegfall der Schwangerschaftsangst begründet wurde.

Dynamisch positiv wirkende Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Parametern, die letztlich in einer befriedigend erlebten, gesteigerten sexuellen Aktivität münden, scheinen für die stabilen und verbesserten psychosexuellen Verläufe verantwortlich zu sein.

Dabei ist der kommunikativen Kompetenz des Paares eine zentrale Rolle zuzuschreiben, welche zudem aus Anlass der gemeinsam geplanten Kontrazeption aktiviert wird, die sich einbringenden gebesserten Parameter können eine positive Paardynamik auslösen.

Bei dieser Datenlage, die im normalen Alterungsprozess einer Ehe eine etwas bessere sexuelle Lebensqualität gegenüber Paaren ohne Sterilitätsvasektomie andeutet, sind die seit längerem bekannten Selektionsmechanismen für diesen Eingriff durch Arzt und Patienten Klientel weiter wirksam und einflussreich (11, 21, 75).

Somit überwiegen durch stabile und gebesserte Verläufe positive psychosexuelle Effekte, die aber von verzerrten Einstufungen der Sterilitätsvasoresektion von Seiten des Patienten als „Potenzoperation“ abzugrenzen sind, falschen Erwartungen ist entgegenzuwirken.

Sexuelle Funktionsstörungen im Patientengut der Sterilitätsvasektomie sind problematische Einzelfälle, denen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, da Störungen der Sexualität zu den wichtigsten Konfliktquellen im menschlichen Leben gehören und die Verschlechterung auch nur eines Parameters eine negative Entwicklung potenziert,

eine gestörte Sexualität hat paardynamisch einen viel höheren Stellenwert als eine „normale Sexualität“.

Im urologischen Praxisalltag sind diese, sich im Vorfeld des Eingriffes befindenden individuums- und partnerbezogenen Umstände nicht immer erfassbar, psychosexuelles Hintergrundwissen durch diese Studie könnte die Sichtweise in diesem Bereich schärfen.

Als Auslöser von Sexualstörungen kann die Vasektomie nur selten in Betracht gezogen werden, im Rahmen des derzeit aktuell diskutierten Funktionswandels männlicher Sexualität mit Dominanz einer Sexualität des Verhandels, der Beobachtung, Reflexion und Vereinbarung kann mit neuen Trends gerechnet werden.

Es gibt momentan keinen echten Anhalt dafür, dass sich die steigende Prävalenz von Sexualstörungen automatisch in das Patientengut der Sterilitätsvasektomie einbringt, ihre Kenntnis sollte aber das Problembewusstsein des Operateurs stärken. Eine zunehmende Bedeutung scheinen Libidostörungen zu spielen, die von Erektions- und Ejakulationsstörungen maskiert werden könnten und längst kein Randphänomen mehr darstellen.

Das bisherige urologische Vorgehen beachtete gemeinsam gestellte psychosoziale Leitlinien, was sich auch in der ermittelten Altersstruktur äußert. Die Operationsstatistik in den Neuen Bundesländern wird zum Teil von einem Bevölkerungsschwund beeinflusst, soziale und finanzielle Probleme spielen anteilig eine Rolle.

Wertfreies, rein marktorientiertes Operieren mit Verlagerung von Sterilisation und Refertilisierung in jüngere Altersgruppen wird offensichtlich nicht praktiziert. Darüber hinaus ergibt sich der Vorschlag, auch im Rahmen der Sterilitätsvasektomie die Förderung psychosexu-

eller Gesundheit bewusst als Ziel zu formulieren und Tendenzen einer fortschreitenden Medikalisierung zurückzuweisen.

Nach wie vor gilt die ausführliche Beratung als Voraussetzung für eine erfolgreiche Sterilitätsvasektomie im psychischen Bereich, dabei wäre eine Aufwertung und Erweiterung des psychosexuellen Parts mit einem bevorzugten Stellenwert der Partnerbeziehung denkbar. Bereits die Art der präoperativen Kommunikation des Paares besitzt prognostischen Wert.

Das Einbringen von Hintergrundwissen zu psychosexuellen Aspekten könnte die Qualität der Patientenführung, beginnend mit der Aushändigung des Aufklärungsformulares bis zur Nachuntersuchung, in unseren Praxen steigern.

7. Zusammenfassung

Die Sterilisation von Männern durch Vasektomie im Rahmen der Familienplanung erreichte in den neuen Bundesländern erst nach Etablierung von urologischen Praxen Bedeutung als ambulanter Eingriff. Bei den Bemühungen um eine leitliniengerechte und qualitativ gute Versorgung offenbarte sich eine Diskrepanz in der Datenlage zuungunsten von psychosexuellen Aspekten bei sonst umfangreichen Angaben zu operationstechnischen, pathomorphologischen und rechtlichen Punkten, es ergab sich die Frage nach einem zeitgemäßen urologischen Vorgehen auf diesem Gebiet.

Dies veranlasste uns, nach der Durchführung von 312 Sterilitätsvasektomien in der Zeit vom 01.04. 1991 bis 31.04. 2003 in den urologischen Praxen DM Talaska in 15230 Frankfurt/Oder (70) und DM Richter in 15890 Eisenhüttenstadt (Autor), die bekannten Hinweise auf eine postoperativ positive psychosoziale Entwicklung um die Fragestellung von psychosexuellen Verläufen zu erweitern.

Ziel dieser Arbeit war es somit, praxisrelevante, dem sexuellen Reaktionszyklus des Mannes nahestehende Parameter zu formulieren, welche auch die wichtigsten Inhalte psychosexueller Gesundheit und sexueller Störungen widerspiegeln und aus diesem Blickwinkel die psychosexuellen Auswirkungen dieses ambulanten urologischen Eingriffes zu beleuchten.

Fragen nach Veränderungen des sexuellen Verlangens, Ejakulation und Orgasmusgefühl, sexueller Genuss und Zufriedenheit sowie Partnerbeziehung und Selbstwertgefühl nach Sterilisationsvasektomie wurden besondere Bedeutung beigemessen und zielten auf die beiden Möglichkeiten psychosexueller Gewinn versus sexuelle Störungen durch diesen

Eingriff ab. Zusatzfragen zur sexuellen Aktivität, psychischen Belastung durch Zeugungsunfähigkeit sowie nach finanziellen Aspekten dienten der Untermauerung dieser Ermittlungen. Da kein etablierter Fragebogen zur Sterilitätsvasektomie zur Verfügung stand, wurde unter Verwendung anerkannter Vorlagen ein eigenes Fragemodul entwickelt.

Nach retrospektiver Analyse der Patientenunterlagen gelang es, bei 163 Männern (52 %) eine erneute Kontaktaufnahme herzustellen und nach Definition der Ausgangssituation (Ein- und Ausschlusskriterien) in der Zeit vom 01.04.2001 bis 30.05.2003 die Befragung (Fragebogen und anschließendes Gespräch) durchzuführen.

Als einschränkender Faktor dieser Studie ist zu beachten, dass die Ermittlungen durch Fragebögen keinen differentialdiagnostischen Wert, sondern anhand der ermittelten Häufigkeiten die subjektive Einschätzung der befragten Männer widerspiegelt.

Die ermittelte Altersstruktur ergab mit den beiden Hauptgruppen von 30-36 und 42-45 Jahren keinen neuen Trend im Vergleich zu den alten Bundesländern, die Operationsstatistik wurde vom geringen Bekanntheitsgrad Anfang der 90iger Jahre und einem demographisch wirksam werdenden Bevölkerungsschwund beeinflusst. Die Angaben der befragten Männer zu den einzelnen psychosexuellen Parametern offenbarten Hinweise auf überwiegend stabilisierende und positive Effekte.

97% der Befragten fühlten sich durch die Tatsache der Zeugungsunfähigkeit nicht psychisch belastet, Verbesserungsraten bei den wichtigsten Fragen (sexuelles Verlangen, Genuss des Geschlechtsverkehrs, Zufriedenheit mit dem Sexualleben) lagen zwischen 17 und 22 %. 41 der befragten Männer deuteten einen intensiveren Orgasmus nach Sterilitätsvasektomie an, wobei subjektive Deutungen zu berücksichtigen sind. Auffällig ist dabei der Unterschied zu den Angaben eines kaum

veränderten Samenergusses (93 % stabil, 12 Männer gaben eine Verbesserung an) – ein Hinweis, dass Ejakulation und Orgasmus beim Mann nicht einfach gleichzusetzen sind.

Bestätigt werden Literaturangaben zu positiven Auswirkungen auf die Partnerbeziehung (93 % stabil, 12 Verbesserungen, 81 % „Paarentscheidung“ zur OP), beim Selbstwertgefühl lagen die Ergebnisse ähnlich (95 % stabil, 6 Patienten mit einer Verbesserung). Eine Untermauerung aller stabilen und leicht verbesserten Verläufe ergibt sich nach unserer Meinung auch durch die Angabe einer stabilen (79 %) und gesteigerten (19 %) sexuellen Aktivität.

Somit scheint das Procedere der Sterilitätsvasektomie in den untersuchten Praxen mit Aspekten der psychosexuellen Gesundheit zu korrelieren, die Hinweise von Vaughn auf eine Steigerung des sexuellen Erlebens durch Wegfall der Angst vor Schwangerschaft werden durch die beschriebenen Parameter untermauert (22). Denkbar sind dabei positive Wechselwirkungen zwischen den psychosexuellen Parametern mit Aktivierung der Partnerkommunikation, dies basiert allerdings auf einer gewissen „Vorauswahl“ eines Patientengutes, welches in sexuell stabilen Verhältnissen lebt. Daran scheint der behandelnde Urologe beteiligt zu sein. Aus diesen Beobachtungen kann man keine „potenzfördernden“ Auswirkungen ableiten.

Obwohl aufgrund der Ermittlungen die Sterilitätsvasektomie nicht als Verursacher sexueller Funktionsstörungen gelten kann, wurden zu allen oben erwähnten Parametern auch Verschlechterungen angegeben. Problematische Einzelfälle stellen Männer mit Ejakulatio praecox (n=2), Verschlechterung der Partnerbeziehung (n=3), psychische Belastung durch Zeugungsunfähigkeit (n=4) und schwaches sexuelles Verlangen (n=7) dar. Kritisch für die eigene Tätigkeit ist anzumerken, dass zwei Patienten angaben, vor der Operation keinen Geschlechtsverkehr gehabt

zu haben. Es ist zu beachten, dass eine gestörte Sexualität paardynamisch einen höheren Stellenwert hat als sogenannte normale Verläufe.

Wirtschaftliche und finanzielle Überlegungen wurden von unseren Patienten teilweise in die Problematik der Sterilitätsvasektomie eingebracht, dabei spielen soziale Unsicherheit und Arbeitslosigkeit bei der Kostenkalkulation gynäkologische versus urologische Kontrazeption eine Rolle.

Psychosexuelle Verläufe bei urologischen Eingriffen am äußeren Genitale könnten durch einen derzeit stattfindenden Funktionswandel der Sexualität und eine zunehmende Prävalenz von Sexualstörungen beeinflusst werden.

Bei den von uns befragten Patienten ist dieser Trend noch nicht nachvollziehbar gewesen, allerdings würde ein „Rationalisierungsschub“ der Sexualität und eine zunehmende Prävalenz insbesondere von Libidostörungen auch unser Patientengut beeinflussen. In diesem Sinne wäre die Beachtung prognostischer Faktoren wie Partnerkommunikation, sexuelles Interesse und Aktivität und sozioökonomische Verhältnisse zu empfehlen, was der Forderung Weidners entspricht, präoperativ Konstellationen zu erkennen (74).

Die Erweiterung der urologischen Sichtweise um Aspekte der psychosexuellen Gesundheit ist mit nur wirtschaftlich geprägten Interessen (z. B. Sterilisation und Refertilisierungsoperation relativ junger Patienten) nicht zu vereinen. Analysen bestätigen einen gesteigerten Bedarf an sexueller Beratung, was von unseren Patienten bestätigt wurde.

Psychosexuelle Recherchen wie in dieser Arbeit könnten ausgedehnt und das erworbene Hintergrundwissen in das Informationsmaterial und in die Patientenberatung eingearbeitet sowie zielorientiert und zeitbegrenzt eingesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- 1 American Psychiatric Association (APA) 1994: *Diagnostischer und statistischer Manual psychiatrischer Störungen (DSM-IV)*. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß, H. Wittchen, H.-U. Zandig, M. Göttingen. Hogrete (1996)
- 2 Andersen, B. L. (1987): *Sexual functioning complications in women with gynecologic cancer*. *Cancer* 60, S. 2123-2128
- 3 Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1993): *Sexuell gestörte Beziehungen, Konzept und Technik der Partnertherapie*. Urban und Fischer, München
- 4 AWMF online (= Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (11.10.2002, 11:51:36): *Leitlinien der Akademie für Sexualmedizin e.V.*, autorisiert für elektronische Publikationen: AWMF online
- 5 Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Hartmann, U.; Loewik, K. (2001): *Lehrbuch der Sexualmedizin*. Urban und Fischer, München
- 6 Beier, K. M.; Hartmann, U.; Bosinski, H. A. G. (2000): *Bedarfsplanung zur sexualmedizinischen Versorgung*. *Sexuologie* 7(2), Urban Fischer Verlag, S. 63-95
- 7 Benkert, O. (1999): *Lebensqualität und Partnerschaftsqualität bei behandelter vs. unbehandelter ED*. Unveröffentlichte Manuskripte

- 8 Bornemann, E. (+) (1997): *Sexualität heute, psychosexuelle Grundlagen des menschlichen Lebens*. J Sexualmedizin, S. 12-17
- 9 Bradfort, J. (1997): *Medical Interventions in Sexual Deviance*. In: Laws, D. R.; O´Donohne, W. (Eds) (1997): *Sexual Deviance Theory, Assesment and Treatment*. New York, Guilford Press
- 10 Brähler, E.; Weidner, W.; Kupfer, J. ; Brähler, C. (1994): *Subjektive und objektive Bewertung des Operationserfolges nach venöser Potenzchirurgie*. J Med Psych 3, S. 131-136
- 11 Buddenberg, C.; Bass, B.; Gniers-Boremtz, R. (1994): *Die lustlose Frau – der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelicher Zweierbeziehung*. Familiendynamik 14, S. 266-280
- 12 Buddenberg, C.; Willi, J.; Sieber, M.; Furrer, H. J. (1988): *10 Jahre Sexualmedizin am Universitätsspital Zürich*. Schweizerische Ärztezeitung 69, S. 388-394
- 13 Catalan, J.; Hanton, K.; Day, A. (1990): *Couples reflexd to a sexual dysfunction clinic*. Brit J Psychiatry 156, S. 610ff
- 14 Corrado, M. (1999): *Men and erictile dysfunction: a survey of attitudes in 10 countries, News-Bulletin of the international society, impotence research*, S.2
- 15 Csef, H. (1997): *Angst als „Lustkiller“*, *Psychodynamik der Angst bei Sexualstörungen*. Sexualmed, S. 109-112
- 16 Dahm, P.; Dahm, J.; Dahm, F. (2003): *Vasektomie heute*. Urologe B 42, S. 933-937

- 17 De Amicis, L.A.; Goldberg, D.C.; Lo Piccolo, J.; Friedmann, J.; Davies, L. (1985): *Clinical Follow up of Couples treated for sexual dysfunction*. Archives of sexual behavior 14 (6), S. 467-489
- 18 Dunn, K.M.; Croft, P.R.; Hackett, G.I. (1998): *sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population*. Family practice 15, S. 519-524
- 19 Ehn, B.E.; Liljestrang, J. (1995): *a longterm follow-up of 108 vasectomized men. Good counselling routines are important*. Scand J urol. 29., S. 477-481
- 20 Eickenberg, H.-U. (2003): *Männergesundheit: Warum sterben Männer früher*. Der Mann, S. 7-13
- 21 Engelmann, U.; Hertle, L. (1996) in : Nieschlag, E.; Behre, H.-M.: *Andrologie – Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 397-416
- 22 Engelmann, U.; Hertle, L. (1996): *Vasektomie und Refertilisierung in: Nieschlag, E.; Behre, H.-M.: Andrologie – Grundlagen und Klinik der reproduktiven Gesundheit des Mannes*, Springer, Berlin Heidelberg, New York, S. 401-419
- 23 Feldmann, H. A.; Goldstein, J.; Hatzichriston, D.; Krane, R.J.; Mc Kinlay, J.B.: *The impotence and its medical and psychosocial correlates, resulted of the Massachusetts/Male aging study*. The Journal of urology Vol. 151, S. 54ff
- 24 Flipp-SH (1991): *Thesen zur inhaltlichen Bestimmung und Messung von Lebensqualität*. Z- Gastroenteral-Verh. 26, S. 293

- 25 Freud, S. (letzte Auflage 2000): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt/Main, S. 146
- 26 Freud, S. (1895): *Entwurf der Psychologie: Aus den Anfängen der Psychoanalyse*. Frankfurt/Main, Fixdur 1962
- 27 Frick, J.; Haas, H.; Huwe, B.; Krause, W.; Ludwig, G.; Schrader-Printzen, J.; Weidner, W.; Weiske, W.-H.: *Kompendium der Andrologie* (www.weidner@chiru-med.uni-giessen.de)
- 28 Fröhlich, H. (1996): *Sexualtherapie ist Partnertherapie*. *Sexualmed.* 18, S. 103-108
- 29 Giddens, A. (1993): *Liebe, Zuneigung und die reine Beziehung. In: Wandel der Intimität, Sexualität, Liebe und Erotik in modernen Gesellschaften*. Frankfurt, Fischer-Verlag
- 30 Goebel, P.; Ortmann, K. (1987): *Risikofaktoren bei Vasektomie – ein Vergleich zufriedener vasektomierter Männer mit unzufriedenen refertilisierungswilligen Männern*. *Urologe (A)* 26, S.142-145
- 31 Goebel, P. ; Ortmann, K.; Blattner, Th. (1987): *Vasektomie und Beziehungssituation – eine empirische Untersuchung an 156 Männern (Paaren)*. *Zschr. Psydosom. Med.* 33, S. 119-138
- 32 Günther, E. (2002): *Sexualität in sterilen Ehen. In: Seikowski, K.; Starke, K. (Hrsg.): Sexualität des Mannes*. Lengerick, Berlin, Riga, Rom, Vierenheim, Wien, Zagreb: Pabst Sience Publishers
- 33 Hanel, M.J. (1997): *Ejakulatio praecox. Therapiemanual*, Ferdinand Euke Verlag, Stuttgart, S. 13-25

- 34 Hartmann, U.; Uhlemann, H. (1993): *Phänologische und psychologische Merkmale der Ejaculatio praecox: Ergebnisse einer empirischen Vergleichsstudie*. *Sexuologie* 3, S. 131-147
- 35 Hawton, K.; Catalan, J.; Martin, P.; Faqq, J. (1986): *Prognostic factors in sex. Therapie*. *Behavior research and therapy* 24, S. 337-385
- 36 Hiersche, H.-D.; Hiersche, F. (1995): *Die Sterilisation geistig Behinderter*. *Gynäkologie* 28, S. 452-458
- 37 Irmischer, J. (1987): *Lexikon der Antike*. Leipzig, Bibliographisches Institut, S. 49
- 38 Janssen, P.L.; Weißenbach, L. (1978): *Zur Psychosomatik behandelter Hodentumor-Patienten*. *Z. psychosom. Med. Psychoanal.* 24, S. 70-86
- 39 Johannes, C.B.; Aranjó, A.B.; Feldmann, H.A.; Derby, C.A.; Kleimann, K.P.; Mc Kinlay, J.B. (2000): *Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study*. *Journal of Urology* 163, S. 460-463
- 40 Kaplan, H. S. (1979): *Disorders of sexual desire and other concepts and techniques in sexual therapy*. Brunner/Mazel, New York
- 41 Kaplan, H.S. (1995): *The sexual desire of disorders*. Brunner/Mazel (= Sexualtherapie bei Störungen des sex. Verlangens , Stuttgart, Thieme 2000)

- 42 Kaplan, H.S. (1995): *Sexualtherapie – ein bewährter Weg für die Praxis*. Enke Stuttgart
- 43 Kinsay, A.C. (1935): *Sexualbehavior in human male philosophia*. Saunders
- 44 Kliesch, S.; Hertle, L.; Roth, S. (1998): *Methoden, Komplikationen und kontrazeptiver Schutz der Vasektomie*, Urologe (B) 38, S. 19-21
- 45 Kockott, G. (1997): *Sexuelle Funktionsstörungen: Ausprägungen, Pathogenesen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten*. Urologe (B) 37; S. 36-44, Springer-Verlag
- 46 Laumann, E.O.; Gagnon, J.H.; Michael, K.T.; Michaels, S. (1994): *the social organisation of sexuality, sexual practices in the United States*. London: The university of Chicago press, Lid.
- 47 Leißner, J.; Reiher, J.; Böhm, M.; E.p. Allhoff (2003): *Die ambulante Vasektomie, Risiken und Komplikationen*. Urologe (A) 42, S. 1029 - 1034
- 48 Litwin, M. S.; Nild, R. J.; Dhanani, N. (1998): *Health-related quality of life in men with erectile dysfunction*. J Gent Int Med 13, S. 160-165
- 49 Lo Piccolo, J.; Steger, J. C. (1974): *The sexual Interaction Inventory: A new Instrument for assessment of sexual dysfunction*. Archives of sexual behavior 3, S. 585-595
- 50 Lullies; Trinker (1977): *Taschenbuch der Psychologie Band III/02: Animalische Psychologie*. Gustav Fischer Verlag Jena/III

- 51 Marquette, C. M.; Koonin, L. M.; Antenski, L.; Garginollo, P. M.; Smith, J. C. (1995) : *Vasectomy in the United Staates, 1991*.
Am J Pub Health 85, S. 644 – 649
- 52 Masters WH; Johnson VE (1973): *Impotenz und Anorgasmie – Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Coverts, Krüger und Stahlberg, Frankfurt
- 53 McMahan, M. P. (1997): *Intimacy and Quality of life among sexuality dysfunctional men and woman*. J of sex all material therapy vol 23, no 4
- 54 Metz, M.; Pryor, J.; Nesvacil, L.; Abuzzahab, J.; Koznar, J. (1997): *premature ejaculation*. Journal of sex and marital therapie, Vol 12, No.4
- 55 Miller, W. B.; Shain, R. N.; Pasta, D. J. (1991): *The pre- and post-sterilization regret in husbands and wives*. J New Ment Dis 179, S. 602 – 608
- 56 Müller-Mattheis, V.; Bonte,W.; Ackermann, R. (1998): *Gefälligkeitsvasektomie – nach wie vor ein unsteriles Thema*.
Akt. Urolog. 19, S. 325 – 330
- 57 Mummendey, H.-D. (1993): *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Göttingen, Bern, Toronto Seattle, Hogrefe-Verl. , S. 77-87, S. 103-110
- 58 Nathan, S.G. (1986): *The epidemiology of DSM-IIIN-Psychosexual Dysfunctions*. J of sex a merital therapy 23, S. 3-23

- 59 National Institute of Health (1993): *Impotence, NIH consensus Development conference Statement on Impotence*. *Jama* 270, S. 83-90
- 60 Popenoe: *Rassenhygiene (Eugenik) in den Vereinigten Staaten*, S. 65
- 61 Porst, H. (2000): *Manual der Impotenz: Erektismus, Ejakulations- und Hormonstörungen, Peniskrankungen, weibliche Sexualstörungen*, 1. Auflage Bremen, Uni-Med, S. 99-104
- 62 Sand, K. (1921): *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1921. *Acta chir. Scandinav.* 1922, *Journal d' Urologie* 1923
- 63 Schirren, C. (1983): *Erfahrungen mit der Vasektomie*. *Urologe (A)* 22, S. 29-34
- 64 Schmidt, G. (1996): *Paartherapie bei sex. Funktionsstörungen*. In: *Sigusch, V. (Hrsg.): Sexuelle Störung und ihre Behandlung*. Stuttgart, Thieme
- 65 Schmidt, P.: *Theorie und Praxis der Steinachschen Operation*. Wien und Leipzig, In: *Marcuse M.: Handwörterbuch der Sexualwissenschaft*. Berlin, New York, S. 649-651
- 66 Schorsch, E. (1988): *Die Medikalisierung der Sexualität*. *Z. Sexualforsch.* 1, S. 95-112
- 67 Seikowski, K. (2002): *Sexualität des Mannes*. Lengerick, Berlin, Riga, Rom, Vierenheim, Wien, Zagreb: Pabst Science Publishers, S. 91-98

- 68 Sigusch, V. (2001): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York, Thieme, S. 112 -113, S. 125-129, S. 148-149
- 69 Stief, C. B.; Hartmann, U.; Tiner, M. C.; Jonas, U. (Hrsg.) (1999): *Zeitgemäße Therapie der ED*. Berlin, Springer
- 70 Talaska, S.: *Komplikationen nach Sterilitätsvasektomie*. Promotion A in Vorbereitung, Urolog. Praxis Frankfurt/Oder, Walter-Korsing-Straße 25
- 71 Thon, W. F.; Stief, C. G.; Jonas, U. (1992): *Vasektomie: kleiner Eingriff – große Folgen*. Urologie (A) 31, S. 55-57
- 72 Tiefer, L. (1993): *Über die Medikalisierung der männlichen Sexualität*, Z. Sexualforsch. 6, S. 119-131
- 73 Vogt, H. J.; Loewit, K.; Wilke, R.; Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G. (1995): *Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“*. Bedarfsanalyse und Vorschläge für eine gegenstandslose Sexuologie 2 (2), S. 65-89
- 74 Weidner, W.; Weißenbach, L. (1992): *Freiwillige Vasektomie in der Familienplanung – Gedanken zu Nutzen-Risiko-Analyse*. Akt. Urol. 23, S. 328-331
- 75 Weiske, W.-H. (1994): *Inferilität beim Mann*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 57-66
- 76 WHO (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Kapitel V, klinische-diagnostische Leitlinien, Hrsg. H. Dilling et al. Bern u.a. Huber

- 77 Zilbergeld, B. (1983): *Männliche Sexualität*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band V, Steinbauer und Rau. München
- 78 Zimmer, D. (1994): *Fragebogen zur Sexualität und Partnerschaft: (ASP, TSST, NSP)*. dgvt-Verlag Tübingen, S. 1-16
- 79 Zimmer, D. (1985): *Sexualität und Partnerschaft*. München, Wien, Baltimore, Urban und Schwarzenberg, S. 17-21

Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Professor Dr. Fabricius
als meinen Doktorvater sehr herzlich bedanken.
Mit seiner Unterstützung war die Anfertigung dieser
wissenschaftlichen Arbeit unter den Belastungen
des Praxisalltages erst realisierbar.

Auch zu später Stunde gestaltete er die Konsultationen
interessiert, verständnisvoll und qualitätsorientiert.

Seine Kompetenz und Kollegialität
haben mich sehr beeindruckt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michael Richter', written in a cursive style.

Michael Richter

Lebenslauf

Name: Richter, Michael Joachim

Geburtsdatum: 03.12. 1956

Geburtsort: Dresden

Familienstand: verheiratet, eine Tochter

Nationalität: deutsch

Schulbildung: 1963-1970 Polytechnische Oberschule in Lauenstein/Sachsen

1970-1975 Abitur an der Erweiterten Oberschule „Glück Auf“ in Altenberg

1975-1978 Wehrdienst in der Nationalen Volksarmee

1978-1983 Studium der Humanmedizin an der Humboldt Universität zu Berlin/Medizinische Fakultät Charité

1983 Staatsexamen und Abschluss der Diplomarbeit „Neuropeptide und Stress“ mit der Note „sehr gut“

1984 Pflichtassistent im Bezirkskrankenhaus Görlitz und Erteilung der Approbation

1985-1988 Beginn mit der Ausbildung zum Facharzt für Urologie in der Klinik für Urologie und Kinderurologie
(Chefarzt Dr. med. Ch. Hertkens)

| | |
|-----------------|--|
| 1988-1990 | Fortsetzung der Facharztausbildung in der Urologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Frankfurt/Oder (Chefarzt Dr. med. C. Schmechel) |
| Sept.-Okt. 1989 | Hospitation in der Urologischen Klinik des Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin (Dialyse, Transplantation) |
| Feb.-April 1990 | Hospitation in der Urologischen Klinik des Sankt-Hedwig-Krankenhauses in Berlin (Interventionssonographie, Transrektaler Ultraschall) |
| 19.05.1990 | Absolvierung der Facharztprüfung für Urologie (Urologische Klinik am Friedrichshain, Berlin) |
| 1990 - 1991 | Tätigkeit im Klinikum Frankfurt/Oder und in der Urologischen Poliklinik in Eisenhüttenstadt |
| 01.04.1991 | Gründung einer Urologischen Praxis und Tätigkeit in freier Niederlassung in Eisenhüttenstadt |

Eisenhüttenstadt, den 03.03.2004

Michael Richter