



# **Verändertes genitales Selbstbild – Annäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung -**

Eine qualitative Studie

Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Arts  
Im Studiengang Sexologie – Sexuelle Gesundheit und Sexualberatung  
Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur  
Hochschule Merseburg

## **Band 1**

Vorgelegt von:

Johanna Lena Pantel

Erstgutachter: Prof Dr. med. Harald Stumpe

Erstgutachterin: Julia Sparmann

Abgabedatum: 26. September 2023

## **Kurzfassung**

Vulvakrebs ist eine seltene Erkrankung, deren Häufigkeit allerdings zunimmt und einen hohen Leidensdruck für die Erkrankten mit sich bringt. Deshalb verfolgt diese Forschungsarbeit das Ziel, ein verbessertes Verständnis für die sexuellen Bedürfnisse und das veränderte genitale Erleben zu erreichen. Zudem wird die Frage behandelt, wo die Möglichkeiten und Grenzen des durchgeführten sexuellen Bildungsangebots (Online-Kurs) in Bezug auf ein erweitertes genitales Erleben der betroffenen Personen liegen.

Im Fokus dieser Untersuchung stehen an Vulvakrebs erkrankte Frauen, die unterschiedliche medizinische Eingriffe erfahren haben. Dazu nahmen sieben Frauen online an einem vierstündigen sexuellen Bildungsprogramm teil, das ihnen, anhand von Theorie und praktischen Einheiten, eine positive Wiederannäherung an ihre Sexualität ermöglichen sollte. In anschließenden qualitativen Interviews wurden die Frauen zu ihren Erfahrungen befragt. Als Ergebnis zeigt sich, dass bei allen Frauen nach ihrer medizinischen Behandlung das sexuelle Erleben massiv beeinträchtigt war, was zu großen Veränderungen der Einzel- und Paarsexualität führte. Es wird bestätigt, dass es durch die weitreichenden operativen Eingriffe zu Empfindungsstörungen und zu optischen Veränderungen der Vulva kommen kann. Dies führt zu einem negativen Selbstbild und dazu, dass sich Betroffene sexuellen Situationen ganz entziehen. Der angebotene Online-Kurs mit seinem ganzheitlichen Ansatz stellt demnach eine große Bereicherung für die an Vulvakrebs erkrankten Frauen dar, kann jedoch keine individuelle Sexualberatung ersetzen.

Die Studie verdeutlicht die Dringlichkeit, Fachpersonal zukünftig besser zu schulen sowie sexuelle Bildungs- und sexual-beraterische Angebote besser auszubauen, um den gravierenden Auswirkungen von Vulvakrebs auf die Sexualität der Betroffenen entgegenzuwirken.

## **Abstract**

Vulvar cancer is a rare disease, but its incidence is increasing and its bringing with it a high level of suffering for the patients. Therefore, this study aims to improve the understanding of sexual needs and the altered genital experience. Furthermore, the question is discussed where the possibilities and limits of the sexual education offer (carried out as an online course) lie in relation to an expanded genital experience of the affected persons.

This study focuses on women with vulvar cancer who have had various medical interventions. Seven women took part in a four-hour online sexual education programme, which was designed to help them reacquaint themselves positively with their sexuality through theory and practical sessions. In subsequent qualitative interviews, the women were asked about their experiences. The results showed that the sexual perception of all the women was massively impaired after their medical treatment, which led to major changes in their individual and couple sexuality. It is confirmed that the extensive surgical interventions can lead to sensory problems and visual changes of the vulva. This leads to a negative self-image and to the fact that those affected avoid sexual situations entirely. The offered online course with its holistic approach is therefore a great enrichment for women suffering from vulvar cancer, but it cannot replace individual sex counselling.

The study shows that there is an urgent need to improve the training of professionals and to expand sexual education as well as sexual counselling services in order to counteract the serious effects of vulvar cancer on the sexuality of the affected persons.

## **Danksagung**

Mein tief empfundener Dank gilt zuallererst den interviewten Frauen, denn ohne ihre Bereitschaft, über die Erkrankung und die Veränderungen ihres sexuellen Erlebens zu sprechen, hätte meine Forschung nicht stattfinden können. Ihre Aussagen haben den Kern meiner Arbeit gebildet. Ich danke ihnen von ganzem Herzen für ihre Offenheit.

In diesem Zusammenhang gilt mein Dank auch Birte Schlinkmeier, die sich beruflich und auch darüber hinaus unermüdlich für Vulvakrebs erkrankte Frauen engagiert. Sie hat es mir ermöglicht, den Kontakt zu den betroffenen Frauen herzustellen.

Ich danke meiner Kollegin und Freundin Angelika Vilkama dafür, dass sie mich mit ihrer eigenen Masterarbeit für das Thema inspirierte, sodass ich meine Forschung daran anknüpfen konnte. Ich freue mich sehr auf unsere weitere Zusammenarbeit und bin überzeugt, dass wir in dem Bereich noch viel gemeinsam erreichen können.

Mein Dank gilt auch meinem Erstgutachter Prof. Dr. Harald Stumpe und meiner Zweitgutachterin Julia Sparmann für ihre Spontaneität bei dem von mir gewünschten Themenwechsel und für ihre wohlwollende Begleitung.

Ebenso danke ich allen Lehrenden dieses Studiengangs wie auch meinen Kommiliton:innen, von denen ich in den vergangenen drei Jahren inhaltlich und menschlich sehr viel gelernt habe.

Meinen Eltern danke ich für ihre hilfreiche Unterstützung auf allen Ebenen sowie meinen Freund:innen, die mir in Zeiten der Erschöpfung und des Zweifels zur Seite standen und mir motivierenden Zuspruch gaben.

Ein großer Dank geht an Charlotte für sehr hilfreiche Anregungen in der Korrektur. Danke auch an Caro, Nina, Silke, Pia und Wolfgang für viele konstruktive Ideen und Vorschläge.

Mein Herzensdank gilt meinem Mann Niels und meinen Kindern Milan, Anouk und Pina für ihre Geduld und ihr Verständnis. Das Verfassen dieser Arbeit hat sehr viel Raum eingenommen, den sie mir großzügig zugestanden haben und darüber hinaus noch sehr viel mehr!

**Hinweis:** Die Autorin verfasst diese Arbeit in der Genderschreibweise mit „der/die und :in/innen“, lediglich die interviewten Frauen werden – in vorheriger Absprache – ausschließlich als weiblich beschrieben, so wie ihre Partner ausschließlich als männlich.

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage und Motivation .....	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen.....	2
1.3 Forschungsthema und Abgrenzung .....	2
1.4 Forschungsstand .....	3
1.5 Methodenwahl und Vorgehen .....	4
1.6 Aufbau der Arbeit.....	5
<b>2. Theoretische Grundlagen</b> .....	<b>6</b>
2.1 Sexualität als Bestandteil von sexueller Gesundheit und Lebensqualität.....	6
2.2 Grundlagen weiblicher Sexualität .....	7
2.2.1 Die genitale Erregung .....	8
2.2.1.1 Der weibliche Orgasmus.....	9
2.2.1.2 Die Bedeutung der Klitoris .....	10
2.2.3 Exkurs zur sexuellen Lust der Frau im soziokulturellen Kontext .....	11
2.3 Einflussfaktoren auf die sexuelle Lust / Unlust.....	12
2.3.1 Das eigene Körperbild .....	12
2.3.2 Das genitale Selbstbild.....	13
2.3.3 Körperwahrnehmung und Zugang zum eigenen Genital .....	13
2.3.4 Partnerschaft und sexuelle Beziehungen .....	14
2.3.5 Einfluss von Hormonen und Menopause.....	15
2.4 Vulvakrebs und Sexualität .....	15
2.4.1 Krebserkrankung und Sexualität – ein schambesetztes, doppeltes Tabu .....	16
2.4.2 Vulvakrebs und Auswirkungen auf das sexuelle Erleben.....	17
2.4.2.1 Körperliche Folgen einer Behandlung.....	17
2.4.2.2 Psychosoziale Auswirkungen .....	19
2.4.3 Auswirkungen auf Partnerschaft und sexuelle Beziehungen .....	21
2.5 Bewältigungsstrategien – Wiederannäherung an die eigene Sexualität.....	22
2.5.1 Professionelle Aufklärung als Voraussetzung.....	22
2.5.2 Therapeutische Ansätze.....	23
2.5.2.1 Psychoonkologische Behandlungsansätze .....	24
2.5.2.2 Körperorientierte Übungen nach Krebserkrankungen .....	24
2.5.2.3 Der sexualtherapeutische Ansatz ‚Sexocorporel‘ .....	25
2.5.3.4 ‚Sexocorporel‘ und gynäkologischen Krebserkrankungen.....	27
<b>3. Das Konzept: Ein sexuelles Bildungsangebot</b> .....	<b>28</b>
3.1 Sexuelle Bildung.....	29
3.2. Beschreibung des Online-Kurses ‚Vulvakrebs und Sexualität‘ .....	30
3.2.1 Zielgruppe.....	30
3.2.2 Entstehung und Ziele .....	30
3.2.3 Aufbau und Struktur .....	31
3.2.4 Inhalte.....	31

3.2.5 Didaktisch-methodische Überlegungen .....	32
3.2.6 Durchführung .....	33
3.2.7 Didaktisch-methodische Struktur.....	33
<b>4. Forschungsmethodik.....</b>	<b>41</b>
4.1 Forschungsdesign .....	41
4.2. Datenerhebung.....	41
4.2.1 Teilstrukturiertes Einzelinterview .....	41
4.2.2 Interviewleitfaden .....	42
4.2.3 Stichprobe und Rekrutierung .....	42
4.2.3.1 Angaben zu den Interviewpartnerinnen.....	43
4.2.4 Interviewablauf und Transkription.....	44
4.3. Datenauswertung .....	45
4.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse und Gütekriterien .....	45
4.4 Datenschutz und forschungsethische Überlegungen .....	46
<b>5. Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>48</b>
5.1 Herausforderung Vulvakrebs .....	48
5.1.1 Der Weg zur Diagnose.....	48
5.1.1.1 Unwissen und Unverständnis .....	49
5.1.1.2 Aufklärung über Auswirkungen .....	50
5.1.2 Behandlungen und operative Eingriffe .....	52
5.1.2.1 Medizinische Versorgung.....	54
5.1.2.2 Psychologische Begleitung.....	54
5.1.3 Krankheit im Tabubereich und schamhafte Kommunikation .....	55
5.1.3.1 Schuldgefühle (moralisch/unhygienisch).....	58
5.2 Genitales Selbstbild vor Diagnose .....	58
5.2.1 Körperbild und Optik der Vulva.....	58
5.2.2 Sexuelles Erleben .....	59
5.2.2.1 Selbstbefriedigungspraxis .....	60
5.2.2.2 Orgasmuserleben .....	60
5.2.2.3 Penetratives Erleben .....	61
5.2.2.4 Sexspielzeuge .....	62
5.3 Verändertes genitales Selbstbild nach Behandlung .....	62
5.3.1 Optische Veränderungen der Vulva.....	63
5.3.2 Veränderungen in der sexuellen Wahrnehmung.....	63
5.3.2.1 Genitale Erregung und sexuelle Lust.....	63
5.3.2.2 Penetratives Erleben .....	64
5.3.2.3 Veränderte Selbstbefriedigung .....	65
5.3.2.4 Verändertes Orgasmuserleben .....	66
5.3.2.5 Auswirkungen auf die sexuelle Identität.....	67
5.3.3 Körperliche Beeinträchtigungen und Verlusterleben .....	68

5.4 Auswirkungen auf die Partnerschaft .....	69
5.4.1 Reaktion der Partner und veränderte Kommunikation .....	69
5.4.2 Veränderte Paarsexualität .....	70
5.4.2.1 Sorge um die eigene Attraktivität – nicht mehr zu genügen .....	71
5.5 Wünsche und Sehnsüchte der Frauen .....	72
5.5.1 Wünsche für sexuelles Erleben .....	72
5.5.2 Wunsch nach Austausch mit Betroffenen .....	73
5.5.3 Enttabuisierung und Aufklärung .....	73
5.6 Rückmeldungen zum Online-Kurs .....	74
5.6.1 Angebot, Aufbau und Anleitung .....	74
5.6.2 Gruppengefühl und Austausch .....	75
5.6.3 Themeninput .....	76
5.6.4 Körperübungen .....	77
5.6.5 Verändertes Erleben durch Körperübungen .....	79
<b>6. Ergebnisdiskussion .....</b>	<b>80</b>
6.1 Welche Auswirkungen haben eine Vulvakrebserkrankung und ihre Folgen auf das genitale Selbstbild und das sexuelle Erleben der Betroffenen? .....	80
6.2 Wo liegen Möglichkeiten und Grenzen des durchgeführten Programms sexueller Bildung (Online-Kurs) für eine Wiederannäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung? .....	87
6.3 Fazit .....	92
<b>7. Methodenkritik .....</b>	<b>93</b>
7.1 Datenerhebung .....	93
7.2 Rekrutierung und Stichprobe .....	94
7.3 Datenerhebung und -auswertung .....	95
<b>8. Abschluss und Ausblick .....</b>	<b>97</b>
<b>9. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>100</b>
<b>10. Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>106</b>
<b>11. Anhänge .....</b>	<b>107</b>
<b>12. Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>140</b>

## 1. Einleitung

*Ich würde gerne mal wieder ein Orgasmus haben. Das wäre mein allergrößter Wunsch. Also dafür würde ich alles tun. [...] die Entspannung, das Zufriedensein, alle Viere von sich strecken. Das würde ich gerne mal wieder haben, muss ich ganz ehrlich sagen. Das wäre schön. (Interviewpartnerin T5: 204)*

### 1.1 Ausgangslage und Motivation

Eine gynäkologische Krebserkrankung und ihre Behandlung können massive Störungen des sexuellen Empfindens verursachen (vgl. dkfz 2021: 8). Fast keine Krebserkrankung beeinträchtigt das sexuelle Erleben von Frauen jedoch so sehr wie das Vulvakarzinom. In Deutschland ist es die vierthäufigste aller genitalen Krebserkrankungen (vgl. RKI 2021) und die Neuerkrankungen steigen – zunehmend auch bei jüngeren Personen. Als Ursache der steigenden Zahlen gelten die mittlerweile weit verbreiteten Infektionen mit HP-Viren<sup>1</sup> (vgl. Vilkkama 2023: 1) und vermutlich verbesserte Früherkennungsstrukturen.

Die Sexualorgane Vulva und Vagina als Symbole der Weiblichkeit und der Fruchtbarkeit machen einen großen Teil der weiblichen Identität aus und stehen vor allem in direkter Verbindung mit der sexuellen Lust (vgl. Dudgeon/Häusermann 2017: 226). Eine aktiv gelebte und lustvolle Sexualität – in Verbindung mit Nähe und Geborgenheit – trägt zu einem Zustand des Wohlbefindens bei. Die Behandlung und Versorgung von sexuellen Funktionsstörungen nach einer gynäkologischen Behandlung sowie die Förderung der sexuellen Gesundheit sind demnach ein wichtiger Bestandteil für die Erhaltung der Lebensqualität. In Folge medizinischer Fortschritte liegt die Behandlung von bösartigen Tumoren zunehmend im Fokus und ist ein integraler Bestandteil der modernen Medizin (vgl. Fahrman 2020: 1f.). In diesem Zusammenhang gewinnt der Begriff ‚Survivorships‘<sup>2</sup>, welcher zum Gegenstand hat, sich mit langfristigen Folgen einer medizinischen Behandlung zu befassen (vgl. Galgut 2022: 17f.), zunehmend an Bedeutung. So wird z. B. bei gynäkologisch operativen Therapien darauf geachtet, dass Fertilität und Kohabitationsfähigkeiten erhalten bleiben und nervenschonende Verfahren bei Eingriffen im kleinen Becken die Sexualität geringer beeinträchtigen sollen (vgl. Fahrman 2020: 2).

Nichtsdestotrotz werden die meisten Vulvakrebs erkrankten Personen nicht ausreichend über die sexuellen Folgeprobleme aufgeklärt (vgl. Vilkkama 2023: 83), da Sexualität, in Verbindung mit einer gynäkologischen Erkrankung, häufig ein doppeltes Tabu darstellt. Insbesondere, wenn es um den Aspekt weiblichen Lustempfindens geht (vgl. Dudgeon/Häusermann 2017: 228). Schamgefühle hindern die Betroffenen daran, sexuelle Themen mit ihrem/ihrer Partner:in

---

<sup>1</sup> Zu den Risikofaktoren für ein Vulvakarzinom gehören v.a. Infektionen mit dem Humanen Papilloma-Virus (HPV). Häufigkeit von Typ 16. (<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/vulvakrebs.html>)

<sup>2</sup> „Wer im Durchschnitt fünf Jahre nach einer erfolgreichen Krebstherapie rückfallfrei lebt, gilt als geheilt. Die Medizin bzw. das Gesundheitswesen spricht von Langzeitüberlebenden oder Cancer Survivors“ (DKG 2021).

anzusprechen und sich in fachliche Beratung zu begeben. „Die Neuerschließung der Sexualität nach einer Krebserkrankung ist in den meisten Fällen mit verändertem Erleben, veränderter Funktionsfähigkeit, Gefühlen von Trauer, Vulnerabilität, Verunsicherung und Versagensangst verbunden“ (Mamié 2017b: 162). Diese Perspektive von Betroffenen hinsichtlich ihres Erlebens wird demnach selten dargestellt. Aus dieser Problematik ergeben sich das Interesse und die Motivation der vorliegenden Forschungsarbeit.

## **1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen**

Ziel dieser vorliegenden Studie ist es, einen Einblick dahingehend zu bekommen, wie sich eine Vulvakarzinomerkrankung und ihre Behandlungen durch körperliche Beeinträchtigungen und seelische Belastungen auf das genitale Erleben der Betroffenen auswirken. Daraus folgend wird untersucht, welche medizinisch-therapeutischen Angebote notwendig sind, die betroffenen Frauen darin zu unterstützen, sich ihrer Sexualität erneut anzunähern. Basierend auf den individuellen Erfahrungen und Bedürfnissen soll diese empirische Untersuchung dazu beitragen, dass künftig sexuelle Bildungsangebote entwickelt werden, die Betroffene dabei unterstützen, trotz massiver körperlicher und psychischer Veränderungen eine genussvolle Einzel- und Paarsexualität leben zu können. Dabei wird auch die Dringlichkeit einer festen Etablierung von Sexualberatung an Kliniken und in Rehaeinrichtungen verdeutlicht, die somit einen Anfang für mögliche praktische Veränderungen darstellen könnte.

In dieser Arbeit werden folgende **Forschungsfragen** behandelt:

1. Welche Auswirkungen haben eine Vulvakreberkrankung und ihre Folgen auf das sexuelle Erleben und das genitale Selbstbild der Betroffenen?
2. Wo liegen Möglichkeiten und Grenzen des durchgeführten Programms sexueller Bildung (Online-Kurs) für eine Wiederannäherung an die eigene Sexualität?

## **1.3 Forschungsthema und Abgrenzung**

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem veränderten genitalen Selbstbild nach einer Vulvakrebsbehandlung. Der Fokus liegt zum einen auf der Erfassung und Auswertung individueller Erfahrungen von Betroffenen, die sichtbar machen, auf welchen Ebenen der Sexualität und des sexuellen Lustempfindens sich die körperlichen und psychischen Folgen der Erkrankung auswirken. Zum anderen untersucht diese Arbeit, mit Blick auf mögliche Bewältigungsstrategien zur Erleichterung des Umgangs mit sexuellen Folgeproblemen, welche Relevanz körperorientierte Übungen und körperliche Lernprozesse (in Anlehnung an das sexual-

beraterische Modell sexueller Gesundheit ‚Sexocorporel‘) für Vulvakrebspatient:innen im Prozess der eigenen sexuellen Wiederannäherung haben können.

Die vorliegende Masterarbeit baut auf Ergebnissen der Forschungsarbeit von Angelika Vilkama (2023) auf, welche die sexuelle Aufklärung von Vulvakrebserkrankten in der ärztlichen Beratung erforscht, und die Wünsche der Betroffenen für eine gelungene Sexualberatung herausarbeitet.

Damit keine inhaltlichen Doppelungen entstehen, werden in dieser Arbeit folgende Themen nicht näher behandelt und an entsprechenden Stellen auf die Arbeit von Angelika Vilkama verwiesen:

- Anatomie und Funktion der Vulva
- Die Erkrankung Vulvakarzinom: Epidemiologie, Sterberate, Symptome
- Die Diagnosestellung
- Therapien, Operationsmethoden und Nachsorge

#### **1.4 Forschungsstand**

Angelika Vilkama (2023) stellt in ihrer Masterarbeit *Vulvakarzinom – Aspekte weiblicher Sexualität im Kontext einer Vulvakarzinomerkrankung* den aktuellen Forschungsstand zur Aufklärungssituation über Sexualität im Kontext einer Vulvakrebserkrankung dar (siehe Vilkama 2023: 3).

Anschließend an die Ergebnisse ihrer Literaturrecherche, werden in diesem Kapitel die wichtigsten Quellen für diese Arbeit wiederholt angegeben und der Forschungsstand ergänzt:

Cordelia Galgut (2022) thematisiert in ihrem Buch *Cancer Survivorship* Aspekte der Langzeitfolgen und wie man diese bewältigen kann. Sie räumt mit dem Mythos der glücklichen Überlebenden auf und stellt dar, dass es nicht allen Erkrankten nach abgeschlossener Behandlung unbedingt besser geht. Zudem zeigt sie anhand von Beispielen, wie Gesundheitsberufe Betroffene unterstützen können.

Ein Sammelband von Anette Hasenburg et al. (2020), *Sexualität nach gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen*, befasst sich mit den sexuellen Funktionsstörungen nach einer Erkrankung und den bestehenden Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient:innen und Fachpersonal bezüglich Sexualität. Ein kurzer Artikel von Jana Barinoff (2020) *Vulvakarzinom* geht speziell auf die Problematik von Vulvakarzinom für die Sexualität ein. Sie betont die entscheidende Rolle der Vulva beim Ausleben von weiblicher Sexualität, denn sie wird sowohl mit Lust, Intimität als auch mit Verführung und Verwegenheit in Verbindung gebracht. Barinoff plädiert für eine offene Kommunikation über Sexualität seitens der behandelnden Ärzt:innen um Scham und Hemmungen der Patient:innen bezüglich sexueller Themen abzubauen.

Ein weiterer Artikel von Sabine Hahn (2020) *Warum ist reden über Sexualität immer noch schwierig? Kommunikation über ein Tabuthema* thematisiert die Bedeutung des Schamgefühls in Verbindung mit Tabuthemen wie Sexualität und gynäkologischen Krebserkrankungen. Sie

stellt die Perspektive der Ärzt:innen und die der Patient:innen dar und formuliert Hilfestellungen für Betroffene und ihre Partner:innen.

Der Psychoonkologe Stefan Mamié (2017) geht in seinem Artikel *Behandlungsoptionen bei sexuellen Folgeproblemen nach Krebs* auf mögliche Behandlungsansätze ein, unter anderem auch auf die onko-sexologische Bedeutung des Modells sexueller Gesundheit ‚Sexocorporel‘ (siehe Kapitel 2.5.2.3).

Anja-Mehnert-Theuerkauf (2020) geht in ihrem Artikel *Psychoonkologische Unterstützung* auf spezifische Interventionsmöglichkeiten bei sexuellen und partnerschaftlichen Problemen ein.

Der Sammelband von Baumann et al. (2012) *Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie* veranschaulicht, inwiefern regelmäßige Bewegung das Vertrauen in den eigenen Körper stärken kann. Es gibt diesbezüglich zahlreiche Ratgeber, aber speziell zu Vulvakrebstherapien und dem Einfluss von Bewegung gibt es noch nicht ausreichend Forschung.

Die Masterarbeit von Simone Dudle (2017) *Weibliche Sexualität im Kontext einer Brustentfernung* beschäftigt sich mit dem sexuellen Erleben von Frauen nach einer Brustkrebsbehandlung und den Möglichkeiten, die körperorientierte Sexualberatung nach Sexocorporel mit sich bringt.

In der Recherche stellte sich ein Artikel von Simone Dudle und Sara Häusermann (2017) mit dem Titel *Sexualität und Krebserkrankungen – ein herausforderndes Spannungsfeld* als für diese Arbeit besonders wichtig heraus. In diesem werden Möglichkeiten im Umgang mit einem veränderten genitalen Selbstbild nach gynäkologischen Krebserkrankungen thematisiert.

Bezüglich sexueller Bildung und Vulvakrebserkrankungen gibt es bisher keine Forschung. Julia Sparmann (2015) veranschaulicht jedoch in ihrem Buch *Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen*, welche Relevanz körperorientierte Ansätze für die Entwicklung neuer sexueller Lernprozesse haben können.

## **1.5 Methodenwahl und Vorgehen**

Diese Arbeit besteht aus einem theoriebasierten und einem empirischen Teil. Auf der Basis von Literaturrecherche werden relevante Inhalte zur weiblichen Sexualität in einen Zusammenhang mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen auf das sexuelle Erleben gebracht und mögliche Bewältigungsstrategien veranschaulicht.

Der empirische Teil dieser Arbeit basiert auf dem subjektiven Erleben einzelner Personen. Um ein exploratives Vorgehen zu ermöglichen, wurde für den Forschungsteil ein qualitatives Design gewählt. Die empirischen Daten werden anhand von halbstrukturierten Einzelinterviews mit sieben Frauen erhoben, die zuvor online am eigens für diese Masterarbeit entwickelten Bildungsangebot teilgenommen haben. Der besagte Online-Kurs bestand aus

vielfältigen Bildungseinheiten, die das genitale Selbstbild gezielt stärken sollten. Anschließend wurden die betroffenen Frauen zu ihrem veränderten sexuellen Erleben nach Behandlung und zu ihrer subjektiven Erfahrung bei den einzelnen Kurseinheiten interviewt. Die Audioaufnahmen der Einzelinterviews wurden anonymisiert, transkribiert und forschungsethische Voraussetzungen berücksichtigt. Die anhand der Interviews erhobenen Daten werden mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) und mit Hilfe des Software-Programms MAXQDA ausgewertet. Die Ergebnisse werden kategorisiert und zusammengefasst und anschließend unter Einbeziehung vorhandener Fachliteratur diskutiert.

## **1.6 Aufbau der Arbeit**

Anschließend an die Einleitung befasst sich das 2. Kapitel mit den theoretischen Grundlagen zum Verständnis und der Einordnung des Forschungsvorgehens. Nachdem in Kapitel 2.1 die Bedeutung von sexueller Gesundheit in Verbindung mit Lebensqualität erläutert wird, werden in Kapitel 2.2 Grundlagen der weiblichen Sexualität sowie in Kapitel 2.3 ihre Einflussfaktoren dargelegt und in einen soziokulturellen Zusammenhang gebracht. Kapitel 2.4. thematisiert den Problemzusammenhang von Vulvakrebs und Sexualität. Kapitel 2.5 widmet sich möglichen therapeutischen Ansätzen zur Bewältigung von sexuellen Schwierigkeiten. Kapitel 3 definiert und erläutert zunächst den Begriff sexuelle Bildung, um anschließend das Konzept des durchgeführten Online-Kurses mit seinen Zielen, Inhalten und angewandten Methoden vorzustellen. Kapitel 4 umfasst den Methodenteil, die Stichprobe sowie die Beschreibung der Datenerhebung und -auswertung. Darauffolgend versammelt Kapitel 5 zentrale Aussagen der interviewten Frauen in einer neutralen und wertfreien Präsentation. Kapitel 6 interpretiert und diskutiert die wichtigsten Ergebnisse der Interviews, um dann unter Einbeziehung vorhandener Literatur die Forschungsfragen zu beantworten. Kapitel 7 widmet sich einer kritischen Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen. Kapitel 8 schließt mit einem perspektivischen Ausblick und möglichen Schlussfolgerungen für die gynäko-onkologische Medizin, die Psychoonkologie und Sexualberatung ab.

## **2. Theoretische Grundlagen**

In diesem Kapitel werden die für diese Arbeit relevanten theoretischen Grundlagen dargelegt. Zunächst werden die Bedeutung und der Zusammenhang von Sexualität und sexueller Gesundheit sowie ihre Bedeutung für die Lebensqualität erläutert. Anschließend werden die Grundlagen der weiblichen Sexualität veranschaulicht, um dann auf die Einflussfaktoren der sexuellen Lust und Unlust der Frau einzugehen. Dieses Grundlagenwissen ermöglicht ein besseres Verständnis, um in einem weiteren Kapitel auf die Auswirkungen von Vulvkrabeserkrankungen auf das sexuelle Erleben der Betroffenen einzugehen. In einem letzten Teil werden Bewältigungsstrategien und therapeutische Ansätze präsentiert, welche dabei helfen können, einen Umgang mit der veränderten Sexualität zu finden.

### **2.1 Sexualität als Bestandteil von sexueller Gesundheit und Lebensqualität**

Sexualität ist vielschichtig. Sie umfasst sowohl biologische als auch psychologische, soziale und kulturelle Komponenten. Sexualität ist ein grundlegender Bestandteil des menschlichen Lebens und kann sich auf körperliche Aktivitäten, emotionale Bindungen, Identität, Lustempfinden, Intimität und Beziehungen erstrecken (vgl. Voß 2023: 16). Sie lässt sich grob in drei Funktionen unterteilen: man spricht von der Fortpflanzungsdimension, der Lustdimension und der Beziehungsdimension (vgl. Kossat 2018: 1). Nicht außer Acht zu lassen ist eine vierte identitätsbildende Dimension, die stellt nach Sielert (2015) einen grundlegenden Baustein von Sexualität darstellt, da sie „das Geben und Nehmen von Selbstbestätigung als Bedingung zur Selbstliebe und als Voraussetzung, auch andere in ihrem Selbst zu achten“ (Sielert 2015: 49), ermöglicht.

Sexualität spielt für jeden einzelnen Menschen eine unterschiedliche Rolle im Leben. Dennoch ist sie nicht nur ein existenzielles Grundbedürfnis und somit ein zentraler Bestandteil der eigenen Identität (vgl. Voß 2023: 16), sie bildet sogar durch die weit verbreitete Gegenüberstellung der Geschlechterpole und durch feste Formen der Reproduktion einen wesentlichen Kern der gesellschaftlichen Strukturen, sie bestimmt nach Ruppert (2019) „letztlich sogar die Weltpolitik“ (Ruppert 2019: 11).

In den meisten liberal und demokratisch geprägten Gesellschaften sind heutzutage viele sexuelle Tabus und Einschränkungen deutlich geringer als früher, was jedoch in der Sexualität als ‚normal‘ betrachtet wird, hängt von politisch-gesellschaftlichen Strukturen ab. Nach Clement kann Sexualität die Quelle von Sinnlichkeit, Genuss, Lust und Erregung sein, sie kann jedoch auch Konflikte verursachen und starke Emotionen wie Trauer und Schmerz hervorrufen (vgl. Clement 2021: 9f).

Sexuelle Gesundheit, wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert<sup>3</sup>, ist ein Zustand des physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität einer Person (vgl. WHO 2006). Sie geht über die bloße Abwesenheit von Krankheiten oder Störungen hinaus und schließt die Fähigkeit ein, positive und respektvolle sexuelle Erfahrungen zu machen (vgl. Brockmeyer 2012: 91). Sexuelle Gesundheit beinhaltet auch das Recht einer Person, informierte Entscheidungen in Bezug auf ihre Sexualität zu treffen, frei von Diskriminierung, Gewalt und Zwang (vgl. Voß 2023: 18). Sexuelle Rechte bedeuten das Einhalten von Grundwerten wie Freiheit, Selbstbestimmung, Privatsphäre, Gleichstellung und Würde des Menschen (vgl. IPPF 2009).

Somit ist sexuelle Gesundheit ein Teilaspekt der Gesamtgesundheit und dies sollte bei allen ärztlichen Behandlungen von Patient:innen berücksichtigt werden. Hartmann (2016) erläutert in seinem Vortrag „Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzbarkeit“, dass sich regelmäßige sexuelle Aktivität positiv auf das Immunsystem und neuro-endokrinologische Regelkreise auswirke (vgl. Hartmann 2016).

Die Behandlung und Versorgung von sexuellen Funktionsstörungen nach einer gynäkologischen Behandlung sowie die Förderung der sexuellen Gesundheit ist demnach ein wichtiger Bestandteil für die Erhaltung der Lebensqualität (vgl. Mehnert-Theuerkauf 2020: 120), welche heutzutage ein integraler Bestandteil der modernen Medizin sein sollte (vgl. Fahrtmann 2020: 1f.).

## **2.2 Grundlagen weiblicher Sexualität**

Für die meisten Frauen ist Sexualität ein wesentlicher Bestandteil von Lebensqualität, insbesondere in Verbindung mit Intimität, Nähe, Liebe und Zärtlichkeit und sie unterliegt ein Leben lang Veränderungen (vgl. Dudge/Häusermann 2017: 225). In unterschiedlichen Lebensphasen müssen neue Herausforderungen bewältigt werden und verschiedene Ereignisse im Leben, wie neue Partnerschaften, Schwangerschaften, Geburten, hormonelle Umstellungen und der Prozess des Älterwerdens führen immer wieder zu Veränderungen. Auch Operationen und Erkrankungen fordern neue Lernschritte ein (vgl. ebd.). Die sexuelle Biografie jeder Person entwickelt sich individuell und ist geprägt von verschiedenen kulturellen und Umweltfaktoren, welche sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Sigusch 2013). Der Psychologe und klinische Sexologe Desjardins (1989) geht davon aus, dass sich Menschen im Laufe ihres Lebens ihre sexuellen Fähigkeiten in unterschiedlicher Ausprägung aneignen.

---

<sup>3</sup>Vollständige Definition: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen und emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden. Es bleibt noch viel zu tun, um sicherzustellen, dass Gesundheitspolitik und -praxis dies anerkennen und widerspiegeln“ (WHO 2006).

Diese haben Einfluss auf das Sexualverhalten einer Person und ihr Lusterleben. „Der weibliche Sexualisierungsprozess mit seinen körperlichen und kulturellen Einflüssen bildet die Basis des sexuellen Erlebens aller Frauen“ (Bischof 2010: 5).

### **2.2.1 Die genitale Erregung**

Die genitale Erregung ist eng verbunden mit sexuellen Lustgefühlen und steht in ständiger Wechselwirkung damit. Genitale Erregung bezieht sich auf die sexuelle Stimulation und die physiologischen Veränderungen, die im Genitalbereich auftreten, wenn eine Person sexuell erregt ist (vgl. Dudge/Häusermann 2017: 225). Bei Frauen umfasst dies Veränderungen im Bereich der Vagina, der Klitoris, der Labien und anderer genitaler Strukturen. Diese Veränderungen können Blutfluss, Schwellung, Feuchtigkeitsbildung und andere körperliche Reaktionen umfassen, die Teil der sexuellen Erregung sind (vgl. Bischof-Campbell 2012: 5).

Um die körperliche Funktion weiblicher Sexualität darzulegen, werden im Folgenden Modelle der weiblichen Sexualität erläutert. Der sexuelle Reaktionszyklus ist ein Modell weiblicher Sexualität, das versucht, die sexuellen Reaktionen in einzelne Phasen einzuteilen. Masters und Johnson (vgl. Masters/Johnson 1969) haben dieses Modell in den 1960er Jahren entwickelt. Später wurde es durch Kaplan und Lief als lineare Abfolge unterschiedlicher Phasen ergänzt (vgl. Kaplan 1979). 1. Während der Erregungsphase sind Puls und Blutdruck erhöht und die Beckenregion wird stärker durchblutet. Man spricht von einer Vasokongestion, bei der Klitoris und Labien anschwellen und die Vagina feucht wird. 2. In der Plateauphase steigt die Anspannung in den Muskeln und durch die starke Durchblutung können sich die äußeren Labien weiten. Eine klare Flüssigkeit wird aus den Bartolinischen Drüsen abgesondert. 3. Die Orgasmusphase bildet den Höhepunkt des körperlichen Lustempfindens. Der weibliche Orgasmus ist begleitet von muskulären Kontraktionen im Beckenbereich, insbesondere in Beckenboden, Vagina, Vulva, Klitoris und Gebärmutter. 4. In der Rückbildungsphase geht die Atmung langsamer und Puls und Blutdruck kehren in den Normalzustand zurück. Anschließend schwellen Labien und Klitoris ab und in der Refraktärphase reagiert der Körper für kurze Zeit nicht mehr auf sexuelle Reize (vgl. Henning 2017: 198).

Weibliche Sexualität folgt jedoch nicht stringent den festgelegten Ablaufmustern, sondern reagiert auf soziale, psychische und körperliche Reize (vgl. Ecker 2020: 49), die zirkulär verlaufen können. Basson führt 2001 den Begriff des ‚reaktiven sexuellen Ansatzes‘ ein und entwickelt ein Modell, das die Komplexität und die Vielfalt der weiblichen sexuellen Erfahrungen betont (vgl. Basson 2001) Durch seine Forschung erweitert sie die traditionellen Vorstellungen darüber, wie sexuelle Erregung und Verlangen bei Frauen entstehen. Auf dieser Basis wurde 2020 von der ‚American Foundation of Urological Disease‘ (AFUD) ein weiteres Modell vorgestellt, welches das Modell der klassischen vier Phasen noch um eine Phase erweitert: die der sexuellen Motivation (vgl. Vilkkama 2023: 8).

Diese Modelle von linearen und zirkulären Ablaufmustern können jedoch nicht die subjektiven Empfindungen in den unterschiedlichen Phasen messen. Es gibt vielseitige Einflussfaktoren, die zu einer genussvollen und befriedigenden Sexualität beitragen (siehe Kapitel 3.2.).

### **2.2.1.1 Der weibliche Orgasmus**

Der Orgasmus stellt den Höhepunkt sexueller Erregung und Lust bei einer Frau dar und ist komplex und vielfältig. Er kann auf verschiedene Arten erreicht werden und variiert von Person zu Person. Der Orgasmus ist ein reflexartiger Zustand, der über das sympathische Nervensystem gesteuert wird (vgl. Bischof-Campbell 2012: 5). Für einige Frauen steht das Erlangen eines Orgasmus jedoch nicht im Vordergrund, insbesondere innerhalb der Paarsexualität. Hingegen spielt der Orgasmus innerhalb der Selbstbefriedigung eine große Rolle. Er strukturiert ‚den masturbatorischen Akt‘ und gibt diesem ein befriedigendes Ende‘ (vgl. Rose 2017: 105). Wird dieser nicht erreicht, handelt es sich für viele um eine unbefriedigende sexuelle Erfahrung, wie folgendes Zitat aus Roses (2017) qualitativer Studie zeigt:

Das hört sich jetzt vielleicht platt an, aber mein Bedürfnis ist tatsächlich einfach nur der Orgasmus. Das ist mein Bedürfnis. Natürlich ist der Weg dahin (...) eine gute Erfahrung, aber ja. Nein, es ist einfach nur ganz platt. (Kira)  
(Rose 2017: 75)

Der Erregungsreflex ist angeboren, die Fähigkeit, ihn auszulösen, zu steigern und zu genießen. Jede Frau kann aber das Wahrnehmen, Aneignen und Erotisieren ihres Genitales und der Erregungsfunktion lebenslang erlernen und erweitern. (vgl. Bischof 2008: 1) Es kommt darauf an, wie Frauen lernen, ihren Orgasmus auszulösen. In der Selbstbefriedigung gibt es vielseitige Techniken, manche basieren auf Druck, manche auf Reibung, auf sanften, schnellen oder langsamen Bewegungen. Im Sexocorporel, einem Modell sexueller Gesundheit (siehe Kapitel 2.5.2.3), werden die verschiedenen Techniken zur Steigerung der Erregung in vier Haupterregungsmodi eingeteilt, die auch etwas über die Qualität des Orgasmus aussagen (vgl. Bischof 2020: 24). Nicht jeder Erregungsmodus kann demnach einen Orgasmus auslösen (vgl. ebd.), wobei diese Kategorisierung zu einem eingeschränkten Blick auf das Erregungs- und Orgasmuserleben von Frauen führen kann, welches individuell, subjektiv und vielseitig ist.

Es gibt unterschiedliche Nervenzellen, die für den weiblichen Orgasmus verantwortlich sind, häufig sind jedoch der Pudendusnerv und der Beckennerv beteiligt. Diese entspringen dem Stammhirn, welches unter anderem wichtige Instinkte steuert und Einfluss auf das vegetative Nervensystem hat (vgl. Henning 2017: 199). Es ist jedoch auch möglich, dass ein Orgasmus im Traum oder nur durch Fantasien und Vorstellungskraft ausgelöst wird. Dafür ist das Großhirn zuständig, was unter anderem das Bewusstsein steuert. Oft ist jedoch genau dieses Bewusstsein dafür verantwortlich, dass ein Orgasmus verhindert wird. Dies kann der Fall sein, wenn eine Person nicht mit sich zufrieden ist, sich nicht entspannt fühlt oder mit ihren Gedanken nicht in der sexuellen Situation ist (vgl. ebd.: 200). Frauen haben unterschiedliche Selbstbefriedigungsmuster und je nach individuellem Lernprozess erreichen manche den Orgasmus

ausschließlich durch Stimulation der äußeren Bereiche (z. B. Vulva, Klitoriseichel und Labien), andere wiederum nur durch Stimulation der inneren Bereiche (z. B. Vagina und Harnröhre) oder durch eine Kombination (vgl. Bischof-Campbell 2012: 6). Viele Frauen erlangen nie oder selten einen Orgasmus und leiden unter der gesellschaftlichen „Überbetonung“ dessen und einer neu entstandenen „Leistungsnorm“, die den Orgasmus mit „gelungener weiblicher Sexualität“ gleichsetzt (vgl. Sparmann 2015: 19).

### **2.2.1.2 Die Bedeutung der Klitoris**

Die Klitoris gilt als das wichtigste Lustorgan einer Frau und spielt auch beim Orgasmus eine wesentliche Rolle. Eine ausführliche Beschreibung zum anatomischen Aufbau der Klitoris findet sich bereits in der Arbeit von A. Vilka (2023: 10ff.), weshalb hier nicht im Detail darauf eingegangen wird.

Die Klitoris bildet aufgrund der Vielzahl an vorhandenen Sinnesrezeptoren das Zentrum der weiblichen Lust. In der Klitoris kommen etwa 8000 Nervenenden zusammen (vgl. Läger 2019: 19). Für viele Frauen sind deshalb Berührungen an der Klitoriseichel oder in ihrer Nähe ein lustvolles Geschehen (vgl. Büttner et al. 2020: 118). Die Eichel ist jedoch auch sehr empfindlich und kann unter anderem auf Berührungen überempfindlich mit Schmerzen reagieren (vgl. Komisaruk et al. 2012: 36). Viele Frauen wissen nicht, dass die Klitoris nicht nur aus dem sichtbaren Teil der Eichel und ihrer Vorhaut besteht. Das gesamte Ausmaß des Klitoris-Organs wurde erst 2005 von der Urologin Helen O'Connell nachgewiesen (vgl. Vilka 2023: 9, Abb. 3, S. 99). Sie ist viel größer als der kleine sichtbare Teil der Eichel (vgl. Merritt 2020: 44). Der Klitorisschaft teilt sich in zwei – von außen nicht sichtbare – lange Schenkel, die entlang des Schambeins verlaufen (vgl. Henning 2017: 125). Diese schwellen an, wenn eine Frau erregt ist, und können über Druck und Reibung für das Auslösen eines Orgasmus verantwortlich sein (vgl. ebd.). Die Schenkel werden auch bei vaginaler Penetration stimuliert. In der Abbildung von O'Connell (Abb. in: Vilka 2023: 99) zeigt sich, dass Klitoris und Vagina eine nicht voneinander trennende Einheit bilden. Innere klitorale Strukturen reagieren auf Druck und das Gewebe der Schwellkörper umgibt auch die Harnröhre, welche wiederum durch die enge Verwobenheit auf Berührungen des sogenannten G-Bereichs<sup>4</sup> reagiert. Demnach ist sexuelles Lusterleben nicht von einem einzelnen Organ abhängig (vgl. Leykauf 2023: 12), dennoch ist festzuhalten, dass der Klitoris für das weibliche Erregungs- und Orgasmuserleben eine bedeutende Funktion zukommt.

Die meisten Frauen lernen in jungen Jahren, sich über den äußeren Bereich, also Vulva und Klitoriseichel, zu stimulieren und gewöhnen sich ein festes Muster dabei an, bei denen die klitoralen Rezeptoren stimuliert werden. Dies führt häufig dazu, dass sie sich bei

---

<sup>4</sup> G-Zone = Gräfenberg-Zone. Damit ist das paraurethrale Schwellgewebe an der vorderen Vaginalwand gemeint

mechanischen Vorgängen des Geschlechtsverkehrs weniger stimuliert fühlen (vgl. Bischof-Campbell 2012: 21).

### **2.2.3 Exkurs zur sexuellen Lust der Frau im soziokulturellen Kontext**

Bei der Betrachtung der sexuellen Lust der Frau ist es unabdingbar, den soziokulturellen Kontext zu berücksichtigen. Trotz der sogenannten „sexuellen Liberalisierung“ in der Gesellschaft, sind Frauen oft nicht so sexuell erfüllt, wie sie es sich wünschen würden. Die Aneignung der eigenen Sexualität, individueller Lust und Begehren zeigt sich bis heute als eine Herausforderung, bei der es nur wenig Unterstützung gibt (vgl. Sparmann 2018: 9).

Niemand gab uns Begriffe, mit denen wir hätten Vorstellungen ausbilden, Lust hätten erkunden können, mit denen wir eine erotische Sprache hätten erschließen können, niemand erklärte, dass das Begehren ein Fluss ohne Ufer ist, [...] dass darin zu schwimmen sich wie freiwilliges Treibenlassen anfühlen würde, dass Sexualität nichts mit den sauberen Schablonen der Bücher zu tun hat, sondern, dass es unsauber zugeht, dass alles nass wird, der Körper überzogen und durchtränkt wird von Schweiß und Blut und den Säften aus allen Öffnungen und Poren des Körpers und dass man sich auflöst darin. (Carolin Emcke 2018)

Die Wissensvermittlung über die weibliche Sexualität ist auch heute noch geprägt von funktionellen Themen, wie z.B. Menstruation, der weibliche Zyklus und Hormonverläufe, Kinder gebären und natürlich Verhütung. Zudem haben viele Kontrazeptiva, die hormonell wirken, negative Auswirkungen auf das natürliche Lustempfinden einer Frau (vgl. Bitzer 2016: 200f.), was vielen gar nicht bewusst ist.

Weibliche Masturbation hat bis heute einen niedrigen gesellschaftlichen – insbesondere öffentlichen – Stellenwert (vgl. Erb/Klinger 2004: 232). Die meisten Frauen befriedigen sich zwar selbst, reden jedoch nicht offen darüber.

Niemand sprach über Onanie und Masturbation, niemand über Arten und Formen, sich selbst und die eigenen Wünsche zu entdecken, niemand über sexuelle Praktiken, die das *telos* der Lust und nicht der Empfängnis haben könnte. Ich kann mich auch nicht erinnern, dass über Orgasmen gesprochen wurde. ‚Samenerguss‘ natürlich, ‚Eisprung.‘ Aber ‚Orgasmus‘? (Carolin Emcke 2018)

Anders als bei Jungen/Männern, bei denen Masturbation von Kindheit an gesellschaftlich als normaler Entwicklungsschritt anerkannt ist, ist das Thema Selbstbefriedigung für Mädchen und Frauen oft noch mit Scham und Schuldgefühlen verbunden (vgl. Erb/Klinger 2004: 9). Hier spiegeln sich die über Jahrzehnte tief in uns verwurzelten Annahmen der Gesellschaft über die Schädlichkeit von Masturbation und die angeblichen physischen oder seelischen Schäden wider (vgl. ebd: 13). Andererseits haben sich die Ansichten über Masturbation durch die Psychoanalyse und Entwicklungen in der Psychologie sehr verändert, da durch die Erkenntnis der frühkindlichen Sexualität deutlich wurde, dass Formen des Autoerotismus (vgl. Quindeau 2019: 57) wichtige Fähigkeiten sind, um den eigenen Körper lustvoll wahrnehmen zu können, da sie Voraussetzung der menschlichen Interaktion und der liebevollen und lustvollen Hingabe anderen gegenüber sind. Wer sich selbstbefriedigt, lernt mit Körper und Erregung umzugehen (vgl. Erb/Klinger 2004: 28).

Nach Sigusch (2005) hat sich die Selbstbefriedigung in den letzten Jahrzehnten von einer verpönten zu einer anerkannten Sexualpraktik entwickelt (vgl. Rose 2017: 105), doch im Alltag sind Frauen immer noch geprägt von alten Strukturen, „die sich durch ein verzerrtes Frauenbild sowie das Gefühl von Schuld und Scham äußern“ (Bacio 2021: 15). So bleibt Masturbation in vielen Bereichen der Gesellschaft weiterhin ein Tabuthema. Für Frauen, die allerdings gelernt haben, offen über Sexualität und Masturbation zu kommunizieren, „scheinen Scham- und Schuldgefühle hingegen keine Rolle zu spielen“ (Rose 2017: 104). So sollte Mädchen und Frauen vermittelt werden, dass Masturbation ein wichtiger Bestandteil ihrer sexuellen Entwicklung ist und sie diese als selbstverständliche Möglichkeit annehmen, ihren Körper kennenzulernen, um zu erfahren, was ihnen Lust bereitet.

### **2.3 Einflussfaktoren auf die sexuelle Lust / Unlust**

Die Motivation von Frauen, eine sexuelle Situation einzugehen, ist sehr unterschiedlich. Sexuelles Lustempfinden kann z. B. durch ein Gefühl von Nähe und Verbundenheit zum/zur Partner:in ausgelöst werden oder auch durch ein Gefühl der eigenen Attraktivität. Die Haltung und der Umgang mit dem eigenen Körper sowie Selbstbefriedigungspraktiken spielen ebenfalls eine große Rolle als Beweggrund. In diesem Kapitel wird auf verschiedene Faktoren eingegangen, die sich auf das sexuelle Lustempfinden bzw. Unlust auswirken.

#### **2.3.1 Das eigene Körperbild**

Das eigene Körperbild steht häufig in engem Zusammenhang mit der sexuellen Selbstsicherheit einer Frau. Es beinhaltet die persönliche Einschätzung der eigenen Attraktivität und bildet einen wesentlichen Bestandteil der sexuellen Identität (vgl. Ecker 2020: 64). Unrealistische Schönheitsideale und eine kritische Selbstwahrnehmung können zu einem negativen Körperbild führen und eine positive Beziehung zum eigenen Geschlecht verhindern (vgl. Aglaja/Pika 2016: 152). Die Scham über den eigenen Körper kann sich negativ auf die sexuelle Erregung auswirken, da die eigene kritische Haltung von der eigentlich sinnlichen Wahrnehmung ablenken kann (vgl. Bischof 2012: 59ff.).

Die Definition des Begriffs Körperbild erweist sich als komplex, da es in der deutschsprachigen Wissenschaft zu Überlappungen mit Begriffen wie Körperschema, Körper selbstwert, Körpererleben oder Körper-Ich kommen kann (vgl. Dudle 2017: 15). Unter Berücksichtigung dieser Komplexität unternahmen Küchenhoff und Agarwalla (2012) einen Definitionsversuch: „Das Körperbild ist also eine dynamische psychische Struktur, die die Teilaspekte des Körpererlebens immer neu zu einer Struktur des Erlebens verdichtet“ (Küchenhoff/Agarwalla 2012: 8). Sie betonen den prozesshaften Aspekt, der sich in jeder Entwicklungsperiode verändern kann und einen engen Zusammenhang körperlicher Interaktionen und emotionaler Zustände (vgl. ebd.).

Studien belegen, dass Frauen, die mit ihrem Körperbild zufrieden sind, mehr sexuelle Eigenaktivität zeigen und häufiger Sex und sexuelles Verlangen haben (vgl. Henning 2019: 10). Das persönliche Körperbild besteht aus einer Wahrnehmungsebene, die sich auf das subjektiv Erlebte, also den Ist-Zustand bezieht und aus einer Bewertungsebene, die sich auf den Soll-Zustand bezieht. Beide Ebenen zusammen ergeben das individuelle Gefühl der eigenen Attraktivität (vgl. Dudle 2017: 16) und gelten somit als wichtige Voraussetzung für die sexuelle Selbstsicherheit (vgl. Sparmann 2015: 18).

### **2.3.2 Das genitale Selbstbild**

Das genitale Selbstbild einer Frau kann als ein Teilaspekt des generellen Körperbilds verstanden werden. Es bezieht sich auf ihre persönliche Wahrnehmung, Einstellung und Gefühle als Frau. Es umfasst ihre körperlichen Empfindungen, ihr Aussehen, ihre Beziehung zu ihrem Körper und ihre sexuelle Identität. (vgl. Böhm 2023: 15) Ein gesundes und positives genitales Selbstbild ist wichtig für das Selbstwertgefühl, die körperliche Zufriedenheit und das allgemeine Wohlbefinden einer Frau (vgl. Henning 2019: 10). Haben Frauen ein negatives genitales Selbstbild, kann dies einschränkende Wirkung auf ihr Sexualeben haben. Fühlen sie sich innerhalb einer sexuellen Situation aufgrund von Zweifeln am eigenen Genital unwohl, kann das den Erregungsgrad sowie die sexuelle Zufriedenheit beeinflussen und das Verlangen mindern (vgl. Schick et al. 2010: 394ff.). Umgekehrt seien Frauen mit einem positiven genitalen Selbstbild sexuell zufriedener. Sie initiieren häufiger sexuelle Situationen und erleben öfter Orgasmen, was wiederum zu mehr Verlangen führt, denn „Lust auf Sex kommt durch Lust am Sex“ (Bischof 2016: 183). Studien zur sexuellen Attraktivität zeigen, dass bei Frauen eine Reihe von Körperteilen bei der Einschätzung der eigenen Attraktivität eine Rolle spielt. Im Fokus stehen die äußeren weiblichen Genitalien (vgl. Henning 2019: 11). Dabei geht es meistens um die Größe, das Aussehen und um den Geruch der Vulva. Die Vulva ist entscheidend für das sexuelle Erleben einer Frau. Sie ist einerseits geprägt durch gesellschaftliche Bilder von Lust, Intimität und Sexualität, andererseits von Bildern der Verführung und Verwegenheit, wodurch sie schamhaft besetzt ist (vgl. Barinoff 2020: 61). Kommt es zur Veränderung des eigenen genitalen Selbstbilds durch eine Krankheit oder andere Ereignisse, kann dies zu erheblichen Körperbildproblemen führen und die eigene sexuelle Identität angreifen, was gesellschaftlich immer noch tabuisiert ist (vgl. ebd.).

### **2.3.3 Körperwahrnehmung und Zugang zum eigenen Genital**

Die sexuelle Lust einer Frau hängt auch von der Wahrnehmung ihres Körpers ab und ihren subjektiven Sinnesempfindungen. Eine lustvolle Erotisierung des eigenen Geschlechts ist für viele Frauen keine Selbstverständlichkeit (vgl. Schiffan 2016: 169). Solo-Berührungen können dazu beitragen, dass sich eine Frau ihren Körper und ihr Genital visuell und taktil zu eigen

macht, was die Wahrnehmung und den Zugang zum eigenen Geschlecht fördert (vgl. Bischof 2016: 185ff). Dabei kann sie unterschiedliche Sinnesempfindungen im Bereich der Vulva, der Labien oder der Vaginalöffnung spüren. Bei der Erkundung des eigenen Körpers spielt eine Wechselwirkung von Bewegung, Atmung und Muskelentspannung eine große Rolle (vgl. ebd. 192f) Durch einen Tonuswechsel der Muskeln, wird die Durchblutung gefördert und genitale Erregung erleichtert. Wiederholtes Üben und eine Kombination unterschiedlicher rhythmischer Bewegungen sowie das An- und Entspannen der Muskeln und Atmung können Sinnesempfindungen erlebbar machen, die mit lustvollen Gefühlen einhergehen (vgl. Bischof: 2016: 198) und Einfluss auf das vegetative Nervensystem haben (vgl. ebd.: 93).

### **2.3.4 Partnerschaft und sexuelle Beziehungen**

Ecker (2020) spricht von „drei Dimensionen des sexuellen Profils“: der Lustdimension, der Selbstdimension und der Beziehungsdimension (vgl. Ecker 2020: 84). Vielen Frauen reichen die Lust auslösenden Reize auf körperlicher Ebene und die Selbstwahrnehmung nicht aus, um sexuelles Verlangen zu spüren. Auch die Beziehungsebene spielt eine wesentliche Rolle. Bassons (2001) zirkuläres Modell entspricht Handlungsmustern weiblicher Sexualität, denn das Initiieren einer sexuellen Begegnung sowie das Beenden sei kontextabhängig. Nach Balmer (2008) sei weibliche Sexualität innerhalb einer sexuellen Beziehung zum/zur Partner:in nicht unbedingt auf Penetration und Orgasmus ausgerichtet, sondern eine „nicht-koitale Intimität“ (Balmer 2008) stünde im Vordergrund sowie der Wunsch nach emotionaler Nähe. Emotionale Intimität spiele eine entscheidende Rolle dabei, eine Beziehung stabil zu halten und erzeuge beständiges sexuelles Verlangen in Liebesbeziehungen (vgl. Schnarch 2009: 130). Intimität ist hierbei als offene Selbstkonfrontation in Gegenwart einer Partnerschaft zu verstehen, die eine Risikobereitschaft, sich mit allen Wünschen und Leidenschaften zu zeigen, mit sich bringt (vgl. Clement 2014: 80).

Beier und Loewit (2004) gehen im Kontext der syndiastischen Sexualtherapie<sup>5</sup> davon aus, dass das Lusterleben innerhalb einer vertrauensvollen und liebevollen Beziehung die Qualität des sexuellen Erlebens vertieft. In der intimen Begegnung der Geschlechter werden die Grundbedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit erfüllt. Erst dann seien „alle Ebenen des Erlebens – die körperliche, die psychische und die soziale – integriert und Beziehungssinn als Erfüllung von biopsychosozialen Grundbedürfnissen wird umfassend erschlossen“ (Beier/Loewit 2004: 36).

---

<sup>5</sup> Die syndiastische Sexualtherapie ist ein therapeutisches Verfahren, welches sich nach den biopsychosozialen Bedürfnissen richtet, wie Vertraulichkeit, Zugehörigkeit und Kommunikation und versucht, die Voraussetzungen für Betroffene zu verbessern, sodass diese Grundbedürfnisse in einer Partnerschaft gemeinsam erfüllt werden können (vgl. Beier / Loewit 2004: 3).

### **2.3.5 Einfluss von Hormonen und Menopause**

Der hormonelle Einfluss spielt eine bedeutende Rolle, wenn es um das sexuelle Erleben einer Frau geht. Sie steht unter ständigem Einfluss hormoneller Wechselwirkungen, die mit dem Monatszyklus zu tun haben. Dieser unterteilt sich in zwei Phasen, die von unterschiedlichen hormonellen Einflüssen und anderen biologischen Abläufen geprägt sind. Um den Zeitpunkt des Eisprungs herum wird Frauen eine höhere Bereitschaft auf sexuelle Reize zu reagieren zugesprochen (vgl. Ecker 2020: 31). Durch den steigenden Östrogenspiegel seien sie geselliger, hätten generell mehr Lust auf Kontakte und auch auf sexuelle Begegnungen (vgl. Henning 2014: 116). Henning betont jedoch, dass die Zyklen individuell unterschiedlich erlebt werden und das sexuelle Verlangen von Frauen nicht nur vom Zyklus abhängt (vgl. ebd.), wie auch zuvor bereits dargestellt. Verhütet eine Frau mit Hormonen, ist ihr natürlicher Zyklus unterbrochen, was auch unterschiedliche Auswirkungen auf ihr sexuelles Erleben haben kann (vgl. Mérrret 2020: 137).

Ein sexuell aktiver Mensch wird meistens auch im Alter nach unterschiedlichen Formen der sexuellen Befriedigung suchen. Auch wenn es mit zunehmendem Lebensalter zu Veränderungen der körperlichen sexuellen Reaktionen kommt, sind diese nicht unbedingt mit einem Verlust der Sexualität zu beschreiben (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 26). Während der Menopause sinken die Östrogen- und Progesteronspiegel im Körper einer Frau. Diese Hormone spielen eine wichtige Rolle bei der Regulation des Sexualtriebs, der vaginalen Feuchtigkeit und der Durchblutung im Genitalbereich. Der Abfall dieser Hormone kann sich auf die Durchblutung der vaginalen Schleimhäute auswirken und somit auch auf eine verminderte Lubrikation. Einige Frauen verspüren dadurch weniger sexuelles Verlangen und es kann zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr kommen (vgl. Henning 2014: 116). Die hormonellen Verschiebungen während der Menopause können zu Stimmungsschwankungen und Stress führen (vgl. Mérrret 2020: 91), die sich auf das sexuelle Verlangen und die Fähigkeit, Freude am Sex zu empfinden, auswirken können.

### **2.4 Vulvakrebs und Sexualität**

Mit einer Krebsdiagnose steht meistens Angst und Überleben der Betroffenen im Vordergrund. Zunächst konzentriert sich nach Diagnose alles auf die Behandlung und das Gesundwerden und die gelebte Sexualität tritt in den Hintergrund. Sobald die Erkrankung überwunden oder eingedämmt ist, kehrt der Alltag zurück und sexuelle Bedürfnisse rücken meist wieder in den Vordergrund (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 42).

Im folgenden Kapitel wird dargelegt, welche körperlichen und psychischen Auswirkungen die Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung auf unterschiedlichen Ebenen beeinträchtigen können. Zunächst wird erläutert, weshalb eine Krebserkrankung, die sich auf die Sexualität auswirkt, besonders herausfordernd ist für die Betroffenen.

### **2.4.1 Krebserkrankung und Sexualität – ein schambesetztes, doppeltes Tabu**

Die Themen Sexualität und sexuelles Versagen werden gesellschaftlich in besonderer Weise tabuisiert und sind mit Schamgefühlen verbunden (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 155). Scham gehört zu einer gesunden Psyche dazu. Menschen schämen sich, wenn ihr Handeln oder Denken im Widerspruch zu eigenen Ansprüchen und Maßstäben oder denen ihrer Mitmenschen stehen (vgl. Ruppert 2019: 104). Ebenso kann Schamgefühl entstehen, wenn gesellschaftliche Bewertungsmaßstäbe an eine Person herangetragen werden, denen sie nicht entspricht, zum Beispiel körperliche Mängel, Aussehen, Unwissen, aber auch Prestige und Kleider (vgl. ebd.). Über veränderte Sexualität im Kontext einer Krebserkrankung zu sprechen, stellt „ein doppeltes Tabu“ (Dudle/Häusermann 2017: 228) dar. Vielen Menschen, die an keiner Erkrankung leiden, fällt es schwer, über Sexualität zu sprechen, wobei meistens das Schamgefühl verantwortlich ist. Dieses entsteht aus Unsicherheit oder kann Ursache ängstlichen Verhaltens sein. Die Sorge davor, zurückgewiesen zu werden oder sein Gegenüber zu verletzen, dominiert häufig und intime Themen werden erst gar nicht angesprochen. Diese Ängste können genommen werden, wenn genügend Selbstvertrauen in die eigene Persönlichkeit und den eigenen Körper vorhanden ist, sodass Selbstannahme die Kommunikation über Sexualität zulässt (vgl. Hahn 2020: 21).

In den Medien wird häufig ein Idealbild von Sexualität vermittelt: Sie wird mit Adjektiven wie jugendlich, sexy, schön, gesund, leistungsfähig, leidenschaftlich und potent in Verbindung gebracht (vgl. Stirn / Pika 2016: 153) und „so haben sich in der modernen Gesellschaft Körperideale entwickelt, die vor allem die Attraktivität und Funktionalität [...] weiblicher Körper“ (Sparmann 2015: 17) in den Vordergrund stellen.

Veränderte Sexualität im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, entspricht nicht diesem Ideal und findet gesellschaftlich wenig Beachtung (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 228). Eine Krebserkrankung und mögliche Folgen für das sexuelle Erleben können das Selbstvertrauen drastisch erschüttern und die Scham, über Sexualität zu sprechen, verstärken. Hierbei spielt das Gefühl von Schuld häufig eine große Rolle, Angst vor Schmerzen, ein generelles Unwohlsein und Gefühle von Trauer oder Wut um den Verlust von befriedigenden sexuellen Erlebnissen (vgl. Hasenburg et al 2020: 21).

Lust und Begehren sind Substantive, die Menschen mit einem erkrankten Körper nicht zugeprochen werden und schließt somit Menschen mit einem abweichenden und veränderten Körperbild vom sexuellen Ideal aus (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 228). Insbesondere für Personen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung kann dieses Spannungsfeld zwischen Realität und dem subjektiven sexuellen Erleben eine große Herausforderung darstellen. Schamgefühle erschweren es im Kontext einer gynäkologischen Erkrankung, über sexuelle Bedürfnisse zu sprechen, die über biologische Funktionen oder einen Kinderwunsch hinausgehen (vgl. ebd.: 227). Demnach gilt die Thematisierung sexuellen Erlebens weiterhin als Tabu,

gerade im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung, wodurch Betroffenen und ihren Partner:innen die Kommunikation darüber besonders schwerfällt (vgl. Collier 2016: 16). Auch für medizinisches Fachpersonal sind sexuelle Themen häufig schambehaftet, obwohl im Kontext von Langzeitauswirkungen nach einer Krebserkrankung Sexualität eine wesentliche Rolle spielt (vgl. Galgut 2022: 114). Das Thema Sexualität wird von Betroffenen und dem medizinischen Fachpersonal häufig tabuisiert und ausgespart, denn auf beiden Seiten bestehen Schamgefühle (vgl. Schaum 2021). Betroffene fühlen sich mit dem Thema Sexualität allein gelassen und „Sprachlosigkeit sowie Gefühle von Enttäuschung und Sich-Nicht-Verstanden-Fühlen sind oftmals unmittelbare Konsequenz“ (Hahn 2020: 22), die sich auf ihre Sexualität auswirken.

## **2.4.2 Vulvakrebs und Auswirkungen auf das sexuelle Erleben**

Wie im Kapitel 2.3. beschrieben, ist die weibliche Sexualität vom Zusammenspiel körperlicher und seelischer Vorgänge geprägt. Eine Krebserkrankung und ihre Behandlung können massive Störungen des sexuellen Empfindens verursachen (vgl. dkfz 2021: 8). Fast keine Krebserkrankung beeinträchtigt das sexuelle Erleben von Frauen so sehr wie das Vulvakarzinom. Die Sexualorgane Vulva und Vagina als Symbole der Weiblichkeit und der Fruchtbarkeit machen einen großen Teil der weiblichen Identität aus und stehen in direkter Verbindung mit der sexuellen Lust (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 226). Treten bei einem dieser Organe als Folge der Erkrankung oder der damit einhergehenden Behandlungen Veränderungen auf, liegt es daher nahe, dass die sexuelle Identität der Betroffenen leidet (vgl. Barinoff 2020: 61). Gelebte und positiv erlebte Sexualität kann jedoch einen wichtigen Beitrag zur Genesung beisteuern, denn der Austausch von Nähe und Zärtlichkeit sowie das Empfinden von Lust wirkt sich bestätigend auf die persönliche Identität aus. Fällt diese Bestätigung weg, können Ängste, Unsicherheiten und Einsamkeitsgefühle entstehen (vgl. Österreichische Krebshilfe 2019: 6).

### **2.4.2.1 Körperliche Folgen einer Behandlung**

Schon ein kleiner operativer Eingriff an der Vulva kann zu verheerenden Folgen für die Sexualität der Betroffenen führen. So verstärkt sich bei einem fortgeschrittenen Vulvakarzinom die Problematik, wenn eine Resektion der gesamten Vulva<sup>6</sup> notwendig ist (vgl. Barinoff 2020: 61). Auch adjuvante Bestrahlungen<sup>7</sup> können zu Einschränkungen führen, da Patient:innen durch die Behandlung an „Veränderungen der Vulvaanatomie, einer Introitus-, Vaginal- oder Urethralstenose<sup>8</sup> oder Vernarbungen im Bereich der Vulva“ (ebd.) leiden können. Es kann zu

---

<sup>6</sup> Resektion = Operative Entfernung von Organanteilen.

<sup>7</sup> Als adjuvante Therapie bezeichnet man in der Medizin allgemein ergänzende oder unterstützende Therapiemaßnahmen, insbesondere aber in der Onkologie zeitlich nach operativer Entfernung des Tumors.

<sup>8</sup> Eine Stenose ist eine Verengung, bzw. verengte Stelle von Hohlorganen (zum Beispiel von Blutgefäßen, der Luftröhre, der Harnleiter oder der Hamröhre). Als Stenosierung bezeichnet man den Vorgang der Verengung.

Lymphödemen der Beine sowie der Vulva kommen, was den Betroffenen häufig große Schmerzen bereitet. (vgl. ebd.)

### **Schmerzen im Genitalbereich (Vaginismus)**

Vaginale Probleme sind häufige Folgen nach einer Operation oder Bestrahlung. Die Chemotherapie, die Strahlentherapie und unterschiedliche Antihormontherapien (Details zur Erkrankung und Therapieformen von Vulvakrebs siehe in: Vilkkama 2023: 12-18) können zu einer trockenen oder entzündeten Vaginalschleimhaut führen (vgl. Hasenburg et al. 2020: 93). Verklebungen der Vulva und der Vagina sowie ein Elastizitätsverlust dieser Organe sind häufige Begleiterscheinungen sowie vermehrte Infektionen der Vagina durch gereizte Schleimhäute (vgl. dkfz 2021: 41). Wund- und Narbenschmerzen an der Vulva und im gesamten Genitalbereich sind gängige Begleiterscheinungen einer Behandlung. In einigen Fällen ist eine operative Verkürzung der Vagina notwendig, sodass starke Schmerzen bei einer Penetration entstehen können oder diese nicht möglich ist. Auch Lymphödem können sehr schmerzhaft sein, woraus ebenso Probleme bei der Penetration resultieren (vgl. Barinoff 2020: 62). Wenn die übliche sexuelle Begegnung eines Paares durch den penetrativen Akt geprägt war, kann dies erhebliche Auswirkungen auf ihre gemeinsame Sexualität haben (vgl. dkfz 2021: 43).

### **Misempfindungen, Erregungs- und Orgasmusschwierigkeiten**

Vulvakrebs und seine Behandlungen führen in vielen Fällen zu Beeinträchtigungen von Körperstellen, an denen vorher Berührungen stimulierend wirkten und als sexuell erregend empfunden wurden. So können sich im genitalen Bereich gewohnte Reaktionen und Empfindungen verändern und die sexuelle Wahrnehmung erst einmal einschränken (vgl. dkfz 2021: 53). Diese Empfindungsstörungen können auch Lubrikationsvorgänge verhindern (vgl. Barinoff 2020: 62) oder sich als Überreizung äußern, sodass sanfte Berührungen als viel zu intensiv empfunden werden (vgl. dkfz 2021: 53). Häufig wird bei der Entfernung eines Tumors die komplette Vulva entfernt, sodass für einen Wiederaufbau Haut und Muskeln von der Innenseite des Oberschenkels genommen werden, um Blut- und Nervenversorgung erhalten zu können (vgl. Vilkkama 2023: 16). Eine solch aufgebaute Vulva oder Vagina kann auch bei sexueller Erregung keine oder nur wenig Feuchtigkeit produzieren (vgl. Deutsche Krebshilfe 2015: 15). Viele Patient:innen haben nach der Behandlung Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erleben, da durch operative Eingriffe die Klitoris oder weitere Organteile und Nervenenden stark beschädigt oder sogar entfernt wurden (vgl. dkfz 2021: 30). Oft haben sie ein taubes Gefühl in Vulva und Vagina oder gar kein Empfinden mehr ). So brauchen viele Betroffene nach der Behandlung eine andere Art der Stimulation für die genitale Erregung und zur Erlangung eines Orgasmus (vgl. dkfz 2021: 30).

## **Harninkontinenz**

Durch massive Eingriffe in den vaginalen Bereich können Harnleiter und Blase in Mitleiden- schaft gezogen werden, was zu Harninkontinenz führen kann. Operationen und auch Bestrah- lungen können Nervenbahnen verletzen, den Schließmuskel schwächen und zur Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur führen. Wenn Betroffene ihren Harn nicht kontrollieren können, kann dies während einer sexuellen Begegnung zu unangenehmen Situationen führen und auch dazu, dass Sexualität aus Schamgefühl vermieden wird (vgl. dkfz 2021: 53).

## **Therapiebedingter Hormonmangel (vorzeitiges Klimakterium)**

Krebsbehandlungen können das hormonelle System beeinflussen und ein Östrogenmangel kann die Folge sein. Chemo- und Strahlentherapien wirken sich auf die Funktion der Eierstö- cke aus (vgl. dkfz 2021: 16). Einige Tumore sind in ihrem Wachstum von dem weiblichen Ge- schlechtshormon Östrogen abhängig, so sind Antihormontherapien eine Möglichkeit der Be- handlung. Mit diesen Therapieformen kommt es zu einer verfrühten Menopause und Begleit- erscheinungen sind typische Symptome der Wechseljahre, wie Hitzewallungen, Schwitzen ebenso wie trockene und wund Vaginalschleimhäute (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 48). Eine we- sentliche Begleiterscheinung der Antihormontherapie ist die Unfruchtbarkeit vieler prä- menopausalen Patient:innen (vgl. Mehnert-Theuerkauf 2020: 113).

### **2.4.2.2 Psychosoziale Auswirkungen**

Neben den körperlichen Folgen einer Behandlung führen psychische und soziale Faktoren zu einem stark verminderten sexuellen Verlangen. Zudem haben viele Betroffene auch durch op- tische Veränderungen erhebliche Probleme mit ihrem Weiblichkeitsempfinden, ihrem genitalen Selbstbild und in Zusammenhang damit in ihren Beziehungen. Der Leidensdruck ist subjektiv und hängt nicht unbedingt von der Schwere der Erkrankung und der entsprechenden Thera- pieform ab. Schon die Angst vor einem Rezidiv kann so traumatische Auswirkungen haben, dass professionelle Hilfe notwendig ist (vgl. Barinoff 2020: 62).

## **Lustlosigkeit / Libidoverlust**

Durch eine Behandlung bei Vulvakrebs und die damit einhergehenden Beschwerden und Be- lastungen stehen sexuelle Beziehungen nicht im Vordergrund und erotische Reize verändern sich. Betroffene haben das Gefühl, „ihr Körper komme ihnen abhanden oder er sei nur noch Gegenstand medizinischer und technischer Verrichtungen“ (dkfz 2021: 37). Das fehlende se- xuelle Verlangen ist demnach durch unterschiedliche Ursachen bedingt, wie Schmerzen, see- lische Belastungen, Erschöpfung, ein veränderter Hormonhaushalt und ein verändertes Kör- perbild. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen stellt eine Herausforderung für die Be- troffenen dar, dennoch ist es nicht förderlich, sie stattdessen zu ignorieren und somit zu tabu- isieren (vgl. Österreichische Krebshilfe 2019: 9).

## **Verändertes Körperbild**

Nach einer Chemotherapie kommt es üblicherweise zu Haarausfall oder Hautveränderungen. Der gesamte Körper ist geschwächt und sieht verändert aus, was jedoch vorübergehend sein kann (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 93). Nach der Behandlung eines Vulvakarzinoms spielen jedoch optische Beeinträchtigungen der Vulva, die bestehen bleiben, meist eine große Rolle. Durch Operationen können die inneren und äußeren Labien verändert sein. Das Aussehen der Vulva entspricht oft nicht mehr dem vorherigen, weil große Teile des Organs entfernt werden mussten. Zudem kann der Genitalbereich mit großen Narben versehen sein (vgl. dkfz 2021: 48). Diese optischen Veränderungen können negative Auswirkungen auf die Selbstwahrnehmung, das Selbstbild und die eigene Attraktivität haben, denn diese spielen für das sexuelle Lustempfinden von Frauen (siehe Kapitel 2.3) eine wichtige Rolle (vgl. Mamié 2017b: 256).

## **Abspaltung und Dissoziation**

Durch einen Schock oder durch sehr schmerzhaft psychische oder physische Erfahrungen, kann es zu Abspaltungen des betroffenen Bereichs oder gar zu Dissoziationen kommen (vgl. Scurlock-Durana 2019: 48), sodass auch Betroffene mit einem Vulvakarzinom den Bereich ihrer Vulva und Vagina oder den gesamten genitalen Bereich dauerhaft von ihrem Nervensystem abspalten. Durch permanenten Stress verfestigt sich ein Mechanismus, der dann nicht mehr auf die spezielle psychosoziale Belastung als Auslöser angewiesen ist (vgl. Sonnenmoser 2004). Es gibt unterschiedliche Erklärungsansätze zur Funktion von dissoziativen Störungen:

Psychoanalytische Konzepte gehen von einer aktiven Verdrängung und Abwehr inakzeptabler Erfahrungen aus. Gefühle und Erfahrungen, die der Betroffene nicht in sein Selbstbild integrieren kann, werden abgespalten. Die Psyche versucht, sich mit dieser Strategie selbst zu schützen (Sonnenmoser 2004).

## **Fatigue, Depressionen, Ängste und Stress**

Insbesondere Vulvakrebspatient:innen, die sich einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen müssen, sind vom Fatigue-Syndrom betroffen (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 96). Negative Stimmungslagen, wie Ängste, Depressionen und Stress, können sich auf das sexuelle Lustempfinden auswirken (vgl. Fehm 2020: 94). Die Krebserkrankung und Behandlungsmaßnahmen wirken auf Körper und Psyche sehr erschöpfend, was sich zu einer chronischen Müdigkeit (Fatigue) entwickeln kann, die für viele Patient:innen kaum überwindbar scheint (vgl. Österreichische Krebshilfe 2019: 37). Medizinisch ist mit ‚Fatigue‘ ein Zustand gemeint, der sich durch Antriebsschwäche, Energiemangel, Müdigkeit, depressive Stimmungen und durch Verlust an Lebenskraft äußert (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 96). Der beständige Erschöpfungszustand vermindert maßgeblich das sexuelle Verlangen. Die Fatigue ist für viele Tumorpatient:innen ein wesentliches Problem, besonders im Kontext einer Chemo- oder Strahlentherapie. Die Therapie kann individuell gestaltet werden. Körperliche Aktivität und Entspannungsübungen, wie z.

B. Yoga und Meditation können Strategien sein, die Beschwerden zu verringern (vgl. Schoenberg 2016: 251).

### **2.4.3 Auswirkungen auf Partnerschaft und sexuelle Beziehungen**

Eine Krebsdiagnose hat aus den oben dargelegten Gründen immer Auswirkungen auf die eigene Sexualität und somit auch auf sexuelle Beziehungen. 40 bis 100 Prozent aller Betroffenen einer gynäkologisch-onkologischen Erkrankung leiden unter einer belasteten Sexualität (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 227), was sich wiederum auf die eigene Identität sowie auf die bestehende Partnerschaft oder andere sexuelle Beziehungen auswirken kann. Die Wichtigkeit von Sexualität innerhalb einer Beziehung ist sehr unterschiedlich. Manche legen sehr viel Wert darauf, nach einer Behandlung eine sexuelle Beziehung zu führen, für andere kann es wiederum unerheblich sein (vgl. Galgut 2022: 92), da die gegenseitige Aufmerksamkeit und Wertschätzung auf anderen Ebenen der Partnerschaft erfüllt wird (vgl. dkfz 2021: 23). Angehörige und vor allem der/die Partner:in einer erkrankten Person befinden sich in einer Doppelrolle. Sie sind einerseits auf emotionaler Ebene Mitbetroffene und fungieren andererseits als Unterstützungspersonen (vgl. Künzler/Lenz 2010: 262).

Mit der Diagnose Vulvakrebs verschärfen sich die Auswirkungen, da die Vulva als Geschlechtsorgan in direkter Verbindung mit Sexualität steht und im sexuellen Akt sowohl auf körperlich-sinnlicher als auch auf kognitiv-lustvoller Ebene eine wichtige Rolle spielt. (vgl. Barinoff 2020: 61) Offen über Sexualität zu kommunizieren, fällt vielen Paaren nicht leicht, selbst wenn sie sich in einer langen und vertrauten Beziehung befinden. Sexuelle Schwierigkeiten lassen sich jedoch am besten lösen, wenn man darüber spricht. Dies gilt sowohl für feste Partnerschaften als auch für offene Beziehungen. Eine Vulvakrebserkrankung bringt oftmals ein verändertes Empfinden im genitalen Bereich mit sich, was sich auf den Ablauf gewohnter Erregungsmuster auswirken kann. Insbesondere dann, wenn es um die Entwicklung neuer Formen sexueller Begegnung und Befriedigung geht, ist eine offene Kommunikation unausweichlich (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 155), damit eine sexuelle Beziehung die Chance hat, sich weiterzuentwickeln. Das Nicht-Kommunizieren birgt die Gefahr von Missverständnissen, was zu einem Teufelskreis führt, der beide Seiten hilflos verstummen lässt (vgl. Barinoff 2020: 22). Mit den optischen Veränderungen, den Schmerzen oder Taubheitsgefühlen von Vulva und Vagina entstehen Unsicherheiten bezüglich der eigenen sexuellen Funktion und bei Betroffenen ist eine „sich selbst verstärkende Versagensangst“ (Zettl/Hartlapp 2002: 56) zu beobachten. Dies kann dazu führen, dass sie sich zurückziehen und entsprechend sexuelle Kontakte vermeiden. Vermeidungsverhalten auf sexueller Ebene ist jedoch auch auf Seiten des/der Partner:in zu beobachten, was von der erkrankten Person als Ablehnung verstanden werden kann und sich negativ auf ihr Selbstwertgefühl auswirken kann. Häufig ist der Rückzug des/der Partner:in mit Angst und Unsicherheit zu begründen (vgl. dkfz 2021: 23). Bei Vulvakrebs spielt die optische Veränderung der Vulva auch für den/die Partner:innen eine Rolle, vor allem jedoch die Sorge

um eventuelle Schmerzen oder Verletzungen der Betroffenen während der sexuellen Interaktion (vgl. ebd.). Vermeidungsverhalten auf beiden Seiten unterstützt jedoch das Aufrechterhalten der Symptomatik (vgl. Mamié 2017a: 162) Im Modell der Anpassung eines Paares nach Krebserkrankungen des/der Partner:in (nach Manne und Badr 2008<sup>9</sup>) wird in zwei Strategien von Verhalten unterschieden: Die ‚beziehungsverbessernden‘ Verhaltensweisen bestehen aus emotionaler Erreichbarkeit durch konstruktive Kommunikation, empathisches Verstehen und Perspektivwechsel, während Vermeidung und Rückzug als ‚beziehungsverschlechterndes‘ Verhalten gelten (vgl. Siedentopf 2020: 128). Für ‚positives Coping‘ ist die Intimität innerhalb einer Beziehung grundlegend. (vgl. ebd.)

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität nach einer Erkrankung und eine offene Kommunikation über neu entstandene Bedürfnisse können jedoch auch positiv empfundene Konsequenzen für sexuelle Beziehungen bringen in Form von Nähe und tieferer Verbundenheit (vgl. Künzler/Lenz 2010: 262), sexueller Selbstsicherheit und vor allem neuen sinnlichen Erfahrungen. Gewohnte oder festgefahrene sexuelle Abläufe innerhalb einer Beziehung können, bzw. müssen nach einer Vulvakrebserkrankung hinterfragt und aufgebrochen werden, was für viele sexuelle Beziehungen eine Chance bietet.

## **2.5 Bewältigungsstrategien – Wiederannäherung an die eigene Sexualität**

In diesem Kapitel werden mögliche Bewältigungsstrategien und die nötigen Voraussetzungen vorgestellt, um sich der eigenen Sexualität wiederanzunähern. Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit dargelegt, gibt es zu Vulvakrebserkrankungen wenige Veröffentlichungen. Aus diesem Grund beziehen sich die unten aufgeführten Möglichkeiten der Bewältigung und Hilfen bezüglich sexueller Veränderungen generell auf gynäkologisch-onkologische Erkrankungen.

Da der durchgeführte Online-Kurs ein sexuelles Bildungsangebot ist (siehe Kapitel 3) und zum einen aus kognitiver Wissensvermittlung besteht, zum anderen aus Wahrnehmungs- und Körperübungen, die sich am sexualtherapeutischen Ansatz ‚Sexocorporel‘ orientieren, liegt in diesem Kapitel der Schwerpunkt auf der Vorstellung körperorientierter Verfahren und des Konzepts ‚Sexocorporel‘.

### **2.5.1 Professionelle Aufklärung als Voraussetzung**

Einleitend wird an dieser Stelle noch einmal die Dringlichkeit einer **professionelle Aufklärung** verdeutlicht. Informationen über die Krankheit an sich, ihre Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und mögliche therapeutische Ansätze sind Voraussetzung für die Bewältigung einer gynäkologisch-onkologischen Erkrankung. Hierzu gehören sowohl das Wissen über praktische Aspekte wie die richtige Körperpflege, Ernährung und mögliche sportliche Aktivitäten als

---

<sup>9</sup> Manne, S. Badr, H. Intimacy and relationship processes in couple`psychosocial adaptation to cancer. Cancer. 2008;112:2541-2555. (zitiert aus: Siedentopf 2020: 135).

auch eine kompetente Sexualberatung vor-, während und nach der Erkrankung. Es sollte vor allem Aufgabe des medizinischen Fachpersonals sein, Patient:innen über mögliche Folgen für ihr Sexualleben aufzuklären und sie an entsprechende Therapeut:innen zu verweisen. Bisher war das jedoch nicht selbstverständlicher Bestandteil einer Behandlung.

**Körperpflege** in Form von eigener liebevoller Zuwendung kann helfen, die Veränderungen des Körpers anzunehmen. Narbenpflege mit speziellen Cremes und Salben, die Anwendung von Gleitgel bei verminderter Lubrikation, Hautpflege im wunden Vulvabereich sowie Maßnahmen zur Scheidentrockenheit (vgl. Deutsche Krebshilfe 2015: 23), Östrogenisierung der Vaginalhaut und der Aufbau einer gesunden Vaginalflora können je nach Symptomatik hilfreich sein. Ein „aktives ‚sich-um-sich-kümmern‘ kann das Annähern an den Körperteil, der einerseits gerade ‚versagt‘ hat, aber andererseits viel Pflege braucht, beschleunigen und zur Krankheitsbewältigung positiv beitragen“ (Barinoff 2020: 62).

**Die Anwendung von sexuellen Hilfsmitteln kann** beispielsweise in Form von Vaginaldilatoren (evtl. schon während der Therapie) eine Möglichkeit bieten, den eigenen Körper nach und nach wieder neu erkunden zu lernen und zu erfahren, wie der Körper auf Stimulation an unterschiedlichen Stellen reagiert (vgl. Zettl / Hartlapp 2008: 124).

Erst seit wenigen Jahren werden in der Krebsforschung **körperliche Aktivität und ein sportliches Wiederaufbautraining** im Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen empfohlen. Diese haben positive Auswirkungen auf die körperliche, psychische und psychosoziale Entwicklung von Betroffenen während der Therapie und in der Rehabilitationsphase. Ein regelmäßiges an die Erkrankung angepasstes Training wirke sich nach Baumann et al. (2012) positiv auf das Herzkreislaufsystem, das Immunsystem, das Körperbild und ein gesundes Selbstbewusstsein aus. Bewegung könne dem Fatigue-Syndrom, Angst, Depression, Stress und auch Schmerzen entgegenwirken. Die Steigerung der Leistungsfähigkeit führe zu höherem Vertrauen in den eigenen Körper, zu einer besseren Stimmungslage (vgl. Baumann et al. 2012: 4) und könne sich demnach auch auf die sexuelle Selbstsicherheit auswirken. Speziell für Vulvakrebspatient:innen gibt es allerdings noch keine Forschung zum positiven Einfluss durch Bewegung und Sport (vgl. AGO 2015: 87).

### **2.5.2 Therapeutische Ansätze**

Therapeutische Interventionen und eine psychosoziale Betreuung bieten während und nach einer Krebserkrankung Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und auf dem Weg zurück in das eigene Sexualleben. Aufgrund „der Ganzheitlichkeit des Symptomkomplexes“ (Barinoff 2020: 64) bei gynäkologischen Krebserkrankungen empfiehlt sich eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Betreuung von Betroffenen und Angehörigen, die aus psychoonkologischen und sexualtherapeutischen Ansätzen besteht (vgl. ebd.). Obwohl der Übergang zwischen beiden Therapieformen fließend ist, muss in den Vorgehensweisen unterschieden werden. Während eine Psychotherapie eher die Behandlung von seelischen Konflikten, die sich

auf die Sexualität auswirken, behandelt, legt die Sexualtherapie den Schwerpunkt auf die direkte Behandlung sexueller Störungen (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 147).

### **2.5.2.1 Psychoonkologische Behandlungsansätze**

Bei anhaltenden sexuellen Problemen sind psychoonkologische Einzel- oder Paarinterventionen hilfreich. Die psychoonkologische Versorgung von Krebspatient:innen wurde in Deutschland schon vor einigen Jahren, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereichen, aufgebaut (vgl. Künzler/Lenz 2010: 268) und hat sich, insbesondere im ambulanten Bereich, bis heute deutlich etabliert (vgl. Mehnert-Theuerkauf 2020: 115). Dies geht einher mit verbesserten Evidenzwerten zu den psychosozialen Belastungen bei Krebspatient:innen und Angehörigen (vgl. ebd.). Bei den psychoonkologischen Behandlungsansätzen von sexuellen Störungen geht es vor allem darum zu lernen, die eigene Situation anzuerkennen, sich mit dem veränderten Körper auseinanderzusetzen und Vermeidungsverhalten vorzubeugen (vgl. Mamié 2017b: 257).

**Eine salutogenetische Haltung** ist meistens Grundlage psychoonkologischer Ansätze. Letztere orientieren sich im optimalen Verfahren weniger an pathogenetischen Krankheitsmodellen und einer zugehörigen Ordnung des ICD<sup>10</sup>, sondern an einem biopsychosozialen-salutogenetischen Gesundheitsmodell. Dieses Modell nach Antonovsky (1997) richtet den Blick darauf, wie Patient:innen in bedrohlichen Belastungssituationen funktionsfähig bleiben und orientiert sich an individuellen Ressourcen, die betroffene Personen mitbringen (vgl. Künzler/Lenz 2010: 267). Es gibt bereits für gynäkologische Krebserkrankungen standardisierte Programme, die ihren Fokus auf Paare und offene Kommunikation über Sexualität legen (vgl. ebd.).

### **2.5.2.2 Körperorientierte Übungen nach Krebserkrankungen**

Körperorientierte Übungen bieten bei der Begleitung von Krebspatient:innen eine zusätzliche Option, Zugang zu psychischen Belastungen zu finden (vgl. Künzler/Lenz 2010: 272). Zettl und Hartlapp (2008) erläutern in ihrer Forschung die Vorteile eines ressourcenorientierten Blicks auf Patient:innen in der Rehabilitationsphase. Körpertherapeutische Verfahren und Übungen können unterstützend wirken, wenn sich ein negatives Selbstbild bspw. hemmend auf die Sexualität auswirkt. Dabei gehe es darum, die Aufmerksamkeit weg von der Erkrankung auf die gesunden Körperteile zu lenken. (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 153). Auch Künzler und Lenz (2010) plädieren im Kontext einer Krebserkrankung für körperorientierte Intervention, da sie – im Gegensatz zu psychoonkologischen Interventionen, die meist einen unterstützenden, tröstenden und beratenden Ansatz haben – den Fokus eher auf den Umgang mit der Erkrankung legt und sich nach den Stärken der Patient:innen richtet. Ein Ansatz, der

---

<sup>10</sup> ICD = International Classification of Diseases

bewältigungs- und ressourcenorientiert ist, rückt das Problem in den Hintergrund, denn ein problemzentriertes Arbeiten kann in der Krankheits- und Rehabilitationsphase zusätzlich belastend sein (vgl. Künzler/Lenz 2010: 269). Die von Künzler und Lenz vorgeschlagenen Körperinterventionen basieren auf fünf unterschiedlichen Übungsansätzen: **Passive Körperübungen** sollen körperliche und psychische Anspannung lösen, unter der erkrankte Menschen aufgrund von massiven Ängsten leiden. **Entspannungs- und Meditationsübungen** können zur Selbstregulation verhelfen. **Grounding-Übungen** können Halt spenden, denn Krebsbetroffene haben oft das Gefühl, ihnen wird der Boden unter den Füßen weggezogen. **Progressionsübungen** können dabei unterstützen, den Blick in die Zukunft zu richten, sich aus der passiven, abhängigen Rolle des/der Patient:in zu lösen und zu versuchen, Verantwortung für sich zu übernehmen. Wichtig bei der Durchführung von Körperübungen mit Krebsbetroffenen ist eine besondere Vorsicht, da sie oft unter lokalen Schmerzen oder Schmerzen am ganzen Körper leiden (vgl. Künzler/Lenz 2010: 270).

### **2.5.2.3 Der sexualtherapeutische Ansatz ‚Sexocorporel‘**

Während einer Krebserkrankung gehen viele Betroffene in einen Zustand ‚des Aushaltens‘, zu dem „körperliche und emotionale Dissoziationsreaktionen“ (Mamié 2017b: 257) gehören können. In der Phase der Rehabilitation ist es therapeutische Aufgabe, ihnen dabei zu helfen, zu ‚re-assoziieren‘ (vgl. ebd.). Um sich im eigenen Körper wieder zu Hause zu fühlen, kann eine Sexualtherapie, die mit Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Atmungsübungen arbeitet, zu einem Wiederaufbau des Körperschemas beitragen und zu neuem Lustempfinden führen (vgl. Bischof 2010: 48). Ein Modell, welches einen ganzheitlichen Blick auf die menschliche Sexualität richtet, ist der sexualtherapeutische Ansatz ‚Sexocorporel‘ (vgl. Dudle/Häudermann 2017: 229). Dieser wird im Folgenden vorgestellt.

**Das Modell sexueller Gesundheit** wurde in den 1970er Jahren von dem Psychologen und klinischen Sexologen Jean-Yves Desjardins entwickelt. Ihm zugrunde liegt das Gesundheitsmodell der WHO (1975), das unter sexueller Gesundheit die Einbindung körperlicher, emotionaler und sozialer Aspekte des sexuellen Seins versteht, die Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt (vgl. Sztenc 2020: 57). Grundlage des Konzepts bilden „das Recht auf sexuelle Informationen und das Recht auf Lust“ (ebd.). Nach Desjardins werden sexuelle Probleme nicht pathologisiert, sondern sie resultieren aus individuellen, unabgeschlossenen Lernschritten (vgl. Gehrig 2013: 2) und können durch körperbezogene Übungen behandelt werden und zur Erweiterung sexueller Funktions- und Erlebensfähigkeit beitragen (vgl. Mamié 2017b: 257).

**Die Einheit von Körper und Hirn** ist eine grundlegende Annahme für den Ansatz. Sexocorporel ist ein Ressourcenmodell, welches den Schwerpunkt nicht auf die Schwächen, sondern auf die schon vorhandenen Fähigkeiten der zu beratenden Person setzt. Es basiert auf der Annahme einer Körper-Hirn-Einheit und darauf, dass alle Vorgänge im Körper, sowohl auf emotionaler als auch auf kognitiver Ebene, Anklang finden (vgl. Bischof-Campbell 2012: 2).

Mit diesen Annahmen stützt Sexocorporel sich heute auf neurowissenschaftliche Untersuchungen zum Wechselbezug körperlicher und neuronaler Vorgänge (vgl. Sparmann 2015: 46). Dieser Ansatz sexueller Funktionalität zielt darauf ab, alle Ebenen, welche „die Funktion, das Erleben und das Handeln in der menschlichen Sexualität ausmachen, in ihren Eigenschaften und Wechselwirkungen“ (Bischof 2020: 6) zu erfassen. Desjardins entwickelte dementsprechend vier Komponenten, die in einer ganzheitlichen Sexualtherapie im Blick behalten werden müssen:

1. Die **physische Komponente** bezieht sich auf „die organismische Beschaffenheit unter der somatischen Perspektive“ (Sztenc 2020: 59), wie die Reaktionszyklen des Erregungsreflexes, die Erregungsquellen und die Erregungsmodi.
2. Der **kognitiven Komponente** werden z. B. alle Überzeugungen, Glaubensmuster und Ideologien in Bezug auf Sexualität zugeordnet.
3. Der **sexodynamischen Komponente** – auch Komponente des Bewusstseins genannt (vgl. Bischof et al. 2019) – werden alle Bereiche des Gefühls der Geschlechterzugehörigkeit, des Begehrens und der sexuellen Lust zugeordnet.
4. In die **Beziehungskomponente** gehören „alle Fähigkeiten zu Interaktion in sozialen Beziehungen in einem sexuellen Kontext“ (Sztenc 2020: 59).

Alle Komponenten werden gleichermaßen als wichtige Teile der menschlichen Sexualentwicklung anerkannt und ihr Zusammenwirken wird beleuchtet (vgl. Gehrig 2013: 3). Zur besseren Übersicht und zum Verständnis der Wechselwirkung zwischen den Komponenten, findet sich im Anhang ein Abbild des Modells sexueller Gesundheit (Anhang 1).

**Körper- und Wahrnehmungsübungen** bilden einen Schwerpunkt bei der sexualtherapeutischen Anwendung des sexocorporellen Ansatzes. Durch Berührungen am eigenen Körper kann die Erlebensfähigkeit durch wiederholtes Üben erweitert werden und angenehm erlebte Empfindungen können den Körper neu besetzen (vgl. Mamié 2017b: 257). So können auch angewöhnte Erregungsmuster und -abläufe aufgebrochen werden, wenn ein Leidensdruck besteht. Veränderungen im Umgang mit der Muskelspannung, der Bewegung und der Atmung in unterschiedlichen Rhythmen stehen in Wechselwirkung mit Emotionen und Gedanken und haben somit auch verändernden Einfluss auf Kognitionen und Gewohnheiten. Tonus, Atem und die Raumspanne der Bewegung haben also Einfluss auf die Durchblutung im Körper, auf das vegetative Nervensystem und können somit bei der Selbstregulation unterstützen. Körperübungen sind daher eine wichtige Möglichkeit, sexuelle Lernschritte anzuregen und weiterzuentwickeln (vgl. Aigner et al. 2020: 407).

**Das Modell der Erregungsmodi** ist wichtiger Bestandteil des therapeutischen Ansatzes. Desjardins hat auf Grundlage von Beobachtungen fünf Erregungsmodi festgehalten, die die unterschiedlichen funktionalen Muster beschreiben, mit denen ein Mensch seine Erregung steigern kann (vgl. Sparmann 2015: 52). Er unterteilt sie in 1. den Druckmodus, 2. den Reibemodus, 3. den Vibrationsinduzierten Modus, 4. den Ondulierenden Modus und 5. den Wellenförmigen Modus. Sie unterscheiden sich durch individuelle sensomotorische Ablaufmuster von

Bewegung, Atmung und Tonus (vgl. Bischof 2016: 190ff.). Jeder Modus habe seine Vor- und Nachteile, es gehe bei der Eruierung der individuellen sensomotorischen Muster „um Regulationsmöglichkeiten des sexuellen Erlebens über körperliches Verhalten“ (Sztenc 2020: 78).

#### **2.5.3.4 ‚Sexocorporel‘ und gynäkologischen Krebserkrankungen**

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie die im Unterkapitel 2.5.2.3 aufgeführten Komponenten nach Desjardins bei der Beratung von Personen eingesetzt werden können, die an einem gynäkologischen Krebs erkrankt sind. Da es bisher fast keine Veröffentlichungen gibt, die die Möglichkeiten von Sexocorporel im Zusammenhang mit gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen untersuchen, ist dieser Teil eng an die Arbeit von Dudle und Häusermann (2017) angelehnt.

**Physiologische Komponente (physischer Bereich):** Patient:innen haben nach der Behandlung eines Genitalkrebses häufig eine erhöhte Muskelspannung des Beckenbodens, was die Beweglichkeit einschränkt, zu einer flachen Atmung und zu sympathischen Stressreaktionen führen kann. Dieser Vorgang wirkt sich auf eine Verminderung der Durchblutung vor allem in den Geschlechtsorganen aus. Wenn die Durchblutung gering ist und Lubrikationsvorgänge nicht funktionieren, kann die Angst vor Schmerzen zu Verkrampfungen führen (vgl. Dudle / Häusermann 2017: 230). Nach einer Vulvektomie besteht die Beratungsaufgabe nicht darin, dass die betroffene Person ihre gewohnte Libido wiedererlangt, da dies durch körperliche Veränderungen und seelische Belastung erschwert sein kann. Es geht zunächst darum, zu eruieren, was sich die Person mit Blick auf physische Grenzen und Möglichkeiten vorstellen kann und darum, sie darin zu unterstützen, ihr sexuelles Erleben auf körperlicher Ebene bewusst wahrzunehmen und zu aktivieren. Hierfür eignen sich angeleitete Übungen in Bezug auf Bewegung, Rhythmus, Muskelspannung und Atmung (vgl. ebd.) sowie Eigenbeobachtungen in Bezug auf die Sinneswahrnehmungen, um herausfinden zu können, was als angenehm oder unangenehm empfunden wird.

**Emotionale Komponente (psychischer Bereich):** Nach einer gynäkologisch-onkologischen Behandlung können durch optische Veränderungen und funktionale Einschränkungen Minderwertigkeitsgefühle in Bezug auf das genitale Selbstbild aufkommen (vgl. Hahn 2020: 21). Starke Emotionen und Selbstwertprobleme spiegeln sich im Körperausdruck wider. Demnach machen sich Gefühle wie Angst und Scham im Brustkorb bemerkbar. Durch einen hohen Körpertonus werden sie als Engegefühl in Brust und Hals wahrgenommen. Atemübungen, die den Brustkorb mobilisieren (tiefe Bauchatmung), können über parasymphatische Reaktionen zur Entspannung verhelfen (vgl. Sparmann 2015: 53). Bezüglich der emotionalen Komponente bieten sich Fragestellungen nach aufkommenden Emotionen bei unterschiedlichen Atemtechniken an, welche dabei helfen können, selbstregulatorische Vorgänge zu steuern. Weitere Fragen nach empfundenen Gefühlen mit Bezug zum eigenen Körper und zu sexuellen Kontakten

sind ebenfalls geeignet ebenso danach, wie genau sexuelle Bedürfnisse aussehen (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 231).

**Beziehungskomponente / Partnerschaft:** Verändertes sexuelles Erleben auf beiden Seiten einer Beziehung kann das Sexualleben zunächst verkomplizieren, es kann jedoch auch ein Anstoß sein für sexuelle Entwicklung (vgl. Schnarch 2015: 140f) sein. Partner:innen sollten, wenn es gewünscht ist, in die onkologische Sexualberatung einbezogen werden und sich ebenso die Frage nach neu entstandenen Bedürfnissen, Ängsten und Herausforderungen stellen. Was sind Wünsche auf beiden Seiten, welche sind umsetzbar und was muss verändert werden, damit die Sexualität genussvoll sein kann (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 232). Angeleitete Nähe-Distanz-Übungen können das Paar über Blicke oder Berührungen erneut in Kontakt bringen und sie offener für die Verbindung zueinander werden lassen (vgl. Sparmann 2019: 121).

**Kognitive Komponente:** Vorstellungen und Gedanken in Bezug auf Sexualität prägen sowohl hemmend als auch steigernd das Lusterleben. Körperinterventionen können helfen, bestimmte Gedanken aufkommen zu lassen und einzuordnen. Der ‚Reframing-Ansatz‘ bietet Möglichkeiten des Umdenkens: Durch die Vermittlung von grundlegenden Informationen über weibliche Sexualität können festgefahrene Überzeugungen hinterfragt werden, um die bisher „als problematisch wahrgenommene sexuelle Situation in einen anderen Kontext“ (Dudle/Häusermann 2017: 232) zu setzen. Mögliche Fragestellungen in Verbindung mit der Krebserkrankung sind die nach den eigenen Leitsätzen, die Betroffene seit der Krankheit begleiten. Wirken diese hemmend oder fördernd auf sexuelles Verlangen und Lusterleben (vgl. ebd.)

### **3. Das Konzept: Ein sexuelles Bildungsangebot**

Der folgend dargestellte Online-Kurs (siehe Kapitel 3.2) ist als sexuelles Bildungsangebot angelegt. Zum besseren Verständnis wird daher in diesem Unterkapitel der Begriff der sexuellen Bildung näher beleuchtet.

### 3.1 Sexuelle Bildung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Einstellung, wie das Thema Sexualität in Bildungsprozessen vermittelt werden soll, verändert. Es wird zunehmend nicht mehr über den alleinigen Wissenstransfer gelehrt, wie es lange in der Sexualaufklärung eine gängige Methode war, sondern sie versteht sich als ganzheitlicher Ansatz im Sinne einer zusätzlichen Kompetenzentwicklung für eine Selbstbestimmte Sexualität. (vgl. Sparmann 2015: 12f.). Sexuelle Bildung dient also der Förderung der sexuellen Selbstbestimmung (Sielert 2015: 115f) und wie Voß (2023) es definiert, ist mit sexueller Bildung „der lebenslange Prozess der Selbstaneignung von Wissen und Kompetenzen durch jeden einzelnen Menschen im sexuellen Bereich bezeichnet“ (Voß 2023: 35). Dieser Weg kann durch pädagogische Bildungsangebote begleitet werden. Diese sollten immer an die Bedürfnisse und die jeweilige Altersgruppe angepasst werden (vgl. Hierholzer 2021: 40). Der Aspekt des ganzheitlichen Lernens spielt eine wesentliche Rolle innerhalb der sexuellen Bildung, da Sexualität an sich die körperliche Ebene, die Kognitionen und Emotionen verbindet (vgl. Martin/Nitschke 2017: 96). Ziel von sexueller Bildung ist es demnach, lebensnahe, praktische und differenzierte Erfahrungen zu ermöglichen und Kompetenzen zu vermitteln, die als Erweiterung der schon bestehenden Grundkompetenzen dienen (vgl. Sparmann 2015: 12). Die Übermittlung von Wissen kann nach Valtl (2006: 12) in der ‚kognitiven Ebene‘ gelernt werden. Hierzu gehört auch die Kompetenz von Reflexions- und Entscheidungsfähigkeit. Auf der ‚emotionalen Ebene‘ können Empathievermögen, Emotionen und das Erkennen eigener Bedürfnisse geschult werden. Ein Gespür für Partnerschaftlichkeit, Respekt und Fairness wird auf der ‚Haltungsebene‘ vermittelt. Kompetenzen zur Freisetzung, Stärkung und Erhaltung sexueller Energie können auf der ‚energetischen Ebene‘ erworben und konkretes Wissen zur Anwendung von Sexualpraktiken und Hilfsmitteln auf der ‚praktischen Ebene‘ gelernt werden. Auf der ‚tieferen körperlichen Ebene‘ vermitteln Entspannungstechniken die Fähigkeit des Loslassens und sinnlich Präsenz. (vgl. Sparmann 2015: 21f.) Wenn von sexueller Bildung die Rede ist und neben Wissen über Sexualität auch Körperbildung und soziale Fähigkeiten inbegriffen sind, dann ist es wichtig, alle der genannten Ebenen einzubeziehen.

Die Vermittlung von Wissen bleibt demnach in der sexuellen Bildung ein wichtiger Bestandteil (vgl. Valtl 2006: 7). Durch die Vermittlung über korrektes Wissen zur Anatomie und zum Aufbau des Geschlechts können persönliche Erfahrungen eingeordnet werden, was die Sprachfähigkeiten und Wahrnehmungskompetenzen unterstützt, Mythen auflöst und dazu anregt, soziokulturelle Botschaften zu hinterfragen (vgl. Sparmann 2018: 17). Der Wissenserwerb über das weibliche Geschlecht kann auch im Erwachsenenalter positive Auswirkungen auf eine veränderte Wahrnehmung genitaler Körpersignale haben und eine intensive Beschäftigung mit dem eigenen Genital anregen (vgl. Flamme 2019: 69).

Es gibt bisher keine sexuellen Bildungsprogramme speziell für Personen, die mit Veränderungen ihrer Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung konfrontiert sind. In der Rehaklinik Bad Oexen arbeitet eine Krankenschwester (Birte Schlinkmeier), die auf das Thema

spezialisiert ist und Informationsvorträge für mit Vulvakrebs erkrankte Personen gibt, welche allerdings auf reiner Wissensvermittlung basieren. Unter anderem geht sie in ihren Vorträgen auf die Beeinträchtigungen der Sexualität ein und gibt praktische Tipps zum Ausprobieren und zur Pflege der Vulva und Vagina<sup>11</sup>.

### **3.2. Beschreibung des Online-Kurses ‚Vulvakrebs und Sexualität‘**

In diesem Kapitel werden Idee, Ziele und Inhalte dieses Kurses dargelegt. Didaktisch-methodische Überlegungen werden erläutert und eine ausführliche tabellarische Struktur veranschaulicht den Ablauf der einzelnen Module.

#### **3.2.1 Zielgruppe**

Der Kurs richtet sich an Personen, die an Vulvakrebs erkrankt sind oder waren und behandelt wurden. Voraussetzung war, dass die Teilnehmenden (TN) einen Leidensdruck durch ein verändertes sexuelles Erleben nach Behandlung verspüren und / oder das Bedürfnis haben, sich mit ihrer eigenen Sexualität auseinanderzusetzen, bzw. sich dieser (wieder) anzunähern. Außerdem mussten sie sich dazu bereiterklären, ein Interview zu geben, in dem es um ihr sexuelles Erleben vor und nach der Behandlung geht.

#### **3.2.2 Entstehung und Ziele**

Der Ursprung dieses Kurses entstand in Anlehnung an die Forschungsarbeit von A. Vilkkama (2023) und durch die Kontaktaufnahme mit betroffenen Frauen in der Rehaklinik in Bad Oexen. In Zusammenarbeit mit Birte Schlinkmeier, die sehr erfahren in der Arbeit mit Brust- und an Vulvakrebs erkrankten Menschen ist, und in Absprache mit der Klinikleitung (Informationsschreiben im Anhang 2) entwickelte sich zunächst die Idee, einen Kurs in Bad Oexen anzubieten, um dort mit den betroffenen Personen vor Ort zu arbeiten. Da sich für den geplanten Monat jedoch nur zwei Frauen mit einer Vulvakrebserkrankung in Bad Oexen anmeldeten, wurde alternativ ein Online-Format entwickelt, sodass die Teilnahme auf ganz Deutschland erweitert werden konnte. Ein Aufruf wurde gestartet und ein Informationsschreiben (Anhang 3) wurde über soziale Medien mit Hilfe von Fachkräften verteilt. Ziel dieses Online-Kurses ist es, durch Wissensvermittlung und durch Selbsterfahrung Möglichkeiten für die Teilnehmenden zu schaffen, sich mit den physischen und psychischen Veränderungen ihres sexuellen Erlebens nach der Behandlung auseinanderzusetzen und über gezielte Inhalte und Übungen eine emotionale (Wieder-) Annäherung zum eigenen Genital und zur eigenen Sexualität zu schaffen. Wahrnehmungsübungen können das genitale Selbstbild stärken und die sexuelle Gesundheit durch einen ressourcenorientierten Zugang zur eigenen Sexualität fördern.

---

<sup>11</sup> [https://www.instagram.com/vulvakarzinom\\_hilfe\\_und\\_infos/?ref=gosolo.subkit.com](https://www.instagram.com/vulvakarzinom_hilfe_und_infos/?ref=gosolo.subkit.com)

Die entwickelten Module und die Arbeit mit den Frauen, die an Vulvakrebs erkrankt sind, dienen als Grundlagen für anschließende Interviews. Ihr persönliches Erleben steht für diese Forschungsarbeit im Vordergrund.

### **3.2.3 Aufbau und Struktur**

Der Kurs besteht aus zwei Live-Modulen, die in einem Abstand von einer Woche durchgeführt werden und jeweils zwei Stunden andauern. Er ist für sechs bis acht Teilnehmende (TN) vorgesehen und wird über die Internet-Plattform Zoom angeboten. Die jeweiligen Module bestehen aus sechs Phasen: einem Einstieg, Themeninputs, Erfahrungsaustausch, anschließenden Übungen, Reflexionen und einer Abschlussrunde. Die Kursinhalte und die Übungen werden im Wechsel von zwei Kursleiterinnen (KL)<sup>12</sup> präsentiert und angeleitet. Die Phasen tragen zu einer abwechslungsreichen Struktur bei: sie setzen sich zum einen aus Input-Präsentationen zusammen, die thematische Einleitungen geben und auf theoretischer Ebene Wissen vermitteln. Zum anderen werden Wahrnehmungsübungen angeboten, welche das Gelernte auf körperlicher Ebene erfahrbar machen sollen. Phasen der Reflexion ermöglichen Austauschmomente. Am Ende des ersten Moduls gibt es zwei Hausaufgaben für die TN: eine Wahrnehmungsübung (siehe Kapitel 3.2.6, Didaktisch-Methodische-Struktur, Modul 1, Phase 6), und einen Fragebogen (Angang 10: 138), den die TN zur Vorbereitung auf die Interviews ausfüllen sollen.

### **3.2.4 Inhalte**

Der vorliegende Kurs behandelt hauptsächlich Inhalte, die zur Stärkung des genitalen Selbstbildes von Frauen (vgl. De Maria et. al. 2019) beitragen und orientiert sich an methodischen Empfehlungen von Sparmann (2018).

In drei Themeninputs wird auf theoretischer Ebene Wissen vermittelt. Im ersten Themeninput geht es um die Begrifflichkeiten und um die Bedeutung des ‚genitalen Selbstbilds‘ und um Veränderungen des Körperbilds durch die Erkrankung. Im zweiten Themeninput geht es um ‚sexuelle Lust / Unlust‘. Hier wird der Unterschied zwischen genitaler Erregung und emotionaler Lust erläutert und wie diese in Zusammenhang mit Bewegung, Atmung und Körpertonus stehen (vgl. Sparmann 2018: 85). Ebenfalls wird der Einfluss von Schmerzen (durch Krankheit und Behandlung) und dadurch körperlich entstehende Anspannung auf das Lustempfinden aufgezeigt. Im dritten Themeninput bekommen die TN einen kurzen geschichtlichen Abriss zur medizinischen Erforschung der Vagina und Klitoris und ihnen werden der Aufbau, die Begrifflichkeiten der einzelnen Teilorgane und die Funktion des weiblichen Geschlechts erklärt. Hier steht insbesondere die Klitoris als das weibliche Lustorgan im Vordergrund. Für die TN ist es relevant zu wissen, welchen Umfang das komplette Organ hat. So können sie in Erfahrung zu

---

<sup>12</sup> Kursleitung: KL1: Johanna Pantel, KL2: Angelika Vilkama

bringen, ob es bei den Operationen / Behandlungen (zum Teil) erhalten geblieben ist. Eine Vulva-Galerie veranschaulicht die optische Vielfalt von Vulven und soll vermitteln, dass jede Vulva (auch im gesunden Zustand) individuell ‚unperfekt-perfekt‘ ist.

Die Kursinhalte sind bewusst darauf ausgerichtet, dass nicht die Paarsexualität im Vordergrund steht, auch wenn diese ein großes Thema für viele Betroffene ist. Es soll in erster Linie um ein Verstehen der eigenen Körperfunktionen gehen und um Veränderungen in der individuellen Wahrnehmung. Dafür brauchen die TN viel Zeit, Ruhe und die emotionale Bereitschaft, Neues auszuprobieren. Die ausgewählten Körper- und Selbsterfahrungsübungen vermitteln Kompetenzen, die das Erleben des eigenen Genitals fördern. Die TN werden motiviert, ihre Vulva mit einem ‚liebvollen Blick‘ anzuschauen, sie zu spüren und zu berühren. Eine solche Veränderung ihres Körperbewusstseins kann die Beziehung zum Genital positiv stärken.

### **3.2.5 Didaktisch-methodische Überlegungen**

Die Kursstruktur und der Aufbau sind von den Kursleitenden (KL) selbst entwickelt worden. Da sich zeitnah herausstellte, dass der Kurs ein Online-Format werden sollte, wurde bereits in der Auswahl von Übungen und bei der Aufbereitung der Präsentationen darauf geachtet, dass alle Inhalte über Zoom gelehrt werden können. Bei der Auswahl der Inhalte und Übungen stand das Wohlbefinden der Teilnehmenden (TN) im Vordergrund. Damit ein geschützter Raum geschaffen werden kann, ist die Gruppengröße auf sechs bis höchstens acht (aufgrund der benötigten Interviewteilnehmenden für die qualitative Forschung) TN beschränkt. Ein Austausch zu solch intimen Themen ist bei einer kleinen Gruppengröße einfacher. Zudem beschränkt der zeitliche Rahmen von zwei Stunden je Modul die Anzahl der TN. Es sollte für jede einzelne Person genug Zeit für Austausch und Rückmeldung verbleiben, denn es ist wichtig, dass sich die betroffenen Personen ernst genommen und gehört fühlen. Das bildet ebenfalls die Basis für ein offenes Gespräch im Interview.

Die meisten Inhalte und Übungen sind aus der Lehre des dreijährigen MA-Studiengangs in Sexologie der Hochschule Merseburg übernommen und dem Kursziel angepasst worden, andere wurden dem Buch ‚Lustvoll körperwärts‘ von J. Sparmann (2018) entnommen. Die Übungen werden jeweils von einer KL angeleitet, während die andere KL zur Orientierung für die TN die Übungen vor der Kamera mit durchführt. Die Übungen wurden teilweise verändert, sodass sich die TN aus ihrer betroffenen Perspektive abgeholt und in ihrer Verletzlichkeit verstanden fühlen. So wurde bspw. die Vulva-Vagina-Reise (V.-V.-R.) (Anhang 10, S.152) abgeändert und Wörter wie ‚innere und äußere Lippen‘ werden ausgelassen oder die Bereiche werden umschrieben, da bei einigen TN durch die Eingriffe keine Labien mehr vorhanden sind. Es wird dann z. B. von ‚Vulvabereich‘ oder ‚Bereich des Vaginaeingangs‘ gesprochen.

Im ersten Modul sind die Übungen bewusst niederschwelliger gewählt, sie schulen die Körperwahrnehmung an sich, auch im genitalen Bereich. Im zweiten Modul sind die Übungen so ausgewählt, dass durch Bewegungen und Atmung die Durchblutung im Becken und

Genitalbereich gefördert wird und auf diese Weise (sexuelle) Lustgefühle in Verbindung gebracht werden. Dieser Zustand kann die TN emotional herausfordern, Schamgefühle oder Gefühle von Verlust und Trauer können aufkommen. Vor den Übungen wird jedes Mal darauf hingewiesen, dass es die Möglichkeit für ein Breakout-Room mit einer KL gibt, falls Redebedarf außerhalb der gesamten Gruppe besteht.

### **3.2.6 Durchführung**

Die Module fanden am 15. und am 22. Mai 2023 jeweils von 15-17 Uhr mit insgesamt 5 TN online über Zoom statt. Da vier interessierte Frauen im Vorhinein an den angebotenen Kurs-tagen keine Zeit hatten, wurde ein weiterer Kursdurchlauf am 30. Mai und am 06. Juli jeweils von 18-20 Uhr angeboten, an welchem jedoch letztendlich nur zwei der vier Frauen teilnahmen. Alle Frauen bekamen nach ihrer Anmeldung eine E-Mail (Anhang 4) mit Informationen zum Kurs und Daten für das Zoom-Meeting. Für die zwei Frauen, die in dem zweiten Durchgang teilnahmen, war es etwas enttäuschend, da sie sich bereits kannten und keine weiteren Gleichgesinnten und deren Geschichten kennenlernen konnten. Unterschiedliche technische Schwierigkeiten führten in allen Sitzungen zu kleinen Unterbrechungen. Es gab seitens der Kursleitung in der ersten Sitzung einige Male Schwierigkeiten mit dem Ton (Echo), da sich beide Leiterinnen in einem Raum befanden, sodass sich beim zweiten Modul die KL in getrennten Räumen aufhielten. Einige TN hatten keinen guten Internetempfang, sodass es zwischendurch zu Unterbrechungen in Bild und Ton kam. Die KL hielten sich zeitlich jedoch an die geplante Struktur, sodass es zu keiner zeitlichen Überschreitung kam. Es wurde von keiner TN die Möglichkeit des Breakout-Rooms in Anspruch genommen, da sich ihre emotionale Belastung in Grenzen hielt oder sie diese in der gesamten Gruppe thematisieren konnten.

Eine **Evaluation** des Kurses wird ausführlich in Kapitel 6.2., im Zuge der Ergebnisdiskussion und der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage, behandelt.

### **3.2.7 Didaktisch-methodische Struktur**

Auf den folgenden Seiten werden beide Moduleinheiten tabellarisch dargestellt, sodass der gesamte Kursverlauf, Inhalte, Übungen, Methoden und die didaktischen Ziele einen Gesamtüberblick ermöglichen.

**Modul 1: Thema ‚Genitales Selbstbild‘**

**Abk.** Kursleitende (KL); Kursleitung 1= KL1; Kursleitung 2 = KL2

Zeit	Durchführung / Inhalt / Hinweise	Medien / Methoden	Ziele
15:00 Phase 1: Einstieg / Kennenlernen /Organisation			
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorstellung:</b> Wer sind wir? Sexologinnen (KL2)</li> <li>• <b>Ziel des Kurses:</b> (KL1)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit den Veränderungen umgehen lernen</li> <li>- Wie kann ich eine sexuelle Person sein?</li> <li>- Teilnahme an der Studie</li> </ul> </li> <li>• <b>Masterarbeiten vorstellen:</b> (KL2)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsthema: Fokus auf sexueller Aufklärung von medizinischer Seite</li> <li>- Forschungsthema: (KL1)</li> <li>- Fokus auf Veränderungen im sexuellen Erleben</li> </ul> </li> </ul> <p>FRAGEN</p>	<p>Zoom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Alle haben die Kameras eingeschaltet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN werden kurz über Studium und Beruf der KL aufgeklärt.</li> <li>• Sie kommen an, verschaffen sich einen Überblick über die Gruppe.</li> <li>• TN wird Intention und Ziel des Kurses erläutert.</li> <li>• Sie sollen Vertrauen fassen, indem ihnen der Inhalt der Forschung genau erläutert wird.</li> </ul>
15:05 Phase 2: Themeninput ‚Genitales Selbstbild‘			
(7) (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Themeninput: ‚Genitales Selbstbild‘</b> (KL1) (Anhang 10: 121) FRAGEN</li> <li>• <b>Aufgabe: Notizen zu folg. Fragenstellungen</b> (KL1):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mein genitales Selbstbild vor der Diagnose</li> <li>- Mein genitales Selbstbild nach der Behandlung Veränderungen im sexuellen Erleben</li> <li>-</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Geteilter Bildschirm</li> <li>• Power-Point-Präsent.</li> <li>• Einzelarbeit</li> <li>• Stift / Papier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den TN wird theoretisches Wissen vermittelt: Der Begriff ‚genitales Selbstbild‘ wird erläutert</li> <li>• TN verstehen die gesellschaftliche (?) Relevanz ihrer Situation. Die TN bereiten sich gedanklich auf die anschließende Vorstellungsrunde vor.</li> </ul>
15:15 Phase 3: Vorstellungsrunde einzelner TN			
(25)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einblenden Zitats aus einem Interview (Anhang 10:123)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (PPP: Folie 10)</li> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Alle Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Zitat passt zur Lebenssituation der TN und soll sie motivieren, von ihrer Geschichte und von ihren Wahrnehmungen zu berichten.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorstellungsrunde:</b> Leitung (KL2)</li> </ul> <p>Jede TN stellt sich ca. 5 Minuten lang vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erzählt uns von eurer Krankheit und Behandlung:</li> <li>- Diagnose / Behandlung / Zeitraum / Schmerzen / Veränderungen / momentane sexuelle Aktivität</li> <li>- Wünsche / Erwartungen an diesen Kurs</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN bekommen die Möglichkeit, ihre Erwartungen zu formulieren. Ihnen soll vermittelt werden, dass sie Inhalte auch mitgestalten können.</li> </ul>
15:40 Phase 4: Körper-, Wahrnehmungsübung & Reflexion			
(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 1: Bodyscan</b> (Anhang 10: 129) (KL1) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bodyscan: Fokus auf Becken- und Genitalbereich.</li> <li>- KL2 macht die Übung vor der Kamera zur Orientierung mit.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matten / Kissen</li> <li>• Kameras dürfen ausgeschaltet sein (vgl. Buch Sparmann, S. 28: Etwas abgeändert gesprochen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN richten nach der Vorstellungsrunde den Fokus wieder auf sich</li> <li>• TN richten die Aufmerksamkeit auf ihr Körpererleben, insbesondere auf ihre Wahrnehmung und ihre Gefühle bezüglich ihres Genitalbereichs</li> </ul>
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexion nach der Übung:</b> (KL2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie ist es euch ergangen?</li> <li>- Welche Emotionen kamen auf, als die Aufmerksamkeit auf dem Genital lag?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Alle Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN reflektieren ihre Wahrnehmungen und bekommen die Möglichkeit, dies in der Gruppe zu teilen und zu erfahren, wie es den anderen TN erging</li> <li>• KL prüfen, wie die Übung verstanden wurde</li> </ul>
16:00 Pause			
16:05 Phase 5: Körper-, Wahrnehmungsübung & Reflexion			
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einstieg nach Pause:</b> (KL1) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geht es allen gut? Gibt es Fragen?</li> <li>- Dann machen wir direkt mit einer Übung weiter</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellen, dass es allen TN nach der Pause gut geht.</li> <li>• Die Übung durchblutet die Fuß- und Beinregion und schult die Körperwahrnehmung</li> </ul>
(20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 2: Fußmassage</b> (Anhang 10: 130) (KL1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faszien-, Massageball o. ä.</li> </ul>	

	<p>TN massieren sich selbst erst die linke, dann die rechte Fußsohle, indem sie ihren Fuß auf einem Ball reiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 3: Scheinwerfer</b> (Anhang 10: 130) (KL2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- TN stellen sich vor, sie haben an verschiedenen Körperteilen Scheinwerfer und leuchten mit diesen. KL2 macht die Übung vor der Kamera mit zur Orientierung der TN.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN benötigen genug Platz, einen Raum, in dem sie hin und her gehen können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein stabiler Stand und eine aufrechte Haltung werden gefördert.</li> <li>• Bewusstsein für das eigene Körpergefühl entwickeln, wahrnehmen, wie unterschiedlich das individuelle Gefühl zu den einzelnen Körperregionen ist</li> <li>• Stärkung der sexuellen Selbstsicherheit.</li> </ul>
(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexion nach der Übung</b> (KL1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN reflektieren ihre Wahrnehmungen und bekommen die Möglichkeit, dies in der Gruppe zu teilen und zu erfahren, wie es den anderen TN erging.</li> <li>• KL prüfen, wie die letzte Übung verstanden wurde.</li> </ul>
16:40 Phase 6: Abschluss			
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aufgabe:</b> (KL2) Schreibt für euch auf, welche Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen ihr in Bezug auf die Übungen und die Kursinhalte habt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelarbeit</li> <li>• Stift / Papier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN bekommen die Möglichkeiten, Erlebtes aufzuschreiben, für sich zu reflektieren und festzuhalten</li> </ul>
(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Einweisung in Hausaufgaben</b> (KL1) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1. Fragebogen (Anhang 10: 138) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekommen TN per E-Mail nach dem Modul)</li> </ul> </li> <li>- 2. Kontaktaufnahme zur eigenen Vulva <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guten Morgen, guten Abend Vulva: TN legen ihre Hand zweimal am Tag für 30-60 Sek. auf ihre Vulva (Uhrzeit relativ) und begegnen ihr gedanklich wie einer Freundin.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>FRAGEN?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN können sich in ihrem individuell. Rhythmus auf die Fragen einlassen</li> <li>• Vorbereitung auf das Interview</li> <li>• TN schenken ihrem Genital positive Aufmerksamkeit. Diese Übung verstärkt die Wahrnehmung des Genitals im Alltag und bereitet auf eine V.-V.-R. in der nächsten Sitzung vor</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abschlussreflexion:</b> (KL2) &amp; (KL1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichkeit des Austauschs</li> </ul>

(13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückmeldung zum Kurs:</li> <li>- Was hat euch gefallen, was hat euch nicht gefallen?</li> <li>- Anmerkungen, Gedanken, die ihr mitteilen möchtet?</li> <li>- Gibt es Wünsche für das nächste Mal?</li> </ul> <p>• <b>Verabschiedung:</b> Hinweis: Bei Fragen oder Unsicherheiten jederzeit melden per E-Mail &amp; Telefon</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jede TN bekommt die Möglichkeit 1. ihre bei der Übung entstandenen Gedanken und Gefühle mitzuteilen und 2. Rückmeldungen und Wünsche zum Kurs zu äußern</li> <li>• TN bekommen die Sicherheit vermittelt, dass sie sich bei aufkommenden Fragen und Unsicherheiten jederzeit melden können.</li> </ul>
------	---	--	---

## Modul 2: Thema ‚Sexuelles Lustempfinden‘

Zeit	Durchführung / Inhalt / Aufgaben	Medien / Methode	Ziele
15:00	Phase 1: Einstieg mit Körperübung		
(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ankommen / Begrüßung:</b> (KL1) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geht es allen gut? Gibt es Fragen?</li> <li>- Bereit für eine kl. Übung?</li> <li>- Austauschrunde nach der Beckenübung</li> </ul> </li> </ul>	Zoom: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KL sichern sich kurz ab, ob es allen TN gut geht und ob es Unsicherheiten oder Fragen gibt, bevor der Kurs beginnt</li> </ul>
(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 4: Becken lockern</b> (Anhang 10: 131) (KL2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- TN stellen sich (gern mit Kamera an vor dem Bildschirm) und haben genug Platz für Kreisbewegungen mit dem Becken</li> <li>- KL1 macht die Übung vor der Kamera</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ton an</li> <li>• Kameras aus, wenn gewünscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übung dient zur Lockerung und Aktivierung des Beckens</li> <li>• Atmung und Bewegung durchbluten den Beckenbereich</li> <li>• Aufwärmübung für die anschließende Übung der ‚Oberen Schaukel‘</li> </ul>
(15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexion der letzten Sitzung</b> (KL1) Jede Teilnehmerin sollte (ca. 3 Min.) von sich berichten <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie ist es euch innerhalb der Woche ergangen?</li> <li>- Habt ihr die Hausaufgabe (Kontakt zur Vulva) gemacht? Welche Gedanken und Gefühle?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN bekommen die Möglichkeit, von ihren Erfahrungen bezüglich der Hausaufgabe zu berichten und zu erfahren, wie es den anderen ergangen ist</li> <li>• TN können Fragen zum Fragebogen stellen</li> </ul>

	-		
15: 25	Phase 2: Themeninput ‚Sexuelles Lustempfinden‘		
(7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Themeninput 2: Sexuelle Lust (KL1)</b> (Anhang 10: 123) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vortrag</li> <li>- Was ist genitale Erregung?</li> <li>- Was ist emotionale Lust?</li> <li>- Körperreaktion auf Atmung, Bewegung, Tonus</li> </ul> </li> <li>• FRAGEN?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN wird auf theoretischer Ebene Wissen vermittelt: der Zusammenhang von Muskeltonus, Bewegung und Atmung und (sexueller) Lust (Sparmann 2015 S. 85), der Unterschied zwischen emotionaler Lust und genitaler Erregung. Überleitung zur nächsten Übung.</li> </ul>
15:35	Phase 3: Körper-, Wahrnehmungsübung & Reflexion		
(25)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 4: Obere Schaukel</b> (Anhang 10: 132) (KL2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matten / Kissen</li> <li>• Ton an, Kameras aus</li> <li>• Text</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissen wird gefestigt, indem es auf Körperebene erfahrbar gemacht wird</li> <li>• Emotionale Lust kann aufgebaut werden</li> </ul>
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexion der Übung:</b> (KL1) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was habt ihr wahrgenommen?</li> <li>- Welche Gefühle kamen auf?</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN reflektieren über ihre Wahrnehmungen und bekommen die Möglichkeit, dies in der Gruppe zu teilen und zu erfahren, wie es den anderen TN erging.</li> <li>• KL prüfen, wie die Übung verstanden wurde.</li> </ul>
16:05	Pause (für alle)		
16:10	Phase 4: Themeninput ‚Aufbau und Funktion der Vulva, Vagina und Klitoris‘		
(7-10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Themeninput 3</b> (Anhang 10: 125) (KL2) <b>Aufbau und Funktion von Vulva / Vagina / Klitoris</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Med. Erforschung der Vulva</li> <li>- Bildergalerie von unterschiedlichen Vulven</li> <li>- Zusammenhänge von Lust und Klitoris</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Geteilter Bildschirm</li> <li>• Power-Point-Präsent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN wird auf theoretischer Ebene Wissen vermittelt: Sie lernen den geschichtlichen Hintergrund zum weiblichen Genital einzuordnen, sie kennen den Aufbau und die Begrifflichkeiten der Vulva und Vagina und den Aufbau und die Funktion der Klitoris</li> <li>• Sie sehen die optische Vielfalt von Vulven und sind weniger kritisch mit der eigenen</li> </ul>

	FRAGEN?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überleitung zur nächsten Übung</li> </ul>
16:20	Phase 5: Körper-Wahrnehmungsübung & Reflexion		
(20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Übung 5: Vulva-Vagina-Reise (V.-V.-R.) (KL1)</b> (Anhang 10: 134)</li> <li>- TN werden angeleitet: In Gedanken sind sie an einem schönen warmen Ort und durch angeleitete Bewegungen und Berührungen erkunden sie gedanklich ihre Vulva / Vagina. Die Hand liegt dabei auf der Vulva</li> <li>- KL2 prüft, ob es allen TN gut geht. Diese Übung kann emotional schwer sein. KL steht bereit, falls es Redebedarf gibt (Zoom Breakout-Room).</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Matte / Kissen / Decke</li> <li>• Text vorlesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN widmen ihre Aufmerksamkeit ihrem Genital. Stärkung der genitalen Selbstwahrnehmung. Die TN sollen sich ihrer Vulva emotional annähern, können sie liebevoll wahrnehmen, trotz der erfahrenen Veränderungen</li> <li>• Lust kann erzeugt werden</li> <li>• KL sichern ab, dass TN emotional aufgefangen werden, falls negative Emotionen aufkommen</li> </ul>
(5-10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reflexion der Übung: (KL1)</b></li> <li>- Wie ist es euch mit der Übung ergangen? Was kamen für Gedanken und Gefühle auf? Was konntet ihr wahrnehmen? Was habt ihr in der Vulva gespürt? War es angenehm oder unangenehm? Gab es evtl. ein Gefühl von Lust?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Austausch über Empfindungen, Erfahrungen</li> <li>• TN reflektieren über ihre Wahrnehmungen und bekommen die Möglichkeit, dies in der Gruppe zu teilen und zu hören, wie es den anderen TN erging</li> <li>• KL prüfen, wie die Übung verstanden wurde</li> </ul>
16:50	Phase 6: Abschluss		
(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aufgabe: Notizen zum Kurs (KL2)</b></li> <li>- Gedanken, Gefühle aufschreiben</li> <li>- Positive / negative Kritik</li> <li>- Was nehmen sie an Input mit?</li> <li>- Wo möchten sie weitermachen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelarbeit</li> <li>• Stift / Papier</li> <li>• Kameras an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN reflektieren, was ihnen gefallen hat und was ihnen nicht gefallen hat. Welche Übungen haben angenehme oder unangenehme Gefühle erzeugt? Woran haben sie das festgestellt?</li> <li>• Die Notizen dienen auch dem Interview</li> </ul>

(5-7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Abschlussrunde</b> (KL1) &amp; (KL2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wollt ihr etwas von euren Notizen teilen?</li> <li>- Gibt es noch weitere Gedanken oder Feedback?</li> <li>- Was braucht ihr noch von uns?</li> <li>- Weiterführende Informationen</li> </ul> </li> <li>• <b>Verabschiedung:</b> bedanken / ‚Alles Gute‘ wünschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamte Gruppe</li> <li>• Kamera an</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TN bekommen die Möglichkeit für eine Rückmeldung bezüglich der Kursinhalte</li> <li>• TN können noch Fragen stellen</li> <li>• KL stellen sicher, dass es allen TN gut geht und bieten an, dass sie sich jederzeit per E-Mail oder Telefon wieder melden können</li> <li>• KL1 sichert alle Interviewtermine ab</li> </ul>
-------	--	---	---

Quelle: Eigene Darstellung

## **4. Forschungsmethodik**

In diesem Kapitel wird das Forschungsdesign dargelegt. Zunächst werden Datenerhebung das Vorgehen, sowie die Stichprobe beschrieben, es folgen Angaben zu den einzelnen Interviewpartnerinnen, um im Anschluss genauer auf die Datenauswertung und die forschungsethischen Überlegungen einzugehen.

### **4.1 Forschungsdesign**

Es gibt in der Wissenschaftsforschung quantitativen und den qualitativen Forschungsansatz. Früher wurde darüber diskutiert, ob soziale Verhältnisse eher qualitativ oder quantitativ erforscht werden sollten (vgl. Döring/Bortz 2016: 184). Heute herrscht die Übereinstimmung, dass beide Ansätze ihre Vorteile haben. Beide haben zum Ziel, Material auszuwerten, das durch Kommunikation entstanden ist (vgl. Mayring 2022: 11). Welche Forschungsmethode für welche Studie gut geeignet ist, entscheidet sich am Untersuchungsthema (vgl. Döring/Bortz, 2016: 184). Mit dem quantitativen Ansatz können Theorien überprüft und auf Zusammenhänge zwischen einzelnen Themen hingewiesen werden. Er erfolgt durch standardisierte Regeln. Werden Antworten jedoch standardisiert bleibt keine Offenheit für Unbekannte Informationen nicht entdeckt werden. Qualitative Methoden hingegen zeichnen sich durch Offenheit aus, sie werden z. B. verwendet, um subjektive Meinungen zu eruieren, welche dann wiederum auf neue Themenfelder rückschließen lassen. In der qualitativen Forschung liegt der Fokus auf dem Forschungsgegenstand, anhand dessen und der Forschungsfrage wird geschaut, welche Methode geeignet ist. Es gibt ein großes Spektrum an Erhebungs- und Auswertungsmethoden, auf die zurückgegriffen werden kann (vgl. Döring/Bortz 2016: 184). Qualitative Forschung beinhaltet zudem zirkuläre Elemente. Insbesondere bei explorativen Vorgängen können im Laufe des Prozesses das Forschungsdesign und die -frage noch einmal verändert oder angepasst werden. (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2019: 106)

Da die Forschungsfragen dieser Arbeit vor allem von den Aussagen der an Vulvakrebserkrankten Personen abhängen und auf ihr subjektives Erleben von Sexualität und Veränderungsprozessen nach der Behandlung abzielen, wurde ein qualitatives Verfahren gewählt.

### **4.2. Datenerhebung**

#### **4.2.1 Teilstrukturiertes Einzelinterview**

Um Informationen zu subjektivem Erleben oder Verhaltensweisen, die nicht beobachtbar sind, differenziert und im Detail zu erfassen, eignen sich Einzelinterviews (vgl. Döring/Bortz 2016: 358). Deshalb wurde diese Erhebungsmethode ausgewählt, um subjektive Veränderungen im

genitalen Selbstbild der einzelnen Frauen nach der Behandlung der Vulvakrebserkrankung zu untersuchen.

Teilstrukturierte Interviews orientieren sich an vorbereiteten Leitfragen, der Interviewablauf kann jedoch variabel sein. Die Interaktion zwischen der forschenden und der befragten Person steht im Vordergrund, wobei die interviewende Person ihr Forschungsinteresse im Blick behält. Es eignen sich offene Frage, sodass die interviewte Person dazu angehalten ist, von sich zu erzählen (vgl. Döring/Bortz 2016: 358) und den Schwerpunkt auf individuelle Themen legen kann. Die interviewende Person bringt sich lediglich zum Nachfragen oder zur thematischen Strukturierung wieder ein (vgl. ebd.: 372).

Die vorliegende Untersuchung erfolgte durch halbstrukturierte Interviews mit sieben Frauen, die eine Behandlung nach einer Vulvakrebsdiagnose hinter sich haben und bereit waren, an einem eigens für Vulvakrebspatient:innen entwickelten Online-Kurs zum Thema Sexualität teilzunehmen. Die Grundlage des Interviews bildete ein Leitfaden, der sich an den Forschungsfragen orientierte. Ein solcher Leitfaden dient dazu, das Interview im Vorfeld bezüglich des Erkenntnisinteresses zu strukturieren und während des Gesprächs zu prüfen, ob alle wichtigen Fragen beantwortet sind (Mey/Muck 2010: 431).

#### **4.2.2 Interviewleitfaden**

Der für diese Forschung verwendete Leitfaden (Anhang 5) besteht aus 6 Kategorien, mit jeweils einer offenen Leitfrage und mehreren Unterpunkten, die der Interviewerin zur inhaltlichen Orientierung dienen. In Anlehnung an Bogner et al. (2014) wurde der Interviewleitfaden in vier Schritten entwickelt. In einem ersten Schritt wurden die Forschungsfragen gesammelt und systematisiert, um herauszufinden, welche Erhebungsinstrumente geeignet sind. In einem weiteren Schritt wurden die Inhalte Themenblöcken zugeordnet, um anschließend passende Fragen so zu formulieren, dass mit ihrer Hilfe eine Gesprächssituation hergestellt werden kann. (vgl. Bogner et al. 2014: 32ff). Ein Pretest fand nicht statt, da die spezifischen Fragen nur an Personen mit Vulvakrebs gerichtet werden können.

#### **4.2.3 Stichprobe und Rekrutierung**

Bedeutend ist hierfür das sogenannte ‚Sampling‘. Der Begriff beschreibt den Vorgang zur Auswahl der Stichprobe, in der z. B. eine Untergruppe von Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt zu einem bestimmten Anliegen untersucht werden sollen. (vgl. Przyborski / Wohlrab-Sahr 2014: 178). Der Fokus in dieser Forschung liegt auf Personen, die an Vulvakrebs erkrankt sind und behandelt wurden. Mit sieben Teilnehmerinnen sind die Möglichkeiten zu Generalisieren begrenzt. Trotz mangelnder Repräsentativität können auch willkürlichen Stichproben Erkenntnisgewinn bringen, die Ergebnisse dürfen nur nicht unzulässig verallgemeinert werden. Es handelte sich um eine Stichprobe durch Selbstaktivierung. Bei diesem Verfahren werden Flyer o. ä. gezielt an ausgewählten Orten ausgeteilt oder in passenden Netzwerken

verbreitet. Bei diesem Verfahren ist die Forschende abhängig von der Bereitschaft potentieller Teilnehmer:innen (vgl. Reinders 2005: 141). Die Rekrutierung fand hauptsächlich über folgende Wege statt: Auf der Grundlage der schon bestehenden Kontakte (über die Forschungsarbeit von A. Vilkamam) zu betroffenen Personen und zur Rehaklinik in Bad Oexen konnten einige Frauen über Online-Netzwerke, wie Facebook und Instagram (siehe Aufruf von Birte Schlinkmeier im Anhang 6), rekrutiert werden, andere direkt in Bad Oexen vor Ort. Die Autorin stellte sich dort persönlich bei den Vulvakrebspatient:innen vor. Es zeigten sich 15 betroffene Personen interessiert, was insgesamt nur eine kleine Auswahl abbildet. Eine Person meldete sich über den Hinweis ihrer Gynäkologin, welche wiederum das öffentliche Informationsschreiben aus einem Ärzte-Netzwerk erhielt. Letztlich waren davon sieben Frauen bereit, am Kurs teilzunehmen und anschließend ein Interview zu geben.

**Beschreibung:** Die Stichprobe besteht aus 7 Teilnehmerinnen, die in Deutschland wohnen und deutsch sprechen. Sie sind im Alter zwischen 34 und 69 Jahren. Sechs bezeichnen sich als heterosexuell und leben in einer festen Beziehung zu einem Mann und haben Kinder. Eine hat keine Kinder und ist in einer offenen Beziehung zu einem Mann.

#### 4.2.3.1 Angaben zu den Interviewpartnerinnen

Im Folgenden werden die Interviewpartnerinnen für diese Studie vorgestellt. Um die Anonymität dieser zu wahren, beschränkt sich die Beschreibung der Personen auf ihr Alter, ihre Krankheitsgeschichte, den Einfluss auf ihr sexuelles Erleben und die Art der Kontaktaufnahme.

Teilnehmerin 1 (T1) ist 34 Jahre alt. Erste Symptome spürte sie schon Anfang 2021, diese wurden jedoch von der Gynäkologin nicht erkannt. Im Herbst 2022 wurde die Erstdiagnose gestellt, eine hochgradige Vulvadysplasie mit invasiven Vulvakarzinomen. Daraufhin folgten eine Operation mit Entfernung der linken inneren Labien und eine Behandlung mit einer Salbe, um weitere Entfernungen zu vermeiden. Ihre Klitoris wurde erhalten, sie ist orgasmusfähig und Penetration ist möglich. Der Kontakt wurde über den Informationsaufruf (Anhang 3) auf der Facebookseite und Instagram von Birte Schlinkmeier hergestellt.

Teilnehmerin 2 (T2) ist 41 Jahre alt. Ihre Erstdiagnose wurde im Januar 2023 gestellt, eine seltene Form von Vulvakrebs. Der Tumor saß direkt an der Klitoriseichel. Es folgten zwei Operationen im Februar und März mit Entfernung der inneren Schamlippen und der Klitoriseichel, die Schenkel seien laut Gynäkologin noch vorhanden. Seither konnte T2 seitdem keinen Orgasmus mehr spüren. Penetration ist möglich, sie spürt dabei jedoch sehr wenig. Der Kontakt wurde über ein gynäkologisches Netzwerk hergestellt. Die Gynäkologin von T2 erhielt digital den Informationsflyer (Anhang 3) von einer Kollegin.

Teilnehmerin 3 (T3) ist 59 Jahre alt. Erste Symptome spürte sie schon 2018, was jedoch von der Gynäkologin nicht als Vulvakrebs erkannt wurde. Die Erstdiagnose wurde im Herbst 2019 bei einer Hautärztin gestellt. Es folgten Operationen, bei denen die kompletten Klitoris-schenkel und die inneren Labien entfernt wurden. Die Klitoriseichel ist noch sicht- und

spürbar. Penetration ist durch eine Verengung der Vagina schwer möglich und sie spürt dabei fast nichts. Der Kontakt kam über A. Vilkkama, die die TN anscrieb und ihr den Informations-flyer (Anhang 3) weiterleitete. T3 hatte auch schon an ihrer Forschungsarbeit teilgenommen.

Teilnehmerin 4 (T4) ist 45 Jahre alt. Erstmals machten sich bei ihr 2019 erste Symptome bemerkbar, welche von der Gynäkologin zunächst anderweitig behandelt wurden. Erst im Sommer 2022 wurde der Krebs diagnostiziert. Nach zwei Operationen wurden bei ihr Klitoriseichel und große Teile der Labien entfernt und rekonstruiert. Sie ist orgasmusfähig und Penetration ist möglich, jedoch nicht ganz schmerzfrei. Der Kontakt wurde ebenfalls über den Aufruf bei Facebook (Anhang 3) von B. Schlinkmeier hergestellt.

Teilnehmerin 5 (T5) ist 57 Jahre alt. Der Vulvakrebs ist bei ihr durch die Krankheit Lichen Sklerosus entstanden. Mit Mitte, Ende 20 wurde die Krankheit festgestellt und erste Tumore entwickelten sich. Große Operationen und etliche kleinere Laserungen führten zu einer kompletten Vulvektomie. Es sind weitere Eingriffe nötig, denn Lichen Sklerosus breitet sich immer wieder erneut aus. Sie spürt schon lange keinen Orgasmus mehr und durch die Eingriffe hat sie Schmerzen, so ist Penetration seit einigen Jahren nicht möglich. Der Kontakt wurde ebenfalls über den Aufruf bei Facebook (Anhang 3) von B. Schlinkmeier hergestellt.

Teilnehmerin 6 (T6) ist 58 Jahre alt. Erste Symptome sind bei ihr schon 2021 spürbar. Auch sie wurde zunächst falsch mit verschiedenen Cremes behandelt. Im Herbst 2022 wurde die Diagnose Vulvakrebs gestellt und daraufhin wurde sie einmal operiert und 28 Mal bestraht. Die inneren und äußeren Labien und die Klitoriseichel (-Klitorisschenkel sind noch unklar) wurden entfernt. T6 hat im Vulvabereich kaum Empfinden, hat keinen Orgasmus seit der Operation erlebt und Penetration ist aufgrund von Verengung und Verklebung noch nicht möglich. Der Kontakt wurde in der Rehaklinik persönlich hergestellt, als die Autorin ihr Forschungsprojekt und ihre Arbeit vorstellte.

Teilnehmerin 7 (T7) ist 69 Jahre. Bei ihr waren keine typischen Symptome spürbar, hin und wieder ein bisschen Jucken. Aufgrund anderweitiger Symptome wurde sie bei ihrem Gynäkologen untersucht, der sie dann auf einen Verdacht hin direkt zur Dysplasie-Sprechstunde überwies. Der Vulvakrebs wurde 2022 diagnostiziert, daraufhin folgte eine Operation, bei der große Teile der Vulva entfernt, jedoch optisch ziemlich gut rekonstruiert wurden. T7 hat seither keinen Orgasmus erlebt und Penetration ist noch nicht möglich. Der Kontakt wurde in der Rehaklinik persönlich hergestellt, als die Autorin ihr Forschungsprojekt und ihre Arbeit vorstellte.

#### **4.2.4 Interviewablauf und Transkription**

Die Interviews fanden ein bis zwei Tage nach dem Online-Kurs statt, am 23. und 24. Mai (T1, T2, T3, T4, T5) und am 07. sowie 08. Juni 2023 (T6, T7). Da keine der Teilnehmenden wohnhaft in Berlin ist, wurden alle Interviews per Video über die Online-Plattform ‚Riverside<sup>13</sup>‘ geführt und aufgezeichnet. Die TN benötigten hierfür entweder die passende App auf ihrem

---

<sup>13</sup> <https://riverside.fm>

Handy oder einen Chrome-Browser, um den Link zum Programm zu öffnen. Um den Zugang zu erleichtern, sandte die Autorin ihnen eine E-Mail mit einer Anleitung (Anhang 7). Bei fast allen funktionierte der Zugang ohne Komplikationen. Alle Interviews fanden pünktlich zum abgemachten Termin statt. Die Interviewerin und die TN begrüßten sich zu Beginn und tauschten sich kurz über anderweitige Themen aus, um zunächst eine angenehme und vertraute Stimmung herzustellen. Erst als die jeweiligen TN sich dazu bereit erklärten, drückte die Interviewerin den Aufnahmeknopf. Die Interviews dauerten ca. zwischen einer und eineinhalb Stunden.

Damit ein Interview zu solch intimen Themen stattfinden konnte, war es von Bedeutung, dass sich die TN und die Interviewerin schon über den Online-Kurs bekannt waren. Es konnte dadurch schon eine Art Kennenlernen stattfinden und Vertrauen aufgebaut werden. Die einzelnen Interviews verliefen unterschiedlich, da manche TN sehr lange Antworten gaben und ins freie Erzählen kamen, andere fassten sich kürzer und warteten auf weitere Fragen. Generell wurden Fragen, die sehr intim waren, wie bspw. zur eigenen Selbstbefriedigung, Orgasmus oder Penetration, eher knapp beantwortet und die Interviewerin musste vermehrt nachfragen. Dadurch waren Themen teilweise gelenkt. Es kam zu Situationen, in denen die interviewte Person emotionale Betroffenheit zeigte. Die Autorin bot an, die Aufnahme zu stoppen und das Interview zu pausieren, was keine Teilnehmerin jedoch für notwendig hielt.

Während des Interviews wurde automatisch von dem Online-Programm ‚Riverside‘ eine Transkriptversion verfasst. Diese wurde direkt nach dem Interview von der Autorin anhand von festgelegten Transkriptionsregeln (Anhang 8) überarbeitet, anonymisiert und in einer passwortgeschützten Datei gespeichert.

### **4.3. Datenauswertung**

#### **4.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse und Gütekriterien**

Die Daten der vorliegenden Studie werden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Inhaltsanalyse bezieht Teile ‚des Kommunikationsprozesses‘ ein und sollte für Außenstehende nachvollziehbar und überprüfbar, also eine ‚Schlussfolgernde Methode‘ sein (Mayring 2022: 13). Die qualitative Inhaltsanalyse wird theoriegeleitet, systematisch und nach expliziten Regeln vorgenommen (ebd). Die sieben Interviews wurden mit Hilfe des Analyseprogramms MAXQDA strukturiert und kategorisiert. Das Textmaterial (die Interviews) wird anhand eines Kategoriensystems analysiert. Anhand der Forschungsfragen werden zunächst deduktive Kategorien im Vorfeld entwickelt und in einem weiteren Schritt werden induktive Kategorien formuliert, welche sich aus dem Material selbst heraus entwickeln (vgl. Kuckartz 2018: 83).

Die drei klassischen Gütekriterien, Reliabilität (Zuverlässigkeit), Objektivität (Unabhängigkeit) und Validität (Gültigkeit), die in der quantitativen Forschung allgemein gültig sind, werden in der qualitativen Forschung jedoch häufig kritisch betrachtet (vgl. Mayring 2022: 118). Die

Reliabilität als Stabilität der Ergebnisse erweist sich bei der Analyse von qualitativen Interviews als kompliziert, da diese „immer kontextabhängig“ (Helfferich 2011: 155) sind und somit immer eine andere Version herauskommt. Auch Parallel-Tests sind bei qualitativen Analysen schwer umzusetzen, da eine Gleichwertigkeit in der Auswertung des sprachlichen Textmaterials „nur selten erweisbar sein dürfte“ (Mayring 2022: 119). Um den Reliabilitätsbestimmungen zu entsprechen, sollte nach Mayring bei qualitativen Verfahren die Analyse eines Materials von mehreren Personen durchgeführt werden, Intercoder-Reliabilität. Auf diese Weise kann Objektivität gemessen und eine Unabhängigkeit der Ergebnisse von der forschenden Person sichergestellt werden (vgl. ebd.). In der qualitativen Forschung wird es demnach nicht als problematisch betrachtet, wenn Daten (also Textmaterialien) verschiedene Versionen ergeben, denn sie weisen nicht auf „Beliebigkeit, sondern auf spezifische Produktionen“ (Helfferich 2011:155) hin. In der vorliegenden Studie wurde weder ein Parallel-Test durchgeführt noch waren weitere Personen an den Auswertungsverfahren beteiligt.

Das Kriterium der Validität ist abhängig von dem der Reliabilität, denn wenn versucht wird die Zuverlässigkeit zu verbessern, indem störende Faktoren beseitigt werden, kann das die Gültigkeit der Ergebnisse beeinträchtigen (vgl. Mayring 2022: 120).

Aufgrund dieser kritischen Einwände werden heute qualitative Studien anhand von eigenen Gütekriterien, wie z. B. „Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulierung“ (vgl. ebd.) analysiert.

Qualitative Daten, die durch halbstrukturierte Interviews gewonnen wurden, bringen demnach häufig eine Fülle vielfältiger Informationen mit sich. Das Prinzip der Offenheit und der Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gelten als wichtige Kriterien für die qualitative Forschung (vgl. Döring/Bortz 2016: 114). Demnach wurden in der vorliegenden Arbeit auf die Entwicklung von Forschungshypothesen verzichtet, der Schwerpunkt lag darauf, durch die Analyse der Forschungsfragen aus den jeweiligen Kategorien neue Konzepte zu entwickeln, welche wiederum zu neuen Theorien führen können.

#### **4.4 Datenschutz und forschungsethische Überlegungen**

Bei der Erforschung von neuem Wissen müssen bei einem teilstrukturierten Interview das Interesse und das Recht der beteiligten Personen vordergründig behandelt werden (vgl. Bogner 2014: 88). Aus diesem Grund orientiert sich auch diese Studien an den Ethikrichtlinien der Sozialwissenschaften, denen folgende Prinzipien zu Grunde liegen: erstens ist es wichtig, dass die Teilnahme freiwillig geschieht, zweitens muss der Schutz vor Schädigungen und Beeinträchtigungen gewährleistet sein, drittens müssen persönliche Daten anonymisiert und vertraulich behandelt werden. (vgl. Döring/Bortz 2016: 123).

Konkret wurden diese Richtlinien folgendermaßen angewendet: Alle Interviewpartnerinnen meldeten sich freiwillig per E-Mail, um sich für den Kurs und die darauffolgenden Interviews

anzumelden. Die Teilnahme am Interview stellte keine Bedingung dar, um an dem Kurs teilnehmen zu können.

Die Befragung zu sehr intimen Themen birgt immer ein kleines Risiko einer psychischen Belastung der befragten Personen. Für diesen Fall war es der Interviewerin wichtig, den Teilnehmenden (TN) die Möglichkeit anzubieten, das Interview jederzeit abbrechen und ihre Einwilligung zur Verarbeitung ihrer persönlichen Daten jederzeit zurückziehen zu können. Eine offene Fragestellung und die Möglichkeit, intime Fragen nicht beantworten zu müssen, sollen die befragten Personen vor einer Schädigung schützen.

Um die generierten Daten verarbeiten zu können, sicherte sich die Autorin mit einer Einwilligungserklärung (Anhang 9) der beteiligten Personen ab (vgl. Helfferich 2011: 175). Die „Verletzung von Vertraulichkeitszusagen“ (Hopf 2016: 199) gilt als ein gefährdender Aspekt für die Forschungsarbeit. Alle Angaben wurden ausschließlich zum Zweck des Forschungsinteresses erhoben. Alle Aussagen, die auf die Identität der beteiligten Person rückschließen lassen, wurden anonymisiert. Dieser Prozess fand während der Überarbeitung der einzelnen Transkripte statt.

Der Datenschutz stellte in diesem Forschungsvorhaben eine besondere Herausforderung dar: Die TN lernten sich teilweise innerhalb des Online-Kurses kennen und sind alle berechtigt, die vorliegende Arbeit zu lesen. Obwohl alle TN (T1-T7) in den Transkripten pseudonymisiert wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie anhand der Aussagen auf die Identität der anderen interviewten Personen rückschließen können. Dieser Aspekt wurde vor dem Interview mit jeder Frau persönlich noch einmal besprochen, um auf diese Weise abzusichern, dass sie um das Risiko weiß und der Datenschutz eingehalten werden kann.

## 5. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der qualitativen Studie veranschaulicht. Mit Hilfe der computergestützten Analyse des Transkriptions- und Analyseprogrammes MaxQDA (nach Kuckartz 2018) wird ein Kategoriensystem erstellt. Das System besteht aus Hauptkategorien und den jeweiligen Unterkategorien. Zum Teil sind die Unterkategorien in weitere Unterkategorien gegliedert. Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien werden thematisch sortiert und zunächst interpretationsfrei präsentiert. Sie werden miteinander verglichen und zur Belegung werden Originalzitate angegeben (vgl. Kuckartz 2018: 115). Für die Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems nach MaxQDA, und um dieses zu verdeutlichen, werden die Kategorien des Kategoriensystems einführend definiert. Die Definitionen der jeweiligen Kategorie sind beschrieben und die ausführliche Darstellung aller Kategorie-Definitionen sind im Code-Buch im Angang Arbeit zu finden (Anhang, Band II). Den Kategorien sind die entsprechenden Segmente aus den sieben Interviews zugeordnet. In manchen Zitaten werden mit [...] Auslassungen gekennzeichnet oder mit [z. B. Vulva] Wörter ergänzt, um die Aussage verständlicher zu machen.

### 5.1 Herausforderung Vulvakrebs

In dieser Hauptkategorie werden Aspekte der Vulvakrebserkrankung beleuchtet, welche die interviewten Frauen als belastende lebensverändernde Situation wahrgenommen haben. Vulvakrebs ist eine seltene Krebserkrankung und sie stellt die betroffenen Frauen vor besondere Herausforderungen. In den Interviews kommt bspw. zur Sprache, wie der Weg zu ihrer Diagnose erlebt wurde, welche Behandlungen und Eingriffe die Frauen erfahren haben und dass Vulvakrebs in sehr vielen Bereichen als ein gesellschaftlicher Tabubereich wahrgenommen wird und mit Schamgefühlen einhergeht.

#### 5.1.1 Der Weg zur Diagnose

In dieser Kategorie geht es um Textstellen, die den Weg zur Diagnose Vulvakrebs beschreiben, der häufig eine sehr lange, ungewisse Zeit darstellt, welche zum Teil mit starken Schmerzen und psychischen Belastungen verbunden ist. Sechs von sieben interviewten Frauen beklagen, dass ihre Erkrankung schneller hätte erkannt werden können und dass sie einige Monate, teilweise sogar Jahre, trotz Symptomen nicht richtig behandelt wurden. Die ersten Anzeichen für Vulvakrebs können sehr unterschiedlich ausfallen.

Bei fast allen Befragten äußerte sich die Krankheit durch ein brennendes oder juckendes Gefühl im Vulvabereich: „Bei mir hat es sich durch Jucken geäußert, ich war damals auch schon beim Frauenarzt damit. In meiner normalen jährlichen Routineuntersuchung hatte ich das angesprochen. Da wurde das aber abgetan.“ (T1: 6).

Nach Aussagen von sechs befragten Frauen wurde ihr Anliegen zunächst bei den Gynäkolog:innen „nicht ernst genommen“ (T4: 90) oder als Pilzinfektion oder Ähnliches diagnostiziert: „Die behandeln jetzt die Symptome [...]. Die sind ja auch dann erst mal für kurze Zeit verschwunden, aber [...] die gehen der Ursache nicht auf den Grund“ (T7: 86).

T4 berichtet, dass ihr gegenüber niemand erwähnte, „[...] dass das ein Vulvakarzinom sein kann oder eine Krebsvorstufe, sondern es ist immer anderweitig behandelt worden“ (T4: 26). Stattdessen musste sie zum Beispiel „etwas gegen Feigwarzen nehmen, eine Salbe nehmen oder gegen irgendwelche Infektionen. Das hat alles immer nicht geholfen und dieser Juckreiz ist immer wieder gekommen“(ebd.).

Lediglich T2 beschreibt, dass bei ihr der Weg zur Diagnose nicht lange dauerte: „Ich hatte eine Wunde neben der Klitoris, die aufgesprungen war [...]. Und ich bin dann zur Frauenärztin gegangen und die hat dann eine kleine Biopsie gemacht und hat dann eben gesagt, dass wir das abklären jetzt, ob es eine Geschlechtskrankheit ist oder ein Tumor“ (T2: 10).

#### **5.1.1.1 Unwissen und Unverständnis**

In dieser Kategorie werden Textstellen beschrieben, die verdeutlichen, dass Vulvakrebs eine seltene Erkrankung ist, die in der Gesellschaft, aber auch bei medizinischen Fachkräften, noch relativ unbekannt ist. Es werden Situationen geschildert, die die Frauen bei Ärzt:innen oder in ihrem sozialen Umfeld erlebt haben.

T7 äußert, dass das medizinische Fachpersonal zu schlecht über den Vulvakrebs informiert sei und, dass in manchen Fällen größere Eingriffe verhindert werden könnten, wenn der Krebs eher erkannt würde:

Die behandeln mit Cremes wochenlang, monatelang, Jahre Patienten, bis es so weit fortgeschritten ist, dass da vollkommen...die werden [an der Vulva] vollkommen zerstückelt, ist egal wie alt die sind, nur durch Unerfahrenheit und Unwissenheit. Das ist das, was mich so ärgert, dass man da nicht mal auch die Ärzte ein bisschen mehr sensibilisiert. Mein Gynäkologe hat zum Beispiel gesagt, er hatte eine junge Frau da sitzen, die kam zu ihm in der Praxis und schüttete erst mal eine ganze Tüte mit Cremes ihm auf dem Schreibtisch. Und dann fragte er nur, was ist das denn? Ja, die Cremes brauchen sie mir alle nicht verschreiben, die nutzen alle nichts. (T7: 71)

Sie ist davon überzeugt, dass die wenigsten Gynäkolog:innen bei der Krebsvorsorgeuntersuchung, neben dem HPV-Abstrich und dem Gebärmutterhalsabstrich, die Schleimhäute untersuchen: „[...] zu 90 Prozent guckt sich kein Gynäkologe die Schleimhäute an“ (T7: 93).

T3 teilt ähnliche Erfahrungen mit: „Es gibt keine Ärzte, die sich damit auskennen. Ich bin auch bei meiner Gynäkologin die Erste und Einzige mit dieser Diagnose“ (T3: 105). Sie erwähnt, dass es im Vergleich zu Brustkrebs „keine Angebote speziell für Vulva-Erkrankte gibt“ (T3: 105) und dass in Kliniken das medizinische Fachpersonal nicht ausreichend informiert ist, was sich an Situationen wie dieser zeigt: „Danke, ich kann nicht so gut sitzen!“ Dann wird man

blöd angeguckt. Und selbst wenn ich dann sage, ich hatte eine Vulvektomie, wo ich eigentlich davon ausgehe, dass medizinisches Fachpersonal weiß, was das ist“ (T3: 106).

T5 erlebte sich als „Anschauungsobjekt“ und schildert, nicht einfühlsam behandelt worden zu sein. Ihre Erkrankung [Lichen Sclerosus] war vor einigen Jahren auch unter den Mediziner:innen noch nicht so bekannt: „Es kamen vier, fünf Ärzte rein, rissen mir die Schamlippen auseinander, haben einfach Bilder gemacht, um sich das genau zu begucken“ (T5: 20).

T6 berichtet, dass sie in der Reha-Klinik ebenfalls keinen sensiblen Umgang erfuhr, da sie nicht nach ihrer Krebsart gefragt wurde: „das hat man schon daran gemerkt, dass da über 100 Leute mit Brustkrebs sind, die gingen ja auch eigentlich alle fast davon aus, dass jeder Brustkrebs hatte, der da war“ (T6: 41).

Des Weiteren machten alle sieben interviewten Frauen in ihrem sozialen Umfeld die Erfahrung, dass die wenigsten Personen schon von Vulvakrebs gehört hatten. So berichtet T6: „Manche sagen ja auch: „Was, das kann man auch kriegen? Das wusste ich gar nicht“ (T6: 46). So äußert sich auch T3 ähnlich zu den Reaktionen in ihrem Umfeld: „Vulvakrebs kennt niemand. Wenn ich das erwähne, wenn ich gefragt werde, was ich für Krebs habe und ich sage Vulvakrebs, dann: ‚Hä? Was ist denn das? Wo ist das? Kenn ich gar nicht‘“ (T3: 101). T4 erklärt, dass vielen Personen der Begriff Vulva nicht bekannt ist und sie deshalb nicht einordnen können, an welcher Körperstelle sich der Tumor befindet: „Es gibt auch welche, die sagen dann ‚ach Gebärmutterhals‘ und dann sage ich ‚nee, Schamlippen‘. Die gar nicht wissen, was denn die Vulva ist“ (T4: 129). Personen, die bereits mit Vulvakrebs in Berührung gekommen sind, scheinen die Ausnahme zu sein, wie T4 berichtet: „Ich habe tatsächlich jetzt mit zwei Frauen gesprochen, [...] die auch jemanden kennen, der das auch hatte. Alle anderen haben gesagt, das habe ich noch nie gehört“ (T4: 131).

### **5.1.1.2 Aufklärung über Auswirkungen**

In dieser Kategorie werden Aussagen darüber getroffen, wie Aufklärungssituationen seitens der Ärzt:innen und des medizinischen Fachpersonals über mögliche Behandlungsverläufe, operative Eingriffe und Auswirkungen auf die Sexualität wahrgenommen wurden.

T1 beschreibt, sie habe sich nicht gut aufgeklärt gefühlt bezüglich des genauen Operationsverlaufs und welchen Einfluss die Behandlung auf ihr sexuelles Erleben haben würde: „So richtig aufgeklärt. Gerade auch, was Sexualität angeht, gar nicht. Also mehr Richtung Krebs aufgeklärt, aber auch einfach auf mein Nachhaken hin“ (T1: 36). Erst auf Initiative von T1 hin, zog ihre Ärztin eine alternative Behandlung in Erwägung:

Ursprünglich hatte die Ärztin den Plan, wir machen das jetzt in einer OP großflächig. Und nur auf meine Anmerkung hin, wie ist das dann mit Sexualität und so weiter. Ich meine, ich bin noch jung. Mir ist das wirklich auch wichtig. Daraufhin kam sie dann auch erst auf die Idee, wir machen das anders. (T1: 34)

T1 berichtet, sie habe sich mit den Ärzt:innen auf eine Behandlung mit einer Salbe geeinigt, „damit es für [sie] auch einfach keine größere Beeinträchtigung gibt, was auch das Sexuelleben angeht. Also um das möglichst gering zu halten“ (T1: 18). Ihr wurde das blaue Handbuch<sup>14</sup> zum Thema Vulvakarzinom und Sexualität mitgegeben, sie habe sich jedoch „das meiste Wissen [...] tatsächlich selber durch Internet bzw. auch über die Kontaktaufnahme zu anderen Frauen angeeignet“ (T1: 39). Vergleichbar ist ihre Antwort auf die Frage, ob man sie aufgeklärt habe bezüglich der ersten sexuellen Aktivität nach der Behandlung: „Nein gar nichts“ (T1: 180).

T2 berichtet, dass sie sich „allein gelassen fühlte“ (T2: 12). Sie wurde medizinisch zwar aufgeklärt, aber nicht über die Auswirkungen, welche die Operation mit sich bringe: „Also eigentlich wusste ich zwar, was chirurgisch gemacht worden ist, aber ich hatte keine Ahnung, was ich jetzt für ein Ergebnis vorfinden würde“ (T2: 10). Ihre Klitoriseichel befindet sich nach der Operation an einer anderen Position und ist nicht mehr sichtbar, was ihr zuvor nicht mitgeteilt wurde: „Also deshalb war ja, also es sah von außen jetzt, wurde es ja geschlossen, aber was da innen genau wo was hängt, keine Ahnung“ (T2: 35).

T3 berichtet ebenfalls, sie sei nicht genügend aufgeklärt worden: „Aber was eigentlich gemacht wird und was da so auf mich zukommt, kein Wort“ (T3: 18). Und auch nach der Operation fühlte sie sich nicht informiert: „Was eigentlich wirklich alles operiert wurde, das hat mir gar keiner gesagt“ (T3: 42). Sie habe neu konstruierte Vulvalabien, „aber wo die herkommen und wie sie das gemacht haben, kein Wort, kann mir heute auch keiner mehr sagen“ (T3: 46). Sie betont, dass sie das blaue Handbuch, was ihr ebenfalls gegeben wurde, für Laien zu unverständlich geschrieben findet: „Ich konnte damit nie was anfangen. Selbst heute mit ganz viel Wissen kann ich mit dieser Broschüre immer noch nichts anfangen“ (T3:103).

T4 ist wie die anderen der Meinung: „Es gibt halt ganz wenig Aufklärung“ (T4: 88). Sie weist darauf hin, dass Fachbegriffe wie ‚Dysplasie‘ erläutert werden sollten: „Was eine Dysplasie-Sprechstunde ist, habe ich mir im Prinzip selber dann durchgelesen“ (T4: 26). Die Ärztin dort habe ihr zwar erklärt, was sie mache, aber nicht, dass sie auf Vulvakrebs untersucht werde: „und dann habe ich aber auch nochmal im Anschluss erst... nachgelesen, was das überhaupt bedeutet mit dieser Essig-Tinktur und was das bedeutet, wenn sich das weiß verfärbt“ (T4: 34). T4 hatte das Gefühl, sie wurde vor der OP praktisch gut aufgeklärt: „das hat eine Ärztin gemacht, die hat mir aber genau gezeigt, was gemacht wird, wo die Stelle liegt und dann ist das auch... so operiert worden“ (T4: 42). Bezüglich der Auswirkungen auf ihre Sexualität gab es keine Informationen.

T5 wurde erst nach der Operation bewusst, dass sie zwar über den Eingriff aufgeklärt wurde, aber bezüglich der Auswirkungen auf ihr Sexuelleben nicht:

---

<sup>14</sup> Broschüre: Selka, E (Hrsg.) (2019): Vulvakarzinom. Hilfe zur Selbsthilfe, 7. Aufl.

Gut, davon hatten die Ärzte nichts gesagt. Ich denke, die gingen davon aus, dass ich das wusste. Ich war so drei, vier Tage weggedröhnt gewesen. Ich weiß nur, ich hatte höllische Schmerzen gehabt und war auch erst danach aufnahmefähig gewesen, was jetzt wirklich da unten passiert ist. Und Fakt war, die haben eben eine komplette Vulvektomie gemacht [...]. Aber dann. Und das weiß ich noch, und dann nach vier, fünf Tagen hatten die mir dann genau erklärt, was sie gemacht haben. (T5: 30)

T5 betont: „Also sie kümmern sich in der Beziehung schon, aber die Aufklärung, die hat gefehlt“ (T5: 36).

T6 weiß bis heute nicht, wie auch zum Teil die anderen interviewten Frauen, ob ihre Klitoris komplett entfernt wurde. Sie wusste bis zu dem Online-Modul nichts über den Gesamtumfang der Klitoris und wolle nun in Erfahrung bringen, ob Teile ihrer Klitoris erhalten geblieben sind. Bezüglich der Aufklärung zu sexuellen Fragen habe sie eine interessante Erfahrung gemacht bei einem Arzt, zu dem sie nach der Behandlung wechselte. Dieser habe sich Zeit genommen:

Ich hab' ihm dann von den Verklebungen erzählt, da hat er bei der Bestrahlung mir gesagt, am besten Geschlechtsverkehr und dann sagte er ja, es gibt ja auch so Spielzeuge, wüsste er ja nicht mehr, wie ich dazu stehe, was ich dazu meinte oder so. Ich meine, dass er überhaupt in seinem Alter jetzt da... sowas anbrachte, fand ich ja eigentlich schon gut, aber mehr kam dann auch nicht. (T6: 88)

T7 ist an einen Spezialisten für Vulvakrebs geraten und sie fühle sich gut informiert bezüglich der Operation. Sie stelle nun im Nachhinein fest, dass sie auch nicht wisse, ob ihre komplette Klitoris entfernt wurde:

Doch, ich habe den OP-Bericht, aber da steht nur drin, was er alles gemacht hat, aber nichts drin, mit Klitoris entfernt oder dass die Schenkel mit weggenommen werden müssen. Da steht nur irgendwas Tolles von einem Inseledesign und Wiederaufarbeitung. (T7: 114).

Ihr Sexualleben betreffend hätte sie niemand vorgewarnt oder aufgeklärt. Erst in der Reha hätte eine Fachperson Aufklärung gegeben und professionelle Möglichkeiten genannt, die Vagina zu dehnen, mit Dilatoren oder Dildo-Varianten: „[...] Der ist ganz dünn. So, und jetzt, wenn ich ja diese Schenkel noch habe, und da ist ja alles so eng, dann müsste das mit so einem Harnleiter-Dildo funktionieren, dass man wieder zum Orgasmus kommt“ (T7: 130).

### **5.1.2 Behandlungen und operative Eingriffe**

In dieser Kategorie werden Aussagen über die Behandlungsformen und die operativen Eingriffe getroffen. Es werden Textstellen herausgearbeitet, die beschreiben, wie die sieben befragten Frauen diese Eingriffe erlebten.

Fünf von sieben Frauen berichten schon vor Diagnose von schmerzhaften Erfahrungen, zumindest unangenehmen Situationen der Biopsie. Sie wurden zum Teil nicht betäubt oder die Betäubung wirkte nicht: „Die haben die Stanzungen<sup>15</sup> dann ohne Betäubung geholt, weil das brachte nichts, denn es wirkt da nicht“ (T5: 81). T1 äußert: „Es ist nun schon meine dritte

---

<sup>15</sup> Biopsie-Verfahren, um Gewebeprobe aus einer krankheitsverdächtigen Körperregion zu entnehmen.

Biopsie und da bin ich aber auch mittlerweile schon so, dass ich wirklich auch anmerke, dass ich das richtig gut betäubt haben möchte“ (T1: 13).

T4 schildert die Biopsie ähnlich: „Ohne Betäubung, das war sehr unangenehm tatsächlich“ (T4: 38).

Allen sieben Frauen wurden durch Operationen Teile der Vulva entfernt oder es wurde eine komplette Vulvektomie vorgenommen:

Ja alles, wo was war, ist rausgeschnitten worden, weggeschnitten. Ja, und dann ist der Rest irgendwie zusammengenäht worden. Die ganze vordere Hälfte, sag ich mal, ist eigentlich weg. Ja, ist eigentlich gar nichts mehr da. Also es ist einfach mit Haut überzogen. (T6: 16)

Die Operationen verliefen häufig sehr großflächig, u. a., weil die Lymphknoten schon befallen waren, wie T3 erklärt: „da haben sie mir nochmal acht oder neun Lymphknoten aus der Leiste entfernt und einen von Mont Pubis“ (T3: 36). Sie schildert weiter: „und sonst ist alles weg. Und die haben mich auch ziemlich eng und straff wieder zusammengenäht. Ich weiß, dass sie Transpositionsflappen<sup>16</sup> benutzt haben, um die Vulva wieder zu rekonstruieren“ (T3: 44).

T5 muss aufgrund ihrer Lichen Sclerosus Erkrankung immer wieder gelasert werden: „alles komplett unten, die ganze Vulva hatten die gelasert. Das war nicht ohne gewesen, aber ja gut, wie lange hatte ich Ruhe, für ein paar Wochen, denn die Lichen Sclerosus, die kam ganz schnell wieder“ (T5: 26). T5 müsse sich immer wieder neuen Operationen aussetzen, da Lichen Sclerosus die Schleimhäute ständig neu befällt: „Ich hab nichts mehr. Ist alles weg“ (T5: 205).

T6 wurde nach der Operation 28Mal bestrahlt und die letzten Male beschrieb sie als sehr schmerzhaft: „Also es gab dann sozusagen so eine Verbrennung von vorne bis hinten. Das ist, wenn die Haut ja richtig weh tut, wenn man sonst so mit den Armen zu viel in der Sonne sitzt. Und man kann da so Hautfetzen abziehen“ (T6: 31).

Ebenso beschreibt T1 die Tumorbehandlung mit einer starken Salbe als schmerzhaftes Erlebnis: „und natürlich auch örtlich. Es war sehr entzündet. Es hat sich praktisch wie ein sehr starker Sonnenbrand angefühlt“ (T1: 21).

Bei T7 wurde ebenfalls eine Vulvektomie vorgenommen. Sie äußert sich jedoch insofern zufrieden mit dem Ergebnis, als das der Tumor im Ganzen entfernt wurde und ihre Vulva optisch sehr gut rekonstruiert wurde:

Also ich weiß das ich habe an der linken Seite alleine ein Gebiet gehabt von 3 x 3,5 cm Krebsvorstufen. Und wenn man sich überlegt, wie groß das ist, und davon 3,5 cm und 3 cm, wie viel Krebsvorstufen ich dann hatte. Auch Richtung Anus war auch und an mehreren kleinen Stellen noch. Und der [Arzt] hat dann praktisch das alles entfernt und dann die Haut dann so weit reingezogen und so den Venushügel dann, dass es äußerlich nicht sichtbar ist. (T7: 22)

---

<sup>16</sup> Operatives Verfahren, um nach einer Vulvektomie die Vulva zu rekonstruieren.

### **5.1.2.1 Medizinische Versorgung**

Diese Kategorie fasst alle Aussagen zusammen, die Bezug auf die medizinische Versorgung vor und nach Behandlung nehmen sowie auf die Un-/Zufriedenheit der interviewten Personen damit.

Bei fünf von sieben Frauen kam es nach den Operationen zu kleineren oder großen Komplikationen, die sich langfristig negativ auf ihr Wohlbefinden auswirkten.

T6 fühlte sich nicht gut versorgt, was die Hautpflege nach der Bestrahlung betrifft: „Die Bestrahlung war immer ambulant. Ich habe zwischendurch mal beim Arzt nachgefragt. Man könnte sich dann ‘ne Creme drauf tun“ (T6: 34), aber eine spezielle hätte ihr niemand empfohlen. Auch T1 berichtet, sie habe sich allein gelassen gefühlt mit den Nebenwirkungen der Salbe:

Also zum einen hatte ich ganz stark Grippesymptome. Also es hat sich geäußert, dass ich teilweise sehr starke Untertemperatur hatte. Gab Tage, wo ich nicht aus dem Bett aufstehen konnte. Also da hatte ich auch so Kreislaufprobleme, dass ich mir nicht mal den ganzen Tag was zu Essen machen konnte, weil ich einfach nicht aufstehen konnte bzw. Angst hatte, dass ich umkippe. Es war ja sehr entzündet. (T1: 21)

T4 schildert, dass sich ihre Wunde nach der Operation so stark entzündet habe und „nekrotisch war“ (T4: 58), dass sie ein zweites Mal operiert werden musste: „Da ging es dann nicht mehr darum, dass das nachher ästhetisch aussieht oder irgendwelche Nerven nach oben gelegt werden, sondern nur darum, dass die Wunde jetzt heilen kann“ (T4: 58).

T3 wurde nicht darüber informiert, wie sie ihr Narbengewebe pflegen sollte:

Ich weiß ja nicht, wo sie die Haut herhaben. Jedenfalls ist da ja Spannung drauf. Weil, es wurde mir dann nicht gesagt, dass ich das massieren und trainieren muss, dass ich bestimmte Pflegeprodukte nehmen muss. Ich habe genommen, was man so hat an Intimpflege. (T3: 58)

Im Gegensatz zu den zitierten Personen, fühlten sich T2 und T7 nach ihren Eingriffen medizinisch angemessen betreut und es kam nicht zu Komplikationen.

### **5.1.2.2 Psychologische Begleitung**

In dieser Kategorie werden alle Aussagen zusammengetragen, die sich auf das Angebot von psychologischer Betreuung der betroffenen Frauen beziehen. Damit ist sowohl ein Angebot ab dem Zeitpunkt der Diagnose als auch in der Rehabilitationszeit gemeint.

Insgesamt wurden die Operationen von den befragten Personen als komplizierte Eingriffe beschrieben und die Zeit danach als schmerzhaft und psychisch belastend empfunden. Vor der Behandlung wurde keine der sieben Frauen darauf hingewiesen, dass es sinnvoll sein könne, eine psychologische Begleitung in Anspruch zu nehmen.

T1 berichtet, sie habe weder von ihren Ärzt:innen noch vom medizinischen Personal psychologische Unterstützung angeboten bekommen:

Da wurde keine Rücksicht drauf genommen. Am letzten Tag meines Krankenhausaufenthalts habe ich gesagt, ich brauche jetzt dringend psychologische Unterstützung. Oder ihr müsst mich jetzt entlassen und nach Hause schicken. Daraufhin wurde ich nach Hause entlassen. (T1: 106)

T2 kümmerte sich selbstständig um psychologische Unterstützung: „Mit dieser Diagnose musste ich erstmal versuchen umzugehen. Ich war also wochenlang nur mit dem Begriff Vulvektomie im Kopf beschäftigt. Es war wie so ein Schockzustand. Ich habe an nichts anderes mehr denken können“ (T2: 35).

T3 wurde in der Klinik psychologische Begleitung angeboten. Sie habe das Angebot jedoch nicht so schnell realisieren können und hätte sich wiederholte Angebote gewünscht:

Also es kam eine junge Psychologin, die hat mir psychologische Unterstützung angeboten, ihre Visitenkarte dagelassen und hat gesagt, wenn ich psychologische Betreuung möchte, dann soll ich in ihrer Praxis anrufen und sagen, sie wäre bei mir hier in der Klinik schon gewesen, dann würde ich schneller einen Termin bekommen. Das war aber alles an psychologischer Beziehung. (T3: 352)

T4 bekam im Krankenhaus psychologische Unterstützung angeboten:

„Und am gleichen Tag hatte ich auch einen Termin mit der Psycho-Onkologin. [...] Und die war dann auch, als ich nach der zweiten OP dann stationär war, hatte sie mich auch an den Werktagen [...] täglich besucht [...], weil ich eben schon auch sehr belastet war“ (T4: 78).

T5 wurde ebenfalls psychologische Begleitung angeboten, die jedoch nicht auf den Bereich Vulvakrebs zugeschnitten war: „Ja, ich war bei einer Onko-Psychologin nach der OP. [...] Sie war völlig überfordert mit diesem Krebs und ... das habe ich ihr dann auch gesagt. Also eine richtige Psycho-Onkologin hatte ich auch nie gefunden“ (T5: 212).

T6 und T7 äußerten sich nicht zu eventuellen psychotherapeutischen Angeboten.

### **5.1.3 Krankheit im Tabubereich und schamhafte Kommunikation**

Im folgenden Unterkapitel wird Vulvakrebs als gesellschaftliches Tabuthema beleuchtet und die damit verbundenen Schamgefühle der Betroffenen, was die erkrankten Frauen vor besondere Herausforderungen stellte.

Alle sieben befragten Frauen schildern Situationen, die ihr Schamerleben verdeutlichen: „auch dieses drüber sprechen, also auch dieses Tabuthema einfach, bzw. auch einfach die Unwissenheit dieser Gesellschaft“ (T1: 50). Jede von ihnen ist in unterschiedlichen Bereichen mit Schamgefühlen konfrontiert. T1 berichtet beispielsweise von schambehafteten Reaktionen ihres Umfelds:

Also, wenn ich sage Vulvakrebs, können viele tatsächlich nichts damit anfangen, wo ich dann auch wirklich nur mal sage, das ist ein Krebs an den äußeren Geschlechtsteilen. Und dann ist aber auch sofort Ruhe. Da fragt

dann auch keiner mehr nach. Dann wird das halt so stehen gelassen. Das ist halt nach wie vor ein Tabuthema. Das ist mit Scham belastet. (T1: 56ff.)

Wenn die Frauen von ihrer Krankheit berichten, müssen sie den Begriff ‚Vulva‘ nennen, der gesellschaftlich als intim, privat und sexualisiert empfunden wird. Sie berichten, es sei teilweise sehr unangenehm zu erklären, an welcher Stelle sich der Tumor befinde: „Wenn ich gefragt werde, erzähle ich es mittlerweile recht locker, es kommen ja nicht viele Rückfragen. Tiefgehend geht man ja gar nicht ins Gespräch. Und es ist auch nach wie vor unangenehm zu sagen, ich habe Vulvakrebs. [...] Also, dass es an der Vulva ist“ (T1: 62.).

T2 könne bei ihrer Arbeitsstelle offen und ohne Schamgefühle über den Vulvakrebs sprechen, hätte jedoch Grund Schwierigkeiten ihrer Familie gegenüber: „meiner eigenen Familie habe ich es gar nicht kommuniziert. Also ich habe meinem Bruder mitgeteilt, dass ich operiert werde, auch dass es ein Geschwulst ist, [aber nicht wo der liegt]“ (T2: 226).

T3 berichtet, dass sie Vulvakrebs auch in der Klinik dem medizinischen Fachpersonal gegenüber als Tabuthema erlebt habe:

[Ich] musste ja vier Tage strikt liegen. Die kamen nicht und haben gefragt [...]. „Und wo möchten Sie gewaschen werden und wie? Wir können das ja im Liegen, so ein bisschen auf die Seite und so...“ Da wird nicht nachgefragt und geguckt und gemacht. Das wollen die nicht. [...] Da wird keine Rücksicht drauf genommen. Da ist null Empathie. (T3: 342)

Empfehlungen zur idealen Pflege von Vulva und Anus nach den Operationen wurden ebenfalls gemieden: „Kein Arzt bietet uns Lymphdrainage an, berät uns wegen Kompressionswäsche oder [...] da gibt es ja so eine Po-Dusche für unterwegs... kennt sich niemand aus und ist auch ein ganz großes Tabuthema“ (T3: 105ff.).

T4 berichtet, sie versuche ihre Krankheit offen nach außen hin zu kommunizieren, aber es gelänge ihr nicht in jedem Kontext und besonders Männern gegenüber sei sie schambehaftet:

[Also] ich habe dann zum Beispiel mal einen männlichen Kollegen getroffen, der auch nachgefragt hat, an was für einem Krebs ich erkrankt bin, und dann habe ich gesagt, an einem gynäkologischen Krebs. So, ne? Oder ich sage dann schon mal Unterleibskrebs, aber ich sage nicht, also gerade Männern gegenüber, sage ich meistens nicht, dass es Vulvakrebs war. (T4: 121)

T4 präzisiert ihre Aussage folgendermaßen: „Ich kann es nicht, also weil es einfach sehr intim ist“ (T4: 135).

T5 berichtet von Reaktionen in ihrem sozialen Umfeld, die verdeutlichen, warum sie nicht gern über ihre Erkrankung spricht: „[Die] haben eigentlich alle gesagt: ‚nein danke, ich möchte nicht mehr darüber wissen, reicht mir‘. Es interessiert sich keiner dafür, was da passiert ist“ (T5: 98). Im Gespräch mit Freundinnen erlebte T5 schambehaftete Momente: „Wie soll ich das beschreiben? Du merkst, dass es [ihnen] weh tut und [sie] erzählen dann: ‚ja, ich bin mit meinen Schamlippen auch nicht zufrieden oder so...‘. Das geht denen einfach zu nah“ (T5: 100).

T6 antwortet auf die Frage, ob sie einen Unterschied von Vulvakrebs zu anderen Krebserkrankungen sehe, mit:

Das ist die schlimmste Art, die einen treffen konnte, denke ich, aber das weiß ich nicht. [...] Ich denke] mal so von den Auswirkungen her jetzt. Und ich meine, je nachdem wo es sonst ist, da spricht man vielleicht auch noch eher drüber...und die [Erkrankung ist] mit sehr viel Scham verbunden, weil es ist zumindest nicht so, dass man es überall so rausposaunt, (T6: 37ff.)

T7 äußert, sie sei nicht direkt mit Schamgefühlen belastet, sie nehme aber wahr, dass Vulvakrebs eher ein Tabuthema sei als andere Krebserkrankungen:

Nein, Scham gar nicht. Eher Wut irgendwie. Aber ich kann nicht sagen, auf wen. Warum ich da jetzt diesen Krebs habe [...] Dieses Wort Vulva, was bedeutet das für mich? Was kommt auf mich zu? Ich meine, Brustkrebs oder Darmkrebs, das sind ja Dinge, da hörst du immer von und dann aber diese Art von Krebs, das hat mich so schockiert eigentlich. (T7: 83)

T5 und T7 berichten beide von unterschiedlichen Reha-Aufenthalten, in denen sie sich nicht zugehörig fühlten, da Vulvakrebs auch dort tabuisiert sei: „Es wurde über Brustkrebs, über Eierstockkrebs [...] erzählt, aber nicht weswegen ich da gewesen bin“ (T5: 45). Ebenso äußert sich T7: „[Der] Klinikleiter [...] hat über alle möglichen Krebsarten gesprochen. [...] Und ich finde eine Klinik, die sich damit auszeichnet, spezialisiert auf Vulvakrebs zu sein und das in diesem wichtigen Vortrag dann nicht erwähnt wird, also das passt doch gar nicht“ (T7: 73).

Ein weiterer Bereich, den T1, T5 und T4 erwähnen, ist die Kommunikation mit den eigenen Kindern über die Erkrankung, da der Bereich Vulva für sie etwas mit Sexualität zu tun habe.

T1 fällt es schwer, mit ihrem 17-jährigen Sohn über die Krankheit zu sprechen:

Ja, wo ich auch einfach das Gefühl hatte, dass er das nicht so möchte, da so mit mir drüber sprechen. [...] Also gerade in dem Alter ist das sowieso ein sehr schwieriges Thema [...] und gerade auch, was die Mutter angeht. Also ich möchte jetzt auch nicht unbedingt über's Sexleben von meiner Mutter Bescheid wissen. (T1: 86-90)

T5 hat erwachsene Kinder, mit denen sie nicht gern über die Krankheit spreche: „Denn ich sag mir immer, ich will die da eigentlich nicht so reinziehen. [...] Also, das wissen die schon, aber so detailliert, wie es mir wirklich so im Inneren geht, das weiß jetzt nur meine Tochter“ (T5: 116).

Die Kinder von T4 sind zwischen 10 und 14 Jahre alt und wissen von der Erkrankung ihrer Mutter, aber nur oberflächlich: „Meine Tochter weiß auch zum Teil, was entfernt wurde. Und mein Sohn nicht so genau. [...] Das ganze Drumherum, was das eben auch noch bedeutet, [...] dass [die Sexualität] sehr eingeschränkt ist, das wissen die Kinder nicht“ (T4: 151ff.).

### **5.1.3.1 Schuldgefühle (moralisch/unhygienisch)**

In dieser Unterkategorie werden alle Aussagen erfasst, die das eigene hygienische und moralische Verhalten in Zusammenhang mit Vulvakrebs hinterfragen und Schuldgefühle und Selbstzweifel auslösen.

T1 bemerkt, sie habe manchmal Gefühle, sich rechtfertigen zu müssen, wenn sie das Wort Vulva nennt. Sie könne nicht einschätzen, was die Leute denken: „was auch immer ein bisschen dieses Gefühl gibt, vielleicht ist sie unsauber oder es gibt auch immer ein bisschen schmutziges Gefühl“ (T1: 66).

Bei T4 kommt das Thema Misstrauen zur Sprache:

Und hinzu kommt ja auch noch, dass mein Krebs HPV induziert ist [...]. Ich bin 24 Jahre mit meinem Mann zusammen. Und auch das macht was mit einem. Weil es ja immer heißt, es wird über Geschlechtskontakte übertragen, wenn es HPV-induziert ist. Und ja, dann ja auch die Frage kommt, wo habe ich denn das her? Wenn ich seit 24 Jahren mit meinem Mann zusammen bin und ich auch keine anderen Sexualkontakte hatte. (T4: 135-137)

## **5.2 Genitales Selbstbild vor Diagnose**

In dieser Hauptkategorie werden Aspekte beleuchtet, die sich auf das genitale Selbstbild der interviewten Frauen vor der Diagnose beziehen. Es kommt zur Sprache, welches genitale Körperbild die Frauen von sich hatten und wie ihr sexuelles Erleben war. Hier werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die Selbstbefriedigungspraxis, auf das Orgasmus- und das Penetrationserleben der Interviewten beziehen.

### **5.2.1 Körperbild und Optik der Vulva**

In dieser Kategorie werden Aussagen getroffen, die Bezug auf das persönliche Körperbild und die Optik der eigenen Vulva vor der Diagnose nehmen.

Alle sieben Frauen äußern sich unterschiedlich zu ihrem Körperbild. Sie haben jedoch gemeinsam, dass sich keine von ihnen mit dem Aussehen der eigenen Vulva zuvor groß beschäftigt oder dieses hinterfragt hat: T1 äußert, dass sie vor der Diagnose nicht mit allen Teilen ihres Körpers zufrieden gewesen sei, auch durch die Schwangerschaft habe sich ihr Körper verändert. Über das Äußere ihres Genitals teilt sie mit: „Ich war zufrieden mit dem Aussehen [...] das [war] auch immer noch ein Teil von mir, den ich wirklich als weiblich betrachten konnte. [...] Vorher war halt alles so schön symmetrisch und passte“ (T1: 98ff.).

T2 hatte ein zwiegespaltenes Verhältnis zu ihrem Körper: „Also vorher war es so, ich habe immer sehr viel Scham empfunden. Ich habe mich sehr unwohl mit meinem Körper gefühlt, weil ich eben auch sehr übergewichtig bin“ (T2: 46). Auch sie machte sich vor der Erkrankung keine Gedanken über das Aussehen ihrer Vulva: „Also vom Kopf her war klar, ich bin auf jeden

Fall normal. Also ich sehe scheinbar aus wie alle anderen Frauen. [...] [Auch] von der Frauenärztin her, habe ich ja nie was anderes gehört. [...] [Es] wurde nie irgendetwas Negatives gesagt über diesen Bereich (T2: 87).

T3 berichtet, dass sie sich zwar aufgrund von Hygiene schon gern im Genitalbereich rasiert habe, sie habe sich jedoch „gar keine Gedanken gemacht, dass es anders aussehen müsste oder könnte. Null.“ (T3: 183). Ähnlich äußern sich auch die anderen Frauen: „Ich würde fast sagen neutral, ich habe mich da vorher nie mit auseinandergesetzt. Das war nie irgendwie, dass ich da schambehaftet war“ (T4: 184). Auch T5 erzählt: „Da muss ich ja zurück in, wo ich noch jung war, vor der Krankheit. [...] Da fand ich das alles super. War richtig schön“ (T5: 130). Und T6 berichtete: „Also ich habe mir auch so, weiß ich nicht, gar nicht so große Gedanken zu gemacht. Ich denke, wenn mein Mann so mit mir zufrieden ist, dann ist das schon okay. Oder?“ (T6: 60). T7 ist nach wie vor zufrieden mit dem Äußeren ihrer Vulva.

### **5.2.2 Sexuelles Erleben**

In dieser Kategorie werden alle Aussagen zusammengefasst, die Bezug auf das sexuelle Erleben vor den Diagnosen der interviewten Personen nehmen. Waren die Frauen sexuell aktiv in Form von Selbstbefriedigung oder sexuellen Begegnungen mit anderen? Haben sie sich als sexuell attraktiv erlebt? Wie haben sie Sexualität wahrgenommen?

T1 fühlte sich nicht immer wohl bei sexueller Interaktion: „Und die Vulva war für mich auch noch das Einzige, was an mir wirklich weiblich war. Also womit ich mich wirklich auch beim Sex wohl gefühlt habe“ (T1: 98). Sie habe sowohl positive als auch negative Erlebnisse gehabt und habe Sexualität teilweise genutzt, um Druck abzubauen: „Also für mich war Sex auch teilweise einfach Mittel zum Zweck und eine Art und Weise, wie ich meine psychischen Belange stillen kann [...]. Und auch um mein Selbstwertgefühl zu steigern, kurzfristig“ (T1: 116ff.).

T2 beschreibt ihr sexuelles Erleben als sehr lustvoll. Sie habe traumatische Erfahrungen in der Kindheit gemacht und sich erst vor ein paar Jahren an Sexualität mit einem Partner gewagt. Seither genieße sie dieses Erleben:

Also ich bin jemand, der unheimlich gerne Körperkontakt mag, die Wärme des anderen zu spüren und durch diese Beziehung ist es wirklich dazu gekommen und für mich ist natürlich total ein ganz neues Gefühl begehrt zu werden, sage ich mal. Und meine sexuelle Lust war ja auch meistens da [...]. [Ich] war eigentlich immer dafür zu haben, muss ich sagen. (T2: 46ff.)

T3 war viele Jahre sehr zufrieden mit ihrem sexuellen Erleben und empfand sich als attraktive Frau:

Hm. Ja, ja, ja, ja, wir waren sehr aktiv und haben auch viel ausprobiert. Mit meinem Mann, ja. [...] Also es gab jetzt kein Spezielles, was am schönsten war. Es hat ja auch mal variiert. Mal war das besser, mal war dies schöner. [...] Es war immer ein Geben und Nehmen [...] oder wir hatten übers Telefon Sex. Das gab es auch. (T3: 141ff.)

T4 äußert sich ebenfalls zufrieden mit ihrem sexuellen Erleben vor der Diagnose:

Ja, ich war sexuell aktiv, alleine und mit meinem Partner. Und wie das [...] oftmals ist nach 24 Jahren, nicht täglich, aber schon regelmäßig und vor allen Dingen erfüllt für uns beide. Also haben wir uns auch immer darüber ausgetauscht, wie gut das nach 24 Jahren noch so läuft und dass das gut klappt. Tatsächlich... sehr herkömmlich, glaube ich. Also keine wilden Experimente, auch keine Toys oder sonst irgendwas. Sondern tatsächlich so, dass wir da einfach ein sehr gut eingespieltes Team waren. Wo wir uns beide auch drüber gefreut haben, dass das noch so ist, nach so langer Zeit. (T4: 180ff.)

T5 äußert, sie habe einen sehr liebevollen Ehemann, von dem sie sich begehrt fühle. Sie bedauert, dass es schon so lange her ist, dass ihr Sexualleben unbeschwert war, denn mit Mitte 20 begann ihre Erkrankung (Lichen Sclerosus) schon: „Ja. Also mein Sexualleben, das war bis dahin sehr gut. Auch wo schon die ganzen weißen Stellen dann waren und die Verhornungen, hat mein Mann immer gesagt, das ist nicht schlimm, ist alles gut“ (T5: 125).

T6 empfand ihr Sexualleben als „ganz zufriedenstellend“, aber äußerte, dass sie nicht so häufig Sex haben wollte wie ihr Mann, „wie meistens bei den Männern, dass es denen gerne mehr sein könnte“ (T6: 57), aber sie fühlte sich wohl und begehrt dabei.

T7 beschreibt ebenfalls eine frühere erfüllte Sexualität mit sich allein und ihrem Ehemann. Sie erwähnt, dass es „ja weniger mit zunehmendem Alter“ (T7: 102ff.) werde, aber sie bis vor der Diagnose ein sehr positives sexuelles Erleben genossen habe.

### **5.2.2.1 Selbstbefriedigungspraxis**

Der folgende Abschnitt nimmt Bezug auf die individuelle Selbstbefriedigungserfahrung der interviewten Frauen.

Alle sieben Frauen beschreiben, dass sie sich vor der Diagnose aktiv und regelmäßig selbstbefriedigten, so z. B. T5: „also Selbstbefriedigung gab es bei mir auch vorher“ (T5: 135). Auch T3 gibt an, oft masturbiert zu haben: „Selbstbefriedigung. Vorher, ja. Gab es auch öfter, weil wir auch nur eine Wochenendbeziehung hatten. Mein Mann war immer nur von Freitag bis Sonntag zu Hause“ (T3: 152).

Für T2 spielte Selbstbefriedigung eine große Rolle in ihrem Leben und sie betrachtete die Sexualität mit sich selbst als wichtige Ressource für ihr psychisches Befinden.

### **5.2.2.2 Orgasmuserleben**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen über das Orgasmuserleben der Frauen vor Diagnose resümiert. Es wird Bezug darauf genommen, ob die Frauen Orgasmen erlebt haben, wie sie diese wahrnahmen bei der Selbstbefriedigung oder bei der Paarsexualität.

T1 erlebte nicht in jeder sexuellen Situation einen Orgasmus: „Mit mir selber grundsätzlich ja. Mit Partnern kam es immer auf den Partner drauf an. Also in langfristigen Beziehungen ja. In so kurzen Sachen nein“ (T1: 126).

T2 berichtet, dass für sie der Orgasmus innerhalb der Paarsexualität nicht immer Priorität hatte: „Wenn die Lust einfach wahnsinnig groß oder die Erregung groß ist, also das haben wir geliebt. Also es musste gar nicht immer zum Orgasmus kommen“ (T2: ???) Für das Orgasmuserleben von T2 spielte die Klitoris eine wichtige Rolle, so dass sie auch innerhalb der Paarsexualität Hilfsmittel anwendete:

weil einfach im Geschlechtsverkehr mit einem Mann hat es einfach nicht funktioniert. Also auch mit den Händen eines Mannes hat es selten funktioniert. Deshalb ist mein Vibrator eigentlich dann auch immer dabei gewesen, wenn ich mich mit meinem Freund getroffen habe. (T2: 60)

T3 erlebte fast immer beim Sex Orgasmen, „oft sogar mehrmals“ (T3: 156), auch innerhalb der Paarsexualität, welche sie als klitoral und penetrativ beschreibt.

T4 äußert, dass sie Orgasmen innerhalb der Paarsexualität erlebte und diese durch Stimulierung der Klitoris auslöste: „Ja, also tatsächlich immer nur durch Selbstbefriedigung“ (T4: 191).

Die Stimulierung der Klitoris spielte bei T5 ebenso eine wichtige Rolle. Durch reine Penetration wäre nie ein Orgasmus ausgelöst worden: „Nö, nicht wirklich. Nein. Das war eine Kombination. Man kann ja noch so schöne Hilfsmittel nehmen, nicht?“ (T5: 141).

T6 trifft die Aussage, sie habe Orgasmen erlebt.

T7 berichtet, dass für sie ein Orgasmus zu ihrer Sexualität dazu gehörte: „Ja, ja, das war für mich eigentlich so ein bisschen unvorstellbar, wenn ich höre von Frauen, die das noch nie erlebt haben. Und da gibt es sehr, sehr viele von, ne?“ (T7: 104). Sie habe keine Unterschiede zwischen klitoral und vaginal wahrgenommen:

Dann habe ich mich gefragt, hattest du jetzt schon innerlichen Orgasmus mal oder war das auch nur oder war das nur von der Klitoris her? Weiß ich gar nicht. Wie merke ich das? Also ich habe mir nie Gedanken gemacht, weil ich wusste ja nie, dass wir so [Klitoris-]Schenkel da haben. (T7: 106-107)

Alle sieben Frauen teilen mit, dass sie Orgasmen innerhalb der Paarsexualität und der Selbstbefriedigung erlebten. Bei allen Befragten spielte dabei die Stimulierung der Klitoris eine wichtige Rolle.

### **5.2.2.3 Penetratives Erleben**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen gegenübergestellt, die sich auf das Erleben von Penetration als Teil von Sexualität beziehen.

Alle interviewten Frauen empfanden vor der Diagnose und Behandlung die Penetration durch einen Penis oder einen Vibrator / Dildo als angenehm. Bei allen lag der Fokus beim

penetrativen Akt nicht auf dem Orgasmuserleben, sondern eher darauf, die Nähe und Verbundenheit zum Partner zu spüren, wie z. B. T2 mitteilt:

Ja, obwohl ich da jetzt gar nicht zum Beispiel befriedigt werde, habe ich das relativ schnell gemocht, einfach das Gefühl jemanden ganz nah zu sein. Also das ist was, was ich immer noch ganz toll finde, wenn man miteinander verbunden ist. Also ich glaube, was Engeres gibt es fast gar nicht. Deshalb fand ich das eigentlich ganz schön, auch wenn ich jetzt dadurch keinen Orgasmus oder also wirklich eigene Befriedigung haben könnte. (T2: 82-83)

Für alle interviewten Frauen gehörte die Penetration durch einen Penis als selbstverständlich zu ihrer Paarsexualität und keine der befragten Frauen berichtete von unangenehmem penetrativem Erleben.

#### **5.2.2.4 Sexspielzeuge**

In dieser Unterkategorie werden Textstellen herausgearbeitet, die sich auf die Anwendung von Sexspielzeugen beziehen.

Beim Codieren der Interviews stellte sich heraus, dass fünf von sieben Frauen Sexspielzeuge allein oder in ihrer Paarsexualität verwendeten, um ihr sexuelles Erleben zu erweitern: „Man kann ja noch so schöne Hilfsmittel nehmen, nicht? [Wir] sind dann zusammen losgezogen. Und haben geschaut, was es gibt“ (T5: 141-147). Auch T6 erzählt von der Erfahrung mit einem Sexspielzeug: „Also zum Beispiel hatten wir uns einen Aufleger gekauft, also diesen Sauger. Der war top eigentlich, aber da macht man natürlich jetzt nichts mehr mit“ (T6: 91ff.). Auch T2 betont die Bedeutung von Sexspielzeugen: „Deshalb ist mein Vibrator eigentlich dann auch immer dabei gewesen, wenn ich mich mit meinem Freund getroffen habe“ (T2: 60). Der Aussage von T1 „sie würde mit ihrem Vibrator nun sehr vorsichtig sein“ (T1: 151), ist auch zu entnehmen, dass sie Sexspielzeuge angewandt habe.

T4 spricht explizit davon, dass sie keine Spielzeuge in ihre Sexualität einbinde: „[Meine sexuellen Praktiken waren] sehr herkömmlich, glaube ich. Also keine wilden Experimente, auch keine Toys oder sonst irgendwas“ (T4: 183).

### **5.3 Verändertes genitales Selbstbild nach Behandlung**

In dieser Hauptkategorie werden Aspekte beleuchtet, die sich auf das veränderte genitale Selbstbild nach der Behandlung beziehen. Es werden Aussagen darüber getroffen, die Bezug auf optische Veränderungen nehmen, so wie auf Veränderungen in der sexuellen Wahrnehmung und auf die Fragestellung, inwiefern sich die Erkrankung auf die sexuelle Identität der Frauen auswirkt und welchen Einfluss sie auf ihr Lusterleben, ihre Selbstbefriedigung, ihr Orgasmus- und penetratives Erleben hat. Es werden Beeinträchtigungen, die sich im Alltag bemerkbar machen, und die Trauer um Verluste angesprochen.

### **5.3.1 Optische Veränderungen der Vulva**

In dieser Kategorie werden Aussagen darüber vorgestellt, die sich auf die optischen Veränderungen der Vulva nach der Behandlung beziehen.

Fünf von sieben befragten Frauen leiden unter optischen Veränderungen der Vulva nach den Behandlungen: „Es sieht halt nicht mehr so aus wie vorher. Also es fehlt mir praktisch die linke Schamlippe, die innere [...]. Es sieht halt verändert aus. Es ist nicht mehr symmetrisch“ (T1: 100).

T3, T4, T5 und T6 berichten Ähnliches. Die optischen Veränderungen seien sehr sichtbar:

Alles wo was war, ist rausgeschnitten worden, weggeschnitten. Ja, und dann ist der Rest irgendwie zusammen-genäht worden. Ja, die ganze vordere Hälfte, sag ich mal, ist eigentlich weg...ist eigentlich gar nichts mehr da. Also es ist einfach mit Haut überzogen? Die haben mir, glaube ich, da irgendwie so ein Kleinteilchen hin model-liert, was vielleicht so ein bisschen aussehen soll, als wenn noch irgendwas da wäre. Aber das ist, glaube ich, nur so Haut. (T6:16f.)

T2 und T7 leiden nicht unter optischen Veränderungen: „Also mit dem Optischen selber habe ich jetzt gar nicht so die Probleme, [...] also ohne, dass man da irgendwas auseinanderzieht oder so, sieht es eigentlich relativ normal aus“ (T2: 117). Und T7 sei an einen sehr kompeten-ten Arzt geraten und beschreibe: „äußerlich würde man nichts sehen [...]. Das Bild ist unver-ändert“ (T7: 20), trotz kompletter Vulvektomie.

### **5.3.2 Veränderungen in der sexuellen Wahrnehmung**

In dieser Kategorie werden Aspekte der Veränderung der sexuellen Wahrnehmung beschrie-ben, die zu einem veränderten Erleben führen.

Die betroffenen Frauen nehmen Veränderungen in ihrer sexuellen Identität wahr. Sie spüren Einschränkungen in der genitalen Erregung, in der Selbstbefriedigungspraxis und im Orgas-mus- und im penetrativen Erleben.

#### **5.3.2.1 Genitale Erregung und sexuelle Lust**

In dieser Unterkategorie werden Interviewstellen aufgeführt, die Bezug auf die Veränderung des Lustempfindens und der körperlichen Erregung nehmen.

T1 erzählt, dass ihre genitale Erregung noch funktioniere, sie werde feucht, dennoch nehme sie Veränderungen wahr: „Das kenne ich so eigentlich gar nicht. Von jetzt auf gleich. Zack. Und das war's dann. Und dann ist nichts mehr. Dann ist alles trocken und keine Lust mehr“ (T1: 159f.).

T2 teilt mit, dass sie auch nach den Behandlungen erschwert genitale Erregung spüre, sie jedoch starkes sexuelles Lustempfinden habe:

[...] [Insofern] fühle ich, ja, also dadurch, dass die Erregung, also die sexuelle Lust nach wie vor vorhanden ist... nur körperlich nicht so richtig wie vorher [...] aber die sexuelle Erregung quasi schnell ihre Grenzen erreicht oder nicht mehr ansatzweise so weit geht wie vorher, hatte bis jetzt wirklich jeder Versuch geführt, also hat in eine tiefe Depression geführt. (T2: 95ff.)

T3 beschreibt welche Berührungen bei ihr aktuell sexuelle Erregung hervorrufen würden: „Ja direkt an der [Klitoris]Eichel, an den Brustwarzen, so am Hals, so an der Halsbeuge. Ja das sind eigentlich so die Hauptstellen“ (T3: 200).

T4 berichtet von ihrem Libidoverlust nach der Behandlung: „Also ganz lange war es so, dass ich überhaupt auch kein Lustempfinden verspürt habe“ (T4: 198). Sie sei nicht auf den Geschlechtsverkehr angewiesen, sondern habe „auch noch andere erogene Zonen“ (T4: 236).

T5 äußert, sie spüre keine genitale Erregung mehr, sie versuche es mit anderen Körperstellen, die ihr lustvolle Gefühle verschaffen: „Wir haben es auch schon mit den Brüsten [versucht], ob da die Stimulation ist oder an den Ohrläppchen“ (T5:180).

Seit der Bestrahlung habe T6 generell im genitalen Bereich eine schlechte Wahrnehmung. Auf die Frage, ob sie Erregung wahrnehme, antwortet sie mit: „Weiß ich nicht. Also, und vor allem so dieses Befingern, sag ich mal, [...] kann ich auch nicht so sagen, ob man da keine Lust hat oder... Irgendwie ist das so ein bisschen komisch gefühlt“ (T6: 71ff.).

Sie verspüre jedoch noch sexuelle Lust auf ihren Mann: „[da es] ja jetzt auch zwischen uns eigentlich das Innigste ist, was man haben kann“ (T6:105f.).

T7 erwähnt, dass ihr Lustempfinden grundsätzlich vorhanden sei und die genitale Erregung mit der Stimulation der Klitoris einhergehe, aber ihr Empfinden sei eingeschränkt: „Ja, das [Erregung] schon. Das gibt es, haben wir ja auch ausprobiert, ob da irgendwie was funktioniert, noch. Vielleicht ist ein kleines bisschen noch da von der Klitoris oder so, ich weiß es nicht“ (T7: 125-126).

### **5.3.2.2 Penetratives Erleben**

In dieser Unterkategorie werden Textstellen aufgeführt, die Bezug auf Veränderungen im penetrativen Erleben nehmen.

T1 sei seit der Behandlung deutlich vorsichtiger bei der Penetration: „also nicht mehr so das, was ich vorher benutzt habe. Da habe ich mittlerweile ein bisschen Angst vor, dass ich das zu stark penetriere, dass ich da was verletze dabei [...]. Bei Penetration wird es halt schneller wund und tut dann auch irgendwann wirklich weh“ (T1: 151ff.).

T2 erzählt, dass sie aufgrund ihres Nähebedürfnisses sehr schnell nach den Eingriffen wieder Penetration ausprobiert habe, da sie keine großen Schmerzen hatte: „Ich will jetzt quasi diese Penetration haben. Ich will meinem Partner ganz nah sein“ (T2: 99). „Das ist jetzt noch nicht so gut, weil da die Wunde noch nicht ganz zu ist, aber ansonsten jetzt bei der Penetration habe ich gar keine Probleme“ (T2: 125).

T3 habe nun Schwierigkeiten mit dem penetrativen Akt: „Ja, die Penetration ist sehr, sehr schwierig. Oft geht es gar nicht. Und ich spüre dann auch nichts [von innen]“ (T3: 160f.). Sie sei „ziemlich eng zusammengenäht worden“, habe es mit dem Dildo probiert zu weiten, aber „es ist zu eng. Also es geht dann mit ganz viel Gleitgel, aber wegen dem Spüren, das hat sich nicht verändert. Egal, was ich gemacht habe“ (T3: 189).

T4 berichtet von Schmerzen bei der Penetration: „Das hat lange Zeit nicht funktioniert, weil es einfach zu schmerzhaft war. Es ist auch jetzt immer noch schmerzhaft, weil ich dabei halt auch Druck ausübe auf das Narbengewebe“ (T4: 203) Penetration sei nun aber wieder möglich: „Tatsächlich, also wir haben es jetzt einmal tatsächlich vor ein paar Tagen ausprobiert [...], ganz leicht schmerzhaft noch, aber es geht wieder und das ist ja auch viel wert tatsächlich, [...] dass die Vagina zumindest nicht beeinträchtigt ist“ (T4: 223ff.).

T5 habe seit langer Zeit keine Penetration mehr erlebt, da sie immer wieder kleinen Operationen ausgesetzt gewesen sei und sich nicht traute, es auszuprobieren: „Ja doch, das ist möglich“ (T5: 169), aber es sei meistens mit Schmerzen verbunden.

T6 und T7 teilen mit, dass durch die Eingriffe Penetration bei ihnen bisher nicht wieder möglich gewesen sei, aufgrund der Verklebungen und der Verengung der Vagina.

### **5.3.2.3 Veränderte Selbstbefriedigung**

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die Bezug auf die Veränderungen der Selbstbefriedigungspraxis nehmen.

T1 erzählt, dass sich ihre Art der Selbstbefriedigung nicht sehr verändert habe, nur bei der Anwendung von Sexspielzeugen sei sie empfindlicher geworden und habe Angst vor Schmerzen: „Also ich bin gerade was Hilfsmittel angeht deutlich vorsichtiger geworden“ (T1: 149f.).

T2 berichtet, sie masturbiere weiterhin, aber das habe sich insofern massiv verändert, da sie im Bereich der Vulva und Vagina nicht mehr so viel spüre: „beim Scheideneingang und im unteren Bereich der Schamlippen einfach, aber wirklich nur minimal und von innen quasi, also mit dem Vibrator selber absolut gar nichts“ (T2: 24). Die Selbstbefriedigung habe einen erheblichen Teil ihres Sexuallebens ausgemacht und sie hoffe, bald wieder sexuelle Erregung wahrnehmen zu können.

T4 berichtet, dass durch ihren Libidoverlust auch ihre Selbstbefriedigung selten geworden sei: „Lange Zeit war es so, dass ich mich auch nicht selbst befriedigen konnte, weil es einfach auch noch wehgetan hat. Das ist auch jetzt noch so tatsächlich“ (T4: 201).

T3, T5, T6 und T7 äußern sich nicht konkret zum Thema Selbstbefriedigung nach der Behandlung.

#### **5.3.2.4 Verändertes Orgasmuserleben**

In dieser Unterkategorie werden Textstellen herausgearbeitet, die sich auf die Veränderungen des Orgasmuserlebens beziehen.

T1 sagt, sie käme in der Selbstbefriedigung auch nach Behandlung noch zum Orgasmus, in der Paarsexualität jedoch momentan nicht: „Also fähig [bin ich] bestimmt, aber aktuell nicht, bzw. körperlich bin ich bestimmt fähig, kopfmäßig gar nicht“ (T1: 147f.).

T2 stellt fest, sie habe nach ihrer zweiten Operation keinen Orgasmus mehr erlebt und sie äußert große Sorge, dass sie keinen mehr erleben werde:

[Ich befürchte, dass ich] keinerlei Erregung oder Befriedigung in dem Maße spüren kann, dass es dann sich abbaut, sage ich mal, beziehungsweise es führt jetzt gerade jedes Mal in eine richtig starke Depression. Weil, wie gesagt, ich auch nicht weiß, bleibt es so, bleibt es nicht und... Es hat ja natürlich auch die Frauenärztin gesagt, ich muss Geduld haben. Aber die OP ist jetzt ja gut zwei Monate her. Und ich bin eben skeptisch, dass sich da noch etwas verändert, zumindest was das klitorale Empfinden betrifft. Ich bin pessimistisch, gebe ich zu. (T2: 24)

T3 berichtet, sie habe nach den Behandlungen Orgasmen erlebt, indem sie die Klitoris stimulierte, jedoch keinen penetrativen Orgasmus wie früher: „Es müsste dann noch extra parallel dazu die Klitoris-Eichel stimuliert werden oder über die Brustwarzen oder so, aber das kriegen wir parallel nicht hin“ (T3: 160).

T4 bemerkt, sie habe nach den Operationen in der Selbstbefriedigung Orgasmen erlebt, aber sie habe sich noch nicht so oft getraut oder Lust empfunden: „Also ich hatte jetzt vielleicht... vier, fünf Mal seit der Operation wieder ein' Orgasmus tatsächlich“ (T4: 201).

T5, T6 und T7 haben bisher keine Orgasmen erlebt nach den Behandlungen. T5 habe im genitalen Bereich keine Empfindungen:

Aber ich will mal sagen, [...] bis März hin war ich unten tot. Für mich [gefühlte]. Da gibt's nichts mehr. Mein größter Wunsch wäre, mal wieder einen Orgasmus zu kriegen. Wir haben vieles probiert. So bin ich [zwar] eine Frau, aber da unten, da ist nichts mehr. Ich kann damit Wasser lassen und das war's“ (T5: 153).

T7 beschreibt eine ähnliche Situation: „Und ich [und mein Mann haben es] versucht, aber es ist nichts möglich“ (T7: 122).

### 5.3.2.5 Auswirkungen auf die sexuelle Identität

In dieser Kategorie werden Aussagen darüber getroffen, inwiefern sich Vulvakrebs und die Folgen der Behandlung auf ihre sexuelle Identität der Frauen auswirken, auch im Vergleich mit anderen Krebserkrankungen.

Alle sieben Frauen beschreiben durch die Erkrankung und durch Behandlungsmaßnahmen einen Eingriff in ihre sexuelle Identität. T1 waren die Auswirkungen nicht sofort klar:

Es kam nach und nach. Umso mehr ich mich mit dem Thema beschäftigt habe, umso bewusster wurde es natürlich. Aber es fing schon an sich mit der Biopsie an, wo man gemerkt hat, jetzt wurde da gerade was gemacht, jetzt kann ich erstmal ein paar Tage keinen Sex haben. Da wurde mir das ja schon bewusst und dann mit der Zeit auch was man von anderen Frauen hört. Dann wurde mir das ja auch immer bewusster, was es mit einem macht, was es auch immer noch für Auswirkungen haben kann. (T1: 136)

T2 gibt an, sie fühle sich in ihrer Weiblichkeit verletzt:

Also ich hätte vor den OPs damals nicht gedacht, dass sich das psychologisch oder physisch so extrem auf mich auswirkt. Ich meine, ich habe mir schon gedacht, wenn es den Vulvabereich betrifft, dass es irgendwas auch mit dem Gefühl der Fraulichkeit und der Weiblichkeit [zu tun hat]. Fühle ich mich noch als Frau? Ich habe jetzt oft das Gefühl, ich bin irgendwie unvollständig oder defekt zum Teil. Und ich kann mir jetzt nicht vorstellen, dass es in anderen Krebsbereichen so ist“ (T2: 218). [...] ich habe einfach extrem unter diesen Auswirkungen zu leiden [...] weil es eben einfach die Weiblichkeit betrifft. [...] weil das ja mein sexuelles Erleben betrifft. (T2: 222)

T3 berichtet von sexuellen Interaktionen, die sich negativ auf ihre Selbstsicherheit auswirkten: „Naja, wenn du dich dann ausziehst und du hast dann da so eine tolle Kompressionshose an, wo du erstmal würgen und machen und tun musst, dass du die überhaupt wieder auskriegst, das ist auch nicht so toll“ (T3: 215).

T4 beschreibt, dass sie neben den optischen Veränderungen vor allem mit dem Funktionsverlust zu kämpfen habe: „jetzt in meinem Fall [kann man die Vulva] auch ästhetisch nicht mehr so wiederherstellen und vor allen Dingen funktional nicht wieder so herstellen [...], was ja bei anderen Krebsarten nicht [so ist]“ (T4: 117).

T5 wurde sehr häufig operiert und gelasert. Sie fühle sich überhaupt nicht mehr als sexuelle Frau: „Nach außen hin bin ich eine Frau und untenrum bin ich tot“ (T5: 151).

Alle sieben Frauen erwähnen im Laufe des Interviews, dass sie Vulvakrebs als „die schlimmste Art, die ein‘ treffen konnte“ (T6: 38) wahrnehmen. Einige vergleichen die Auswirkungen mit denen von Brustkrebs: „Und da habe ich auch nur gesagt, auch als ich dann nachgelesen habe und mich schlau gemacht habe im Internet... Ja, warum hast du nur keinen Brustkrebs?“ (T7: 67).

### 5.3.3 Körperliche Beeinträchtigungen und Verlusterleben

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf Beeinträchtigungen des Alltags beziehen, die nicht unbedingt in direktem Zusammenhang mit der Sexualität stehen, sich aber auf ein verändertes genitales Selbstbild auswirken.

Die interviewten Frauen berichten zum Teil von ähnlichen Beeinträchtigungen in alltäglichen Situationen und die Trauer um Verluste wird deutlich. T1 sei nicht mehr in der Lage, alle Stellungen beim Sex auszuüben, was ihr zuvor „einen gewissen Selbstwert gegeben“ (T1: 194) habe.

T2 trauert um ihre genitale Erregung und den Orgasmus. Sie habe diesen erst vor einigen Jahren lieben gelernt und als große psychische Ressource für sich erkannt.

T3 sagt, sie fühle sich in ihrem alltäglichen Leben seit der Erkrankung eingeschränkt:

Diese OP, die Nachwirkungen, die bestimmt meinen Alltag. Immer. Ich kann es nicht ausblenden, weil die Schmerzen sind da. Ich muss die Kompressionswäsche tragen. Wenn ich lange sitze, merke ich ja, dass meine Beine dicker werden, die Schmerzen werden stärker. Ja, da geht es ja schon los. Der normale Alltag, normales Fahrradfahren oder lange auf einem normalen Stuhl sitzen. Weite Urlaubsfahrten, Flüge, alles geht alles nicht mehr. Wenn, dann muss man das halt stückeln, dass man immer so eine Zwischenübernachtung macht oder so. (T3: 209)

T4 stellt fest, sie fühle sich körperlich nicht so fit wie vorher und das wirke sich auch auf ihr Wohlbefinden und ihr Körperbild aus: „Ich bin vorher regelmäßig joggen gegangen, jetzt im Moment bin ich einfach körperlich noch nicht wieder in der Lage. Ich gehe mal walken. Ich konnte am Anfang ganz viele Sachen nicht machen, also ich male auch gerne [...], weil ich einfach nicht sitzen konnte“ (T4: 169ff.).

T5 erwähnt ihre Gewichtszunahme, dass sie viele Kilos zugenommen habe und sich damit nicht attraktiv fühle, obwohl sie sich weiterhin von ihrem Mann begehrt fühle: „Aber da ich ja nun einen Partner habe, der wirklich so liebevoll ist, dann war das eben so. Dann war das okay. Das gehörte dann eben zu mir“ (T5: 129).

T7 erzählt, sie habe wie T3 und T5 auch im Alltag noch mit Wassereinlagerungen zu tun: „Ich merke schon, dass meine Oberschenkel schon sehr anschwellen, obwohl ich zweimal die Woche Lymphdrainage habe. Dann trage ich auch diese Strumpfhosen“ (T7: 45).

T6 sowie T5, T4, T3, und T7 haben alle durch die Operationen oder Bestrahlungen eine Verengung oder Verklebung der Harnröhre, wodurch sie Schwierigkeiten beim Urinieren haben. Das wirke sich ebenfalls auf ihr genitales Selbstbild aus: „wenn man jetzt zum Beispiel im Wald mal irgendwo hinter den Busch gehen will oder so, dann geht es gleich daneben [...], dass man jetzt nicht mehr so einen Urinstrahl hat“ (T6: 28f.).

## **5.4 Auswirkungen auf die Partnerschaft**

In dieser Hauptkategorie werden Aspekte angesprochen, welche verdeutlichen, inwiefern sich eine Vulvakrebserkrankung auf die Beziehung zum / zur Partner:in auswirken kann. Es wird thematisiert, wie unterschiedlich die Reaktionen der Partner:innen sein können und vor allem, wie sich die Sexualität innerhalb der Partnerschaft verändert und welche Ängste ausgelöst werden können.

### **5.4.1 Reaktion der Partner und veränderte Kommunikation**

Diese Kategorie fasst Aussagen zusammen, welche Bezug auf den Umgang der Erkrankungen der jeweiligen Partner:innen nehmen und die daraus resultierenden kommunikativen Schwierigkeiten.

Sechs der sieben befragten Frauen leben in einer festen Partnerschaft und fünf von ihnen sind schon lange verheiratet. T1 lebt seit einem halben Jahr in ihrer festen Beziehung und sie redet mit ihrem Partner über die Erkrankung und die Auswirkungen: „Also wenn ich ihm sage, es tut weh, dann nimmt er auch Rücksicht drauf“ (T1: 186). Sie fühle sich nicht immer verstanden: „Er hat halt seine Meinung und er versteht es auch, aber es fehlt auch ein bisschen das Gefühl dafür“ (T1: 196).

T2 gibt an, sie lebe in keiner gebundenen Beziehung, führe aber mit einem Freund eine Art Beziehung, die vor allem auch aus sexuellen Begegnungen bestehe. Mit ihm kommuniziere sie über die Veränderungen innerhalb der Sexualität seit der Erkrankung (T2:117).

T3 berichtet, ihr Mann habe sie immer gut im Krankheitsprozess begleitet, die Kommunikation über Sexualität sei jedoch abgebrochen. Auf die Frage, wie ihr Mann reagiere, antwortet sie: „Ja, wenn ich das mal so genau wüsste, er geht meinen Fragen aus dem Weg [...]. Na, das habe ich gemacht, das mache ich jetzt nicht auf mehr [auf das Thema Sexualität ansprechen], weil er nicht darüber reden kann oder will, ich weiß es nicht“ (T3: 220ff.).

T4 beschreibt, sie stehe mit ihrem Mann in gutem Austausch: „Wir haben immer sehr offen gesprochen, also machen wir auch jetzt noch“ (T4:187). In Bezug auf die optischen Veränderungen an der Vulva habe er ihr sehr viel Zeit gelassen: „Ich habe ihn gefragt, ob er das sehen möchte. Er hat immer gesagt, wenn ich bereit bin, dann ist das für ihn okay“ (T4: 217).

T5 betont immer wieder, wie viel Verständnis ihr Mann habe und wie sehr er ihr ein positives Gefühl vermittele: „Seit sechseinhalb Jahren, also so ein verständnisvoller Mann. Also ich glaube, jeder andere wäre schon weg. Dafür sind wir, glaube ich, auch schon zu sehr ineinander gewachsen“ (T5: 173).

T6 teilt mit, dass die Diagnose für ihren Mann nicht einfach war:

Also mein Mann hatte da schwere Probleme mit am Anfang, das überhaupt irgendwo zu sagen. [...] [Irgendwie] war ihm das sehr unangenehm und er wollte das am liebsten erst gar niemandem erzählen [...]. Ich meine damals, nach der Diagnose, das erste, was mein Mann sagt oder dann auf der Nachhausefahrt, was sagst du denn jetzt?“ (T6: 52ff.)

Ihr Mann habe großes Interesse, dass ihre Paarsexualität wieder funktioniere, was bei ihr ein wenig Druck verursache:

Er reagiert schon verständnisvoll, aber er hätte natürlich gerne, wenn das wieder ging. Und ja, im Anfang hat man dann irgendwie darüber gesprochen, dass es dann eventuell auch mit dem Dehnen, das hatte ich mir ja angelesen. Dann hat er immer gesagt, ja mach' mal und hast du's schon raus? Hast du es wieder probiert? Hat es was genutzt, ja? (T6: 98)

#### **5.4.2 Veränderte Paarsexualität**

In dieser Kategorie werden Aussagen herausgearbeitet, die beschreiben, inwiefern sich nach einer Vulvakrebsbehandlung die Sexualität innerhalb der Partnerschaft verändern hat.

T1 erlebe Veränderungen: „Also was für mich beim Sex am angenehmsten ist, sind einfach so Standardsachen. Ich bin mittlerweile nicht mehr so experimentierfreudlich“ (T1: 202) und Penetration möge sie lieber sanfter als vorher:

„Wobei da dann auch eher so einfühlsamer, nicht halt diese harte Penetration [...]. Zum einen, weil es unangenehm wird auf Dauer, zum anderen generell. [...] Also bei diesem schnellen spüre ich halt relativ wenig. Wenn da gewisse Langsamkeit ist, dann spürt man halt viel mehr“. (T1: 206ff.)

T2 berichtet von erlebten Veränderungen bei der Stimulation durch ihren Partner:

Also mein Freund hatte eher Probleme mit, weil ich sage eben du, da kannst du nicht stimulieren, da ist nichts mehr. Da weiß er auch noch nicht so recht, wie er damit umgehen soll [...], wir beide müssen noch herausfinden oder lernen, wie wir quasi da das Vorspiel oder keine Ahnung, wie man da einfach ein bisschen [anders] einsteigt [...] in den Geschlechtsakt, sag ich mal. (T2: 117ff.)

T3 gibt an, dass seit langer Zeit keine Sexualität mehr mit ihrem Partner stattfindet: „Es musste ja nicht immer, dass man richtig miteinander schläft, sondern es gab da ja noch so andere nette Spielchen, die wir gemacht haben. Und das könnte man ja trotzdem machen, aber findet nicht statt [sie wird sehr traurig und senkt den Blick]“ (T3: 229).

T4 kann keine richtige Aussage treffen, da sie sich nun der Paarsexualität erst wieder annähern wolle, weil der Eingriff noch nicht so lange her sei. Sie betont ihre Schwierigkeiten mit den optischen Veränderungen ihrer Vulva, auch ihrem Partner gegenüber.

Für T5 „hat sich da [alles] verändert“:

Ich habe mich ihm verweigert nach der OP, dass er da dran geht. Er konnte wohl gucken, wie es aussieht, wie es verheilt ist. Er hatte eben dann auch Angst, mir weh zu tun und... Ja und irgendwie geht das dann ganz

schnell und dann haben wir es wieder getestet mal. War auch soweit ganz gut, dann sage ich, Schatz, wir müssen das öfters machen. Aber wie das dann so ist, dann war wieder dann was offen, dann wurde ich wieder gelasert. Ja. wie das dann so ist und schon ist wieder ein Jahr im Land. Denn wenn man dann gelasert wird, ist dann ja auch erst wieder längere Zeit nicht. (T5: 176)

T6 und T7 berichten, dass sich die Sexualität mit ihren Partnern sehr verändert habe, da keine Penetration mehr möglich sei:

Wir reden schon drüber, aber jetzt auch nicht so viel. Ja, wenn man jetzt jeden Tag sagen könnte, ja, ist ein bisschen besser geworden. Dann macht es vielleicht auch mehr Spaß, drüber zu reden [...]. Ich meine, ich versuche ihm dann schon ein bisschen vielleicht nahe zu bringen, dass das irgendwie, ja, vermutlich auch vielleicht gar nicht mehr klappt, aber ja. Deswegen waren wir jetzt so ein bisschen in Austausch gekommen darüber, dass ich da dann was bestellen wollte [einen Dildo zum Weiten], mal gucken, wie es damit vielleicht so funktionieren könnte. (T6: 104)

T7 habe mit ihrem Partner besprochen, dass sie es mit diesem „Harnleiter-Dildo probieren“ wolle, sie habe Schmerzen, wenn etwas Größeres in ihre Vagina eindringe (T7: 132). Der Geschlechtsverkehr wäre aufgrund der Wechseljahre vorher schon selten geworden und sie überlegten gemeinsam, welche Alternativen es gäbe: „Das muss ja nicht unbedingt sein. Das war sowieso in den letzten Jahren schwierig durch die Scheidentrockenheit und alles, aber es gibt ja so viele Möglichkeiten. Das muss ja nicht unbedingt mit der Penetration zusammenhängen“ (T7: 154f.).

#### **5.4.2.1 Sorge um die eigene Attraktivität – nicht mehr zu genügen**

Beim Codieren stellte sich heraus, dass einige Frauen das Gefühl haben, ihrem Partner sexuell nicht mehr zu genügen und nicht mehr begehrenswert für ihn zu sein.

T1 sagt, sie lasse sich manchmal auf Penetration ein, obwohl sie nicht bereit sei: [Aber] dann habe ich hinterher Schmerzen. Also dann mache ich weiter für meinen Partner. Weil das dann für mich mit Ängsten verbunden ist. Wenn ich nicht funktioniere, dann werde ich verlassen“ (T1: 165-166). Durch die Erkrankung sei der Druck gestiegen: „Ich bin nicht mehr so wie vorher. Vorher habe ich auch vieles gemacht, wovon ich dachte, gut, das gefällt jetzt den Männern, auch wenn es mir nicht gefällt. (T1: 191f.)

T3 äußert, sie mache sich Gedanken, ob ihr Mann sie noch sexuell attraktiv finde:

Aber ich mache ja noch immer mal so Andeutungen und fasse ihn auch mal an, aber das blockt er gleich ab“ (T3: 222ff.). Jetzt weiß ich nicht, ob er mich schonen will, oder ob das von seiner Seite auch nicht mehr gewollt ist. Was ich mir aber nicht vorstellen kann. Und es gibt ja andere Möglichkeiten, irgendwas zu machen, die wir auch alle kennen. Aber wie gesagt, das findet nicht statt. (T3: 231)

T4 berichtet in Bezug auf sexuelles Erleben: „Das war schon auch ein großer Einschnitt und eine große Sorge, dass das eben nicht mehr funktioniert“ (T4: 242).

T5 stellt fest, sie fühle sich weiterhin begehrt und wisse, dass ihr Partner das Bedürfnis nach Sexualität habe: „Also ich glaube, jeder andere wäre schon weg“ (T5: 173). „Klar fehlt es ihm auch. Muss ich ganz ehrlich sagen, würde mir auch fehlen als gesunder Mann. Aber er zeigt es mir nicht“ (T5: 188).

T6 macht sich Gedanken, ob sie ihrem Partner auch ohne Penetration genüge:

Er reagiert schon verständnisvoll, aber er hätte natürlich gerne, wenn das wieder ging. Und ja, am Anfang hat man dann irgendwie darüber gesprochen, dass es dann eventuell auch mit dem Dehnen [der Vagina funktionieren könnte], das hatte ich mir ja angelesen. Dann hat er gesagt: „ja, mach mal und hast du's schon raus? Hast du es wieder probiert? Hat es was genutzt?“. (T6: 98)

T2 und T7 äußern keine Sorge darüber, ihren Partnern sexuell nicht mehr zu genügen.

## **5.5 Wünsche und Sehnsüchte der Frauen**

In der folgenden Hauptkategorie werden die Wünsche der interviewten Frauen herausgearbeitet. Sie beziehen sich dabei einerseits auf ihr persönliches, sexuelles Erleben, andererseits auf den Wunsch nach Enttabuisierung und Aufklärung sowie nach mehr Austausch mit anderen Betroffenen.

### **5.5.1 Wünsche für sexuelles Erleben**

In dieser Unterkategorie kommen individuelle Wünsche zur Sprache, die Bezug auf das sexuelle Erleben nehmen.

Alle sieben interviewten Frauen wünschen sich aktive Sexualität ohne Schmerzen wünschen, die sowohl von sexuellen Lustmomenten als auch vom Wahrnehmen genitaler Erregung bis hin zum Orgasmus geprägt sei. Keine von ihnen wolle sich vorstellen, auf Sexualität zu verzichten.

T1 äußert: „Mein Wunsch ist, dass sich das natürlich nicht weiter verändert, dass es jetzt so bleibt, wie es ist und nicht schlimmer wird“ (T1: 214).

T2 hofft darauf, dass entweder ihr sexuelles Erleben in der gleichen Intensität wie vor der Behandlung zurückkommt oder auf alternative Wege:

Oder die zweite Variante, die ich jetzt gerade ein bisschen ausschließe, dass ich eine andere Ressource finde, die genauso stark ist wie Sexualität, aber kann ich mir nicht vorstellen, dass ich quasi ohne Sex leben könnte oder nur mit Streicheln, sage ich mal, also dass ich nicht mehr diese starke Erregung und Befriedigung brauche. Aber ich glaube, das ist nicht wirklich möglich, dass ich damit mit irgendwas zufrieden sein könnte. (T2: 132)

T3 wünscht sich überhaupt wieder sexuelle Aktivität mit ihrem Partner: „Also es kann ja nicht wie vorher werden, aber dass man die Möglichkeiten nutzt und das auch auslebt, was geht. Was möglich ist. Da ist ja trotzdem noch einiges möglich“ (T3: 233).

T4 wünscht sich vor allen Dingen Sexualität ohne Schmerzen und zudem möchte sie wissen, „ob es optisch noch angeglichen werden kann“. Sie betont: „Das ist für mich auch noch mal wichtig, dass es zumindest ein bisschen ästhetischer wird als jetzt“ (T4: 250).

T5 äußert den Wunsch, noch einmal einen Orgasmus erleben zu können:

Das wäre mein allergrößter Wunsch. Also dafür würde ich alles tun. Muss ich ganz ehrlich sagen, das war ja die Entspannung, das Zufriedensein, diese so alle Viere so von sich strecken. Würde ich gerne mal haben. Muss ich ganz ehrlich sagen. Das wäre schön. (T5: 204)

T6 wünscht sich für sich und ihren Partner eine Sexualität, die Orgasmuserleben beinhaltet, auch wenn keine Penetration mehr möglich sein sollte: „Klar, Zärtlichkeiten, Streicheln und irgendwie Kuschneln. Ja, na gut, das schon. Ich hätte gerne irgendwie, wenn es denn schon so nicht mehr geht, wenigstens einen Ersatz gibt“ (T6: 76).

T7 wünscht sich sexuelle Befriedigung und wieder Orgasmuserleben: „Mein Herzenswunsch wäre [...], dass das wieder klappt jetzt sexuell, dass man auch wieder zum Orgasmus kommt“. Sie wünscht sich ebenfalls, dass ihre körperlichen Beschwerden besser werden: „Weniger die Probleme halt mit dem Bein, das Anschwellen und so weiter [...], dass ich wieder richtig schöne lange Fahrradtouren machen kann. Aber es sind so viele Wünsche und ich sage mal eher Ziele, die ich mir setze“ (T7: 151).

### **5.5.2 Wunsch nach Austausch mit Betroffenen**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen getroffen, die Bezug auf den Wunsch nach Austausch nehmen.

Alle interviewten Frauen würden sich mehr Austausch unter Betroffenen wünschen, um auch Themen wie Veränderungen in der Sexualität besprechen zu können:

Ich bin jetzt auch keine, die im Freundeskreis da, was weiß ich, die Sexpraktiken ausrollt oder sowas. Ich meine, das ist irgendwas, das ist zwischen uns und... Ja, das gehört nicht öffentlich. Und das ist ja auch das, was in Bezug auf diese Erkrankung schwierig macht. Also viele sagen: „Und wie geht's? Geht's wieder?“ Ja klar, geht wieder. Aber dass halt dieser Punkt jetzt, dass es da so dran hapert, das hängt man ja auch nicht jeden auf die Nase. (T6: 114)

T6 wünscht sich, dass sie durch den Austausch „vielleicht auch so ein bisschen die Scheu abbaut, darüber zu sprechen. Und vielleicht auch mal irgendwo von anderen zu hören, ja, was es einem weiterhelfen könnte, oder?“ (T6: 114).

### **5.5.3 Enttabuisierung und Aufklärung**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zum Wunsch nach einer Enttabuisierung und der dazu notwendigen gesellschaftlichen Aufklärung herausgearbeitet.

T1 wünscht sich eine Enttabuisierung der Vulvakrebserkrankung: „auch dass es nicht mehr so ein Tabuthema ist, dass es nicht so mit Scham behaftet ist, sondern dass es ein normales Gesprächsthema ist wie jedes andere“ (T1: 214). Sie wünsche sich gesellschaftliches Engagement: „dass da von anderen einfach auch mehr kommt. Weil mir geht es sowieso nicht gut. Ich bin sowieso mit diesem Thema belastet [...], dann würde ich mir eher Unterstützung durch andere wünschen“ (T1: 217).

T3 wünscht sich, „dass das einfach mehr in die Welt kommt, dass es darüber Artikel gibt, dass es in der Zeitung publik wird, dass dieses Tabuthema aufhört“ (T3: 332).

T7 betont, wie wichtig ihr die Bekanntmachung von Vulvakrebs sei und die Aufklärung über mögliche Auswirkungen: „Also ich denke mal, viele, viele Frauen, denen würde viel erspart bleiben, wenn man selbst davon was wüsste“ (T7: 73). Sie appelliert an die Gynäkolog:innen, sich bei den Routineuntersuchungen die Schleimhäute anzusehen: „Wenn die das mal machen würden, auch mit einem Mikroskop, [...] mal kurz drüber gucken über die Schleimhaut, ist da alles in Ordnung? Sehe ich da eine kleine Veränderung? Und da fängt es schon an für mich“ (T7: 93).

## **5.6 Rückmeldungen zum Online-Kurs**

In dieser Hauptkategorie werden alle Aussagen zusammengefasst, die sich auf Rückmeldungen zu dem Online-Modul beziehen. Alle Frauen, die an dem Kurs teilnahmen, wurden im Anschluss auch interviewt. Sie gaben konstruktive Kritik zum Angebot des Kurses, zu den Input-Präsentationen, zur Gruppendynamik sowie zu den Körper- und Wahrnehmungsübungen.

### **5.6.1 Angebot, Aufbau und Anleitung**

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die Struktur und Aufbau des Kurses betreffen.

Alle sieben Frauen geben grundsätzlich ein positives Feedback zum Kurs. Die Erwartungen von drei Frauen wichen allerdings vom tatsächlichen Angebot ab, sodass sich diese auf die aktive Beteiligung erst einlassen mussten. Das Modul an sich und den Aufbau bewerteten alle sieben Frauen als anregend

T1 empfand das Modul als wichtiges Angebot: „Also zum einen einfach dieses Gefühl, es beschäftigt jemand sich damit. Einem wird die Plattform gegeben, ganz offen darüber zu sprechen“ (T1: 229).. Als konstruktive Kritik schlägt sie vor, den Kurs auf mehr als zwei Termine auszuweiten:

Teilweise fand ich das sehr viel in einem komprimiert. Weil, es hat immer ein bisschen gerattert und da fände ich es besser, wenn das ein bisschen kürzer und auf mehr Tage verteilt ist [...]. Also, dass man weniger an dem

Tag verarbeiten muss [...]. [Es] ist halt auch anstrengend, sich wirklich auch mit diesem Thema zu beschäftigen. (T1: 233)

T2 äußert, sie habe sich gut gefühlt, obwohl sie sich überwinden musste, sich aktiv zu beteiligen: „Also das war ja für mich ganz schwierig eigentlich, weil ich kenne zwar Online-Seminare, [...] aber muss ich nur zuhören“ (T2: 199).

T3 war zunächst überrascht, da sie die Inhalte aus dem Modul emotional unerwartet bewegten: „Und da war ich halt mit dem Thema teilweise geschockt und auch ein bisschen überfordert. Also es ging für mich dann auch wirklich ans Eingemachte“ (T3: 275).

T4 wurde durch den Input und die Übungen der Zusammenhang zwischen Wahrnehmung, Körper und Sexualität verdeutlicht: „Also da konnte ich was mit anfangen, so, ne. Und da, finde ich, wurde das nochmal deutlich, wie das alles zusammenhängt“ (T4: 265).

Ebenso äußert sich T5 positiv: „Nein, also da gibt es nichts auszusetzen. Und die Befragungen, die Gespräche fand ich auch alles toll. Also [...] richtig gut gemacht“ (T5: 230).

T6 und T7 waren anfänglich nicht überzeugt nach dem ersten Modul, wie T7 mitteilt:

[Ich] hab erwartet, dass man mehr Tipps kriegt, so zu Anfang. Das kann ich so zum Schluss hier mitgeben, dass es anfänglich, nach dem ersten Kurs habe ich gedacht, was soll das denn? Jetzt so nach dem zweiten und auch jetzt unser Gespräch, was wir geführt haben, nehme ich doch einiges mit. Danke schön. (T7: 145)

### **5.6.2 Gruppengefühl und Austausch**

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die das Gruppengefühl und die Austauschmöglichkeiten betreffen. Wie fühlten sich die Frauen innerhalb der Gruppe?

Alle sieben Frauen äußerten, dass sie die Gruppendynamik angenehm fanden, jedoch für Austausch gern mehr Zeit gehabt hätten: „die Größe des Kurses, dass es nicht zu viele Frauen waren. [...] Und auch die Atmosphäre war sehr angenehm. Dieses ungezwungene, jeder kann, aber keiner muss“ (T1: 229).

T2 hätte ebenso gern mehr Zeit für persönlichen Austausch gehabt, räumt jedoch ein, dass ein anderer Rahmen dafür wahrscheinlich besser sei: „Ich meine, in dem Kurs selber hätte es gar nicht gepasst. Es hätte den Zeitrahmen gesprengt“ (T2: 212).

Für T6 und T7 war die Gruppe (mit nur ihnen beiden als TN) zu klein, sie hätten sich Austausch mit weiteren Betroffenen gewünscht. T6 betont den Wunsch nach Austauschmöglichkeiten über Sexualität:

Ja, und so generellen Austausch...vielleicht auch unterhalten darüber oder dass man das überhaupt darf... vielleicht auch so ein bisschen die Scheu abbaut, darüber zu sprechen. Und vielleicht auch mal irgendwo von anderen zu hören, ja, was einem weiterhelfen könnte. (T6: 114)

### 5.6.3 Themeninput

In dieser Kategorie kommen Aussagen zum Tragen, die Bezug auf die Input-Präsentationen nehmen. Es wurden Präsentationen zu folgenden Themen gehalten: ‚Genitales Selbstbild‘, ‚sexuelle Lust‘ sowie ‚Aufbau und Funktion der Vagina, Vulva und Klitoris‘.

Zu den Input-Präsentationen äußern sich alle befragten Frauen unterschiedlich. Im Folgenden wird ihre Kritik einzeln aufgeführt.

T1 gibt an, sie habe viele neue Informationen über die Vulva, Vagina und Klitoris bekommen. Sie schildert ihr Erleben beim Anblick der Vulva-Galerie folgendermaßen:

Das war mir vorher auch nicht so bewusst, wie unterschiedlich das [die Vulven] wirklich alles sein kann“ (T1: 219-221). Also das hat mir auch gestern so ein bisschen was gegeben, [...] wenn ich mir jetzt diese Bilder anschau, dann sieht es [bei mir] vielleicht doch noch ganz schön aus. Aus meinem Schönheitsempfinden“ (T1: 223).

T1 merkt an, sie hätte die Beschriftungen auf den Schaubildern gern auf Deutsch gelesen: „da standen die Begrifflichkeiten ja alle auf Englisch drauf. [...] Oder auf Lateinisch“ (T1: 263).

T2 meint, sie sei erstaunt gewesen, dass es „diese Lustkörperchen“ am ganzen Körper gebe und sie „habe auch neue Informationen von der Bilddarstellung zu den einzelnen Teilen der Vulva dazugelernt“ (T2: 175).

T3 äußert neben positiver Kritik auch negative, ihr habe die Art der Präsentation zum Teil nicht so gut gefallen:

Die Schaubilder, die ihr dann gezeigt habt, das ging teilweise ein bisschen schnell. Das wäre schöner gewesen, wenn man die länger hätte betrachten können, auch mal so nebeneinander. [...] Und ja, so wie ihr das vorge-tragen habt, [...] man hat zum Teil gehört, ihr lest ab. (T3: 277ff.)

T4 äußert sich zu den vermittelten Informationen wie folgt: „Größtenteils waren die nicht neu für mich, aber mir hat auch nichts gefehlt“ (T4: 267). Ihr habe der Input zum ‚sexuellen Lustempfinden‘ gefallen und in der Anschlussübung sei ihr der Zusammenhang zwischen Körper-spannung, Atmung, Bewegung und Sexualität deutlich geworden: „also das ist mir nochmal bewusst geworden in dieser Beckenschaukel-Übung“ (T4: 262f.).

Ebenso geht T5 auf den Input zur ‚sexuellen Lust‘ ein:

„Ich fand es sehr positiv. Ich habe noch mehr dabei gelernt, dass durch – eben, wenn der Blutfluss und die Sauerstoffzufuhr... – dass das dann auch [...] dieses wohlige Gefühl bei der Vulva [machen kann]. Also ich finde es alles sehr lehr- und hilfreich, was ich da in diesen vier Stunden gelernt habe. (T5: 244)

Für T6 und T7 waren die Informationen zu Aufbau und Struktur der Klitoris neu und anregend: „Ich habe jetzt so Dinge vor Augen, was ich jetzt so machen möchte. Das jetzt abklären, erst-mal mit dem Professor, ob er mir die Klitorischenkel weggenommen hat“ (T7: 147).

#### 5.6.4 Körperübungen

In dieser Kategorie werden Textstellen präsentiert, die sich auf die Rückmeldungen zu den Körper- und Wahrnehmungsübungen beziehen.

Auch die Übungen wurden sehr unterschiedlich von den einzelnen Teilnehmerinnen wahrgenommen und bewertet. Im Folgenden werden die einzelnen Aussagen der interviewten Frauen zusammengefasst.

T1 habe sich bei den Übungen „sehr wohl gefühlt“ (T1: 33). Sie beschreibt ihr Erlebnis bei der Scheinwerfer-Übung:

Ich habe bei manchen Scheinwerfern gemerkt, ich gehe plötzlich viel selbstsicherer. Und das könnte ich mir auch so vorstellen, dass ich mir das bewusst im Alltag mit einbaue. Auch wenn ich jetzt mal nur meinen Hundespaziergang mache und mich unsicher fühle, dass ich mir die Scheinwerfer an den Schultern vorstelle, weil da war ich dann ganz anders gegangen. (T1: 237)

T1 berichtet, die Übungen hätten sie zum Teil emotional herausgefordert, insbesondere die letzte Übung, die Vulva-Vagina-Reise (V.-V.-R.): „Aber gestern die Übung war auch noch mal härter, weil es ja doch wieder aufs Genital bezogen war“ (T1: 241). Sie erklärt, durch diese Übung habe sie gemerkt, dass sie „dem Thema nicht wirklich ausweichen“ kann: „Aber ich fand es gut, weil das auch einfach ein bisschen widergespiegelt hat, das ist kein Tabuthema, das gehört dazu. Das fand ich positiv daran“ (T1: 242f.). T1 habe sich gut betreut gefühlt „nicht komplett alleine“ gefühlt, sondern sicher angeleitet: „Also, wenn es jetzt gestern ganz schlimm [emotional] gewesen wäre für mich, dann hätte ich hier ein Backup mit euch gehabt“ (T1: 249).

T2 wurde in den Übungen mit früheren Erfahrungen konfrontiert und war überrascht, dass sie durch die Übungen Neugier auf neue Erfahrungen entwickelte:

Und ich habe irgendwie dazwischen gar nicht erleben können, wie ich quasi Jugendliche bin, wie ich junge Erwachsene bin. Und da habe ich so das Gefühl durch diesen Kurs, dass das jetzt eigentlich wirklich am Nachreifen ist und ich auch bereit bin, da jetzt neue Erfahrungen zu sammeln. (T2: 185)

T2 merkt an, die Scheinwerfer-Übung „zu lang und zu anstrengend“, sie betont jedoch: „es ist ja notwendig in der Weise, sie so lang zu machen, um alle Bereiche [des Körpers] durchzugehen“ (T2: 175). Die V.-V.-R. habe ihr Hoffnung gemacht: „Also da hoffe ich einfach, dass ich da wirklich eine Möglichkeit finde, wieder zu dem Erleben zu kommen, wie es vorher war“ (T2: 132). Sie habe durch die Übungen und durch den gesamten Kurs „diesen extremen Verlust“ bemerkt: „Also das, was ich vorher hatte, hatte ich noch gar nicht in der Weise geschätzt, wie das mir jetzt eigentlich fehlt“ (T2: 185).

T3 gibt die Rückmeldung, dass sie die Übungen als emotional bewegend, jedoch nicht alles als angenehm empfand:

Na, es ist jetzt keine Übung, wo ich sagen würde, das würde ich gerne wieder machen. Das war eine Erfahrung (T3: 305). Also das mit den Scheinwerfern, das war sehr interessant zu spüren, wie unterschiedlich das

tatsächlich ist, dass manches wirklich schwerfällt, manches ist richtig lustig [...]. Also das war schon erstaunlich, wie unterschiedlich die Wahrnehmung dazu ist. Aber gefallen hat es mir nicht wirklich. (T3: 300f.)

T4 fand die Übungen „größtenteils gut und nachvollziehbar“ (T4: 259). Sie erwähnt als für sie hilfreiche Übung die Beckenschaukel: „Gerade jetzt auch die letzten Übungen mit Becken schaukeln und so. Weil ich da schon auch gemerkt habe, worum es geht“ (T4: 259). Die Scheinwerferübung war ihr etwas zu lang, da wäre sie nicht drauf vorbereitet gewesen. Die V.-V.-R. löste bei ihr ein positives Wahrnehmungsgefühl aus, jedoch in Verbindung mit Scham: „Ja. Die konnte ich auch nachvollziehen und habe auch etwas empfunden. Aber da habe ich ja auch beim Austausch wenig gesagt, weil das schon sehr intim war“ (T4: 271f.).

T5 berichtet von einem angenehmen Gefühl bei allen Entspannungsübungen:

[Egal], ob mit den Taschenlampen oder auf dem Boden, eben die Körperentspannung fand ich sehr gut. Im Körper, da war ja das Einatmen dabei, beim ersten Mal, also fand ich sehr gut das mit dem Ball, dass man die Faszien löst, unter dem Fuß da vorne, also fand ich richtig gut. Dann auch... mit dem Becken, die Achten und die Nullen [mit dem Becken] machen. Fand ich sehr gute Übungen. (T5: 226)

Die V.-V.-R. ließ bei T5 emotional nicht nur angenehme Gefühle aufkommen: „Und die letzte Übung mit dem Schambereich, mit der Hand [...]. Eine tolle Sache. Nur, da muss ich sagen, da kam es bei mir erst noch alles hoch, weil ich eben erst wieder so, wie gesagt, seit anderthalb Jahren ist keine Berührung meinerseits gewesen“ (T5: 226).

Auf die Frage, ob ihr die Übung zu intim gewesen sei für diesen Rahmen, betont sie, ihr habe diesbezüglich das Online-Format Sicherheit gegeben:

[Zu] intim, nein [...]. Ich meine, ihr seid Sexualtherapeutinnen, da wissen wir, dass es ans Eingemachte geht und ich denke mir, online war es einfacher, als wenn man da gemeinsam gelegen hätte, aber wir waren ja alle in unserem geschützten Raum. (T5: 234)

Zur Scheinwerfer-Übung beschreibt T5 ihr Erleben wie folgt:

[Negativ] waren die Scheinwerfer an der Vulva und an der Hüfte, weil das eben die betroffene Region ist, denke ich mal. Also das war sehr negativ. Also ich merkte wirklich, wie meine Beine, die wurden richtig schwer. Also ich konnte kaum noch laufen. Das war schon fast so ein Stapfen. (T5: 238)

T6 äußert, dass sie die V.-V.-R. gut fand, weil sie konkret auf das Genital bezogen war: „Weil die eher das Augenmerk dahin lenkte, dass man sich vielleicht mal wieder vorsichtig annähert und berührt, als wie bei [den] anderen [Übungen]“ (T6: 118).

T7 konnte erst den Zusammenhang zwischen den Übungen und ihrer Sexualität nicht deuten. Erst bei der V.-V.-R. beschreibt sie ihr Erleben als erregend: „Die Wahrnehmung ist noch da. Und wie gesagt, diesen Test [V.-V.-R-Übung], den wir dann halt gemacht haben, das war ja auch so ein Zeichen, dass man das Gefühl hatte, so gegenzudrücken“ [die Hand gegen die Vulva drücken] (T7: 110).

### 5.6.5 Verändertes Erleben durch Körperübungen

In dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die Frage nach der Möglichkeit von Veränderungen im sexuellen Erleben durch Körper- und Wahrnehmungsübungen beziehen.

Fünf von sieben Frauen können sich auf Nachfrage gut vorstellen, dass die Übungen (positiven) Einfluss auf ihr sexuelles Erleben haben könnten. So äußert bspw. T2: „Das ist was, glaube ich, was für mich total in Frage käme, wo ich vorher gar nicht drüber nachgedacht habe“ (T2: 185). In Bezug auf das Ausbleiben ihres Orgasmus äußert sie: „Es ist eigentlich meine einzige Hoffnung, dass das darüber [über Körperübungen] möglich sein könnte“ (T2: 194f.).

T3 fände interessant zu erfahren, ob und wie sich die Wahrnehmung der einzelnen Übungen mit der Zeit verändert:

[Es] reicht ja einfach nur, den Fokus dahin zu setzen, was das so für Unterschiede sind. Und es wäre höchstens interessant, so in einem Jahr diese Übung nochmal zu machen, ob sich in der Wahrnehmung dazu was geändert hat. (T3: 307)

Obwohl T3 die Übungen nicht wirklich gefallen haben, sieht sie eine Chance darin:

Ja, aber wenn ich es nicht mache oder nicht probiere, dann komme ich auch nicht weiter, bleibe ich auch in meinem Loch stecken. Bloß, ich kann jetzt nicht sagen, ob sie mir dann besser gefallen oder nicht. Aber ich würde [es] schon probieren, einfach um auch Unterschiede zu entdecken oder auch andere Möglichkeiten zu finden. (T3: 317ff.)

T4 kann sich vorstellen, zusätzliche Übungen in ihren Alltag einzubauen und auch an einem weiteren Kurs teilzunehmen (T5: 262)

T5 möchte Teile der erlernten Übungen in ihren Alltag einbauen: „Und dann habe ich mir jetzt auch angewöhnt [...], dass ich beim Zähneputzen entweder eine acht oder eine null mache. [...] und der Ball auch für die Füße“ (T5: 252).

Zwei Frauen äußern, dass die Übungen einen Einfluss auf die sexuelle Erreung haben würden, sie seien sich jedoch nicht sicher, ob diese Form für sie das richtige sei. So äußert T6, sie könne sich nicht so gut vorstellen, an einem weiteren Kurs teilzunehmen, hätte jedoch Interesse an einer Tonbandaufnahme der V.-V.-R. (T6:118).

T7 berichtet, sie wolle zunächst einen anderen Weg gehen. Sie habe Hoffnung, dass ein Orgasmus doch möglich ist:

[Ich möchte] das jetzt abklären, erstmal mit dem Professor, ob er mir die [Kiltoris]schenkel weggenommen hat. Und die ganze Sache erstmal so wirken lassen [...]. Man weiß es nicht, wie es später ist. [...] Kann auch sein, dass man sagt, super, das klappt alles wunderbar, komme gut zurecht. Kann auch sein, vielleicht brauchst du doch nochmal Hilfe oder Unterstützung. (T7: 147)

## 6. Ergebnisdiskussion

In diesem Teil der Arbeit werden die wichtigsten Forschungsergebnisse dieser Studie zusammengefasst und interpretiert. Die zwei Forschungsfragen (siehe Einleitung) werden unter Einbeziehung der Ergebnisse und bestehender Literatur beantwortet und diskutiert.

### 6.1 Welche Auswirkungen haben eine Vulvakrebserkrankung und ihre Folgen auf das genitale Selbstbild und das sexuelle Erleben der Betroffenen?

Um zu verstehen, welche Auswirkungen die Erkrankung auf das genitale Selbstbild hat, wird zunächst erläutert, welchen Schwierigkeiten Vulvakrebspatient:innen auf gesellschaftlicher Ebene ausgesetzt sind. Vor dem Hintergrund, dass ein Vulvakarzinom eine seltene Erkrankung ist und Krankheit in Verbindung mit Sexualität ein gesellschaftliches Tabu darstellt (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 228), sehen sich die interviewten Frauen mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Zum einen stellt die Krankheit eine hohe Belastung auf physischer sowie psychischer Ebene dar, zum anderen ist die Kommunikation darüber erschwert: „Ich meine, [...] egal welchen Krebs du hast, jeder Krebs ist nicht schön, aber ich finde dieser Krebs, der ist besonders schlimm, weil, du bist so eingeschränkt und die Ärzte sind nicht informiert“ (T7: 69).

Schon der **Weg zur Diagnose** erweist sich in vielen Fällen als sehr lang, da sich noch immer zu wenig Ärzt:innen mit Vulvakrebs und den dazugehörigen Untersuchungen

auskennen. Insbesondere in Verbindung mit einem positiven HPV-Ergebnis<sup>17</sup> bedarf es einer gründlichen Untersuchung der Vulva und Labien. Ärzt:innen sollten kleine auffällige Stellen, die ein Jucken verursachen oder ungewöhnlich aussehen, grundsätzlich ernst nehmen, statt wiederholt Cremes zur Behandlung einer Pilzinfektion zu verschreiben. „Ich bin auch davon überzeugt, dass die wenigsten Gynäkologen [...] bei der Krebsvorsorgeuntersuchung – die machen zwar den HPV-Abstrich und am Gebärmutterhals – aber ich würde fast sagen, zu 90 Prozent guckt sich kein Gynäkologe die Schleimhäute an“ (T7: 93).

Folgen einer späten Diagnose sind fortgeschrittene Karzinome und der Befall der Lymphe, sodass große Eingriffe notwendig sind, „bis es so weit fortgeschritten ist, dass die [Frauen] vollkommen zerstückelt werden, egal wie alt die sind, nur durch Unerfahrenheit und Unwissenheit“ (T7: 71). Wird ein Vulvakarzinom rechtzeitig erkannt, kann eine lokale Exzision des Befundes genügen. Wichtige Strukturen der Vulva und Vagina können dabei erhalten bleiben (vgl. Ackermann et al. 2018: 42).

Es stellt sich heraus, dass die befragten Frauen nicht nur mit Wissenslücken und Unverständnis im Bereich des medizinischen Fachpersonals konfrontiert sind. Unverständnis – und zum Teil verletzend Reaktionen, wie „Was, das kann man auch kriegen“ (T6: 46), „Was ist denn das? Wo ist das?“ (T3: 101) – begegnen den interviewten Frauen auch in ihrem sozialen Umfeld, vor allem da der Begriff ‚Vulva‘ nicht allen geläufig ist und demnach nicht zugeordnet werden kann, welches Körperteil von Krebs betroffen ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass keine der interviewten Frauen **die Aufklärungssituation über die Folgen** für das Sexualleben von medizinischer Seite als ausreichend empfand. Es gäbe Informationen zu Behandlungsformen, jedoch nicht, welche Auswirkungen diese auf das sexuelle Erleben haben, wie T1 mitteilt: „Nur auf meine Anmerkung hin, wie ist das dann mit Sexualität [...], ich bin jung und mir ist das wirklich wichtig“ (T1: 34).

Es wurde bei keiner Befragten darauf hingewiesen, dass bei operativen Eingriffen und Bestrahlungen Nervenenden in Vulva und Klitoris verletzt werden können, welche jedoch eine erhebliche Rolle für die sexuelle Erregung spielen (vgl. Büttner et al. 2020: 118). Genauso wurde nicht über die Bedeutung des Klitoris-Organs und seine vollständige Größe aufgeklärt. Für Barinoff (2020) ist es erstaunlich, dass sich ‚die moderne Frau‘ noch immer so wenig mit der Anatomie ihres eigenen Geschlechts auskennt (vgl. Barinoff 2020: 61). Fünf der befragten Frauen wussten nicht, dass die innen liegenden Klitorisschenkel existieren und alle sieben konnten nicht genau sagen, inwieweit ihre Klitoris nach den Behandlungen erhalten geblieben ist. „Was eigentlich wirklich alles operiert wurde. Das hat mir gar keiner gesagt. Also die kleinen Schamlippen sind weg, die Klitorisschenkel sind wahrscheinlich weg. Es steht nur noch die Knospe [Klitoriseichel]“ (T3: 42). Wenn der Tumor nur bei Entfernung der Klitoris im Ganzen entnommen werden kann, sollten sich Betroffene eine qualifizierte Zweitmeinung einholen.

---

<sup>17</sup> Zu den Risikofaktoren für ein Vulvakarzinom gehören v.a. Infektionen mit dem Humanen Papilloma-Virus (HPV). Häufigkeit von Typ 16. (<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/vulvakrebs.html>)

Sexualität kann zwar auch ohne Klitoris gelebt werden, aber ihr Verlust stellt einen drastischen Einschnitt ins sexuelle Erleben dar, sodass dieser Schritt bei jeder betroffenen Person, ganz gleich welchen Alters, nicht leichtfertig getroffen werden sollte (vgl. Selka 2023).

Als problematisch erweist sich, dass die Heilung der Erkrankung zwar zunächst für alle Beteiligten vordergründig ist, dass die Betroffenen dann jedoch nach der Behandlung, ohne darauf vorbereitet zu sein, mit Veränderungen ihres Sexuallebens konfrontiert sind und sich allein gelassen fühlen: „Ich bin auch bei meiner Gynäkologin die Erste und Einzige mit dieser Diagnose. Darum konnte sie mir ja auch mit kleinsten Sachen nicht weiterhelfen. Es gibt keine Angebote speziell für Vulva[-Krebs]-Erkrankte“ (T3: 105).

Bei der Analyse der Interviews stellt sich heraus, dass sich fünf der sieben Frauen in der **Nachbehandlung** nicht ausreichend medizinisch versorgt fühlten und traumatische Erlebnisse machen mussten. Zum einen wurden einige der Eingriffe ohne Betäubung durchgeführt und als sehr schmerzhaft erlebt (vgl. T1: 21; T5: 81; T6: 31), zum anderen wurde teilweise nicht über die richtige Pflege von Wunden und Narben oder die möglichen Nebenwirkungen der Therapien informiert (vgl. T1: 21; T3: 58). Folgen davon können starke Entzündungen sein, die zu weiteren Operationen führen, bei denen es dann nicht mehr darum geht, „dass das nachher ästhetisch aussieht oder irgendwelche Nerven nach oben gelegt werden“ (T4: 58), sondern ausschließlich um eine schnelle Heilung der Wunde. Dauerhafte Schmerzen können entstehen, wenn Narbengewebe nicht angemessen nachversorgt wird. Ein schmerzhaftes Spannungsgefühl könnte durch regelmäßige Massage und durch Anwendung empfohlener Pflegeprodukte verhindert werden (vgl. T3: 58). Es gibt nicht genügend Informationen und die Vulvakrebspatient:innen sind darauf angewiesen, dass sie an Fachpersonal gelangen, das selbst gut informiert ist und keine Scheu hat, detailliertes und professionelles Wissen, insbesondere wenn es um sexuelle Fragen geht, weiterzugeben. Denn genau diese Informationen können verhindern, dass chronische Schmerzen das Lusterleben der betroffenen Personen einschränken.

Trotz der Beobachtung, dass sich die **psychoonkologische Beratung** in Deutschland zunehmend etabliert habe (vgl. Mehnert-Theuerkauf 2020: 115), sprechen die Ergebnisse dieser Arbeit dennoch für ungenügend psychologische Versorgung während und nach einer Vulvakrebsbehandlung. Die Krankheit, die Behandlungen und die zum Teil bleibenden Folgen können zu starken psychischen Belastungen führen und fordern psychosoziale Unterstützung (vgl. ebd.) Sechs der befragten Frauen waren nicht zufrieden mit dem psychotherapeutischen Angebot und lediglich eine wurde in einer akuten Situation aufgefangen und die darauffolgende Zeit begleitet (vgl. T4: 78).

Mit Blick darauf, dass Vulvakrebs, seine Diagnose und Behandlung einen großen Eingriff in die Intimsphäre bedeutet, sollte eine psychoonkologische Begleitung, die auf Vulvakrebs oder gynäkologische Krebsarten spezialisiert ist, zum Standardprogramm gehören. Der/die Psychoonkolog:in sollte sich auskennen mit den Bezeichnungen des weiblichen Geschlechts, der Anatomie der Vulva / Vagina und vor allem mit den Auswirkungen von Vulvakrebs auf die

Sexualität und auf mögliche Verlustgefühle weiblicher Identität. Ist dies nicht der Fall, kann es in der Therapie zu erheblichen Verunsicherungen auf Seiten der Betroffenen kommen: „Ja, ich war bei einer Onko-Psychologin nach der OP [...], die war völlig überfordert mit diesem Krebs und das habe ich ihr dann auch gesagt“ (T2: 212). Eine qualifizierte Begleitung sollte direkt mit der Diagnose einhergehen, denn die Betroffenen befinden sich in Schock- und Angstzuständen: „Ich war wochenlang nur mit dem Begriff Vulvektomie im Kopf beschäftigt. Es war wie so ein Schockzustand. Ich habe an nichts anderes mehr denken können“ (T2: 35).

Nach der Behandlung ist es von Bedeutung, dass sich die Patient:innen stationär nicht allein gelassen fühlen. Insbesondere der erste Anblick der Vulva nach der OP kann aufgrund der veränderten Optik zu starken psychischen Belastungen führen: „Ich hatte zweimal angemerkt, dass ich dringend psychologische Unterstützung brauche [...] oder ihr müsst mich jetzt entlassen und nach Hause schicken. Daraufhin wurde ich nach Hause entlassen“ (T1: 106).

Den Interviews ist zu entnehmen, dass direkt nach der Therapie die Wundheilungsprozesse und der Umgang mit Schmerzen vordergründig waren, mit der Zeit sollten dann aber mögliche Ziele eines psychoonkologischen Beratungsprozesses aus Trauerarbeit, aus Akzeptanz des neuen Körperbilds und aus der Auseinandersetzung mit optischen und funktionellen Beeinträchtigungen bestehen (vgl. Barinoff: 63).

Den Aussagen aller sieben Frauen ist zu entnehmen, dass sie Vulvakrebs eher als ein **gesellschaftliche Tabuthema** wahrnehmen als andere Krebserkrankungen, über die es leichter falle zu sprechen (vgl. T6: 37). Eine Schwierigkeit im Umgang sei es, das eigene Schamgefühl und vor allem das des Gegenübers auszuhalten: „Ich kann es nicht, also weil es einfach sehr intim ist“ (T4: 135). Sobald der Bereich Vulva oder Schamlippen benannt wird „fragt keiner mehr nach“ (T1: 56). Galgut (2022) beschreibt, es kämen Gefühle von Verlegenheit auf, wenn wir über Körperbereiche sprechen, „von denen uns die Gesellschaft gelehrt hat, uns unbehaglich oder verschämt zu fühlen“ (Galgut 2022: 39). Keine der befragten Frauen kann mit anderen unbefangen über ihren Krebs sprechen, da die Reaktionen zum Teil unangenehm und verletzend seien (vgl. T5: 100). Eine Vermeidungsstrategie, diesen schamhaften Situationen aus dem Weg zu gehen, ist, den betroffenen Bereich nicht konkret zu benennen, so spricht T4 z. B. in manchen Begegnungen von „Unterleibskrebs“ (T4: 121). Die Vulva wird gesellschaftlich als ein intimer, privater und sexualisierter Bereich wahrgenommen (vgl. Dudle / Häusermann 2017: 226). So zeigt sich in der Analyse der Interviews, dass selbst Frauen untereinander Schwierigkeiten haben, darüber zu kommunizieren: „Nein, danke. Ich möchte nicht mehr wissen [...], das geht denen einfach zu nah“ (T5: 98ff.). Indirekt geht mit diesem Tabu die Erwartung einher, dass Betroffene nicht über ihre Erkrankung an der Vulva sprechen, da es für alle Seiten zu schamhaften Situationen kommen könnte. Selbst der eigenen Familie gegenüber (vgl. T2: 226) oder bei den eigenen Kindern kann es ein Tabuthema sein, da die Vulva immer als etwas Sexuelles betrachtet wird. Die Kinder werden grob informiert, die drastischen Folgen und Auswirkungen auf die Sexualität und somit auf das gesamte Wohlbefinden (vgl. T4: 151ff.)

können aber nicht benannt werden: „Also ich möchte jetzt auch nicht unbedingt übers Sexleben meiner Mutter Bescheid wissen“ (T1: 86ff.).

Vor allem jedoch fühlen sich die interviewten Frauen allein gelassen, da sie nicht einmal mit dem medizinischen Fachpersonal ohne Schamgefühle über den Vulvakrebs kommunizieren können (vgl. T4: 342). Patient:innen trauen sich nicht ihre sexuellen Schwierigkeiten bei den behandelnden Ärzt:innen anzusprechen.

Hilfreich wäre, Kommunikationsbarrieren zu überwinden (vgl. Hasenburg 2020: 70) und durch eine offene Fragstellung das Gespräch über Sexualität zu initiieren, dieses sowohl direkt bei der Diagnosestellung als auch während der Therapie und in der Nachsorgezeit.

Da Vulvakrebs unumgänglich Auswirkungen auf das sexuelle Erleben mit sich bringt, zumindest für eine gewisse Zeit, sollte **Sexualberatung ein fester Bestandteil** einer Behandlung sein und es sollte Aufgabe der verantwortlichen Ärzt:innen sein, offen über eine veränderte Sexualität zu kommunizieren und sie als einen wichtigen Teil von Lebensqualität zu benennen (vgl. ebd.). In Bezug auf Scham ergab sich in der Analyse der Interviews ein Aspekt, welchen auch Galgut (2022) aufgreift. Betroffene sind zum Teil mit Schuldgefühlen und verletzenden Vorurteilen konfrontiert, da Erkrankungen der Vulva in den Köpfen vieler Menschen mit mangelnder Hygiene oder mit Promiskuität in Verbindung gebracht werden (vgl. Galgut 2022: 168). So formuliert T1, sie nähme ein „schmutziges Gefühl“ (T1: 66) wahr, wenn sie anderen von ihrer Krankheit berichtet oder die Leute könnten denken, sie sei „unsauber“ (ebd.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mangelndes Wissen und fehlende Kommunikation über Vulvakrebs neben körperlichen Folgen zusätzlich zu sexuellen Problemen führen können. Die erkrankten Personen fühlen sich unverstanden, ziehen sich zurück und meiden sexuelle Kontakte. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf ihr sexuelles Selbstwertgefühl.

In Bezug auf **Sexualität vor der Diagnose** einer Vulvakrebserkrankung ist zunächst festzuhalten, dass sechs der interviewten Frauen ein ‚unkompliziertes‘ Sexualleben führten und sich nicht mit sexuellen Problemen konfrontiert sahen. Eine Frau empfand aufgrund traumatischer Erfahrungen im Kindesalter alles im Zusammenhang mit Sexualität als negativ und lebt erst seit sechs Jahren aktive, genussvolle Sexualität. Alle sieben Frauen haben sich vor der Diagnose aktiv und regelmäßig selbstbefriedigt, alle hatten Orgasmuserleben und empfanden den penetrativen Akt als selbstverständlich und meistens als angenehm. Zum Orgasmus gelangen alle sieben Frauen durch die Stimulation der Klitoris (vgl. T4: 191) oder durch eine Kombination mit vaginaler Stimulation (vgl. T3: 156) oder mit zusätzlicher Anwendung von Hilfsmitteln (vgl. T5: 141). „Weil im Geschlechtsverkehr mit einem Mann hat es selten funktioniert [...], deshalb ist mein Vibrator immer dabei, wenn ich mich mit meinem Freund getroffen habe“ (T2: 60).

Die Ergebnisse dieser Studie decken sich mit der Aussage von Bischof-Campbell (2012), dass die meisten Frauen in jungen Jahren lernen, sich über den äußeren Bereich, also Vulva und Klitoriseichel, zu stimulieren und sich ein festes Muster dabei angewöhnen, bei dem die klitoralen Rezeptoren stimuliert werden. Dies führt häufig dazu, dass Frauen sich bei mechanischen Vorgängen des Geschlechtsverkehrs weniger stimuliert fühlen (vgl. Bischof-Campbell 2012: 21). Wenn der onkologische Befund es zulässt, sollte daher die Klitoris erhalten bleiben oder zumindest geschont werden, „denn es geht um nichts Geringes als den Erhalt der weiblichen Sexualität“ (Barinoff 2020: 61) in Bezug auf lustvolles Erleben.

Zum penetrativen Erleben mit dem Partner wird in den Interviews mehrmals erwähnt, dass der Orgasmus zweitrangig sei und stattdessen der „Wunsch nach emotionaler Nähe“ (vgl. Balmer 2008) und Verbundenheit zu dem Partner im Fokus stünden: „Einfach das Gefühl jemanden ganz nah zu sein [...], wenn man miteinander verbunden ist. Ich glaube, was Engeres gibt es fast gar nicht“ (T2: 82ff.).

Nach der Behandlung von Vulvakrebs entwickeln alle Frauen in unterschiedlicher Weise ein **verändertes genitales Selbstbild**. Fünf der befragten Frauen leiden unter einer veränderten Optik der Vulva (siehe Kapitel 5.3.1). Vor dem Hintergrund, dass keine von ihnen vor der Diagnose das Aussehen der eigenen Vulva groß hinterfragte, können eine Vulvektomie oder andere Behandlungen an der Vulva unerwartet ein bis dahin selbstverständliches Selbst- und Körperbild massiv erschüttern (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 153). Dies ist verbunden mit Schamgefühl und mit negativen Auswirkungen auf die sexuelle Selbstsicherheit. Selbst innerhalb einer intimen Beziehung fällt es den Frauen schwer, sich ihren Partnern zu zeigen: „Ich habe ihn immer wieder gefragt, ob er das wirklich sehen möchte“ (T4: 217).

Neben den optischen Veränderungen spielen für alle sieben Frauen die Veränderungen auf der Wahrnehmungsebene eine bedeutendere Rolle, da sie sich zum Teil sehr massiv in ihrer sexuellen Funktion eingeschränkt fühlen. Vor allem Empfindungsstörungen an der Vulva und in der Vagina vermindern den genitalem Erregungsprozess und das Feuchtwerden: „Und [ganz plötzlich] ist alles trocken und keine Lust mehr da“ (T1: 159). Für manche von ihnen ist es schwer, genau zu lokalisieren, an welchem Bereich ihres Genitals sie etwas spüren können und wo noch Stimulation möglich ist. „Kann ich nicht so sagen, ob man da keine Lust verspürt, irgendwie ist das alles da ein bisschen komisch gefühlt“ (T6: 71). Zwei der Frauen haben versucht, sich über andere Körperstellen zu stimulieren und in einen erregten Zustand zu gelangen, wie zum Beispiel an den Brüsten, am Ohrläppchen (vgl. T5: 180) oder in der Halsbeuge (vgl. T3: 200).

Nach der Behandlung ist auch das Thema Selbstbefriedigung bei allen in den Hintergrund gerückt. Die Angst vor Schmerzen oder einer veränderten Wahrnehmung führe zu einer verminderten Libido und wirke sich dementsprechend auf eine verminderte Selbstbefriedigungspraxis aus (vgl. T4: 201). Hilfsmittel müssen erheblich vorsichtiger benutzt werden als vor der Erkrankung, aufgrund von Schmerzen oder der Sorge vor Verletzungen (vgl. T1: 149). Die Ergebnisse zeigen, dass bei vier Frauen mit der Beeinträchtigung des Erregungsprozesses

auch ein Ausbleiben des Orgasmus einhergeht und die Befürchtung, dass „keinerlei Erregung oder Befriedigung in dem Maße“ (T2: 24) je wieder zu spüren seien, führe gerade bei jedem Versuch „zu Depression“ (ebd.).

Schmerzen und Verklebungen an Vulva und Vagina beeinträchtigen auch das penetrative Erleben, sodass Geschlechtsverkehr aufgrund von Schmerzen oder einer sehr engen Vagina bei zwei Frauen überhaupt nicht mehr möglich und bei vier der befragten Frauen häufig mit Schmerzen und Angst verbunden ist. Dieser Umstand kann sich auf die Partnerschaft auswirken und intime Situationen selten werden lassen, was wiederum das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflussen kann (vgl. Mehnert-Theuerkauf: 120).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Beeinträchtigung der funktionellen Sexualität in unterschiedlicher Art und Weise bei allen sieben Frauen zu starken sexuellen Verunsicherungen und Ängsten geführt hat. Alle sieben interviewten Frauen wünschen sich für ihre Zukunft weiterhin aktive Sexualität ohne Schmerzen, die sowohl von sexuellen Lustmomenten als auch vom Wahrnehmen genitaler Erregung bis hin zum Orgasmus geprägt ist: „Also dafür würde ich alles tun [...]. Die Entspannung, das Zufriedensein, dieses so alle Viere von sich strecken“ (T5: 204). Keine von ihnen wolle sich vorstellen, auf Sexualität zu verzichten.

Lebt eine Person, die an Vulvakrebs erkrankt ist, in einer festen **Partnerschaft**, spielt die Reaktion des/der Partner:in auf die Krankheit eine wichtige Rolle. Die Vulva als sexualisiertes Geschlechtsorgan ist für viele ein Tabubereich, so fällt es auch manchen Partner:innen schwer, offen über den Vulvakrebs zu sprechen: „Also mein Mann hatte schwere Probleme, das überhaupt irgendwo zu sagen. [Irgendwie] war ihm das sehr unangenehm und er wollte das am liebsten erst gar niemandem erzählen“ (T6: 52). Die Schamgefühle des/der Partner:in können verletzend auf die erkrankte Person wirken.

Wenn in einer langjährigen Partnerschaft die Sexualität auf eine bestimmte Weise funktioniert ist Kommunikation über gewohnte Ablaufmuster nicht notwendig, weil beide Seiten sich zu ihrer Zufriedenheit eingespielt hatten. Muss plötzlich über Sexualität neu verhandelt werden, aufgrund von funktionellen Schwierigkeiten oder Einschränkungen, können auch Partner:innen in ein Vermeidungsverhalten gehen: „Er geht meinen Fragen aus dem Weg [...], weil er nicht mehr drüber reden kann oder will, ich weiß es nicht“ (T3: 220ff.).

Alle Frauen fühlten sich im Heilungsprozess gut unterstützt, aber sobald detaillierte Kommunikation über Sexualität gefragt ist, sei es für beide Seiten nicht immer leicht, Bedürfnisse zu kommunizieren: „Mein Freund hatte Probleme damit, wenn ich sage, du, da kannst du nicht mehr stimulieren, da ist nichts mehr, da weiß er auch nicht so recht, wie er damit umgehen soll“ (T1: 206).

Die größten Veränderungen bezüglich der Paarsexualität seien Schwierigkeiten bei der Penetration oder dass gar kein Geschlechtsverkehr mehr möglich sei (vgl. T6: 104; T7: 154). Nach Barinoff (2020) sollten Patient:innen aus funktionellen, emotionalen und

partnerschaftlichen Gründen motiviert werden, relativ früh nach Behandlung mit der sexuellen Aktivität zu beginnen (vgl. Barinoff 2020: 62), um die Hürde des ersten Schrittes nicht immer größer werden zu lassen. Die Aussagen der interviewten Frauen decken sich insofern damit, als dass sie gerne Informationen über eine gute Narbenpflege und über Möglichkeiten der Vaginaldehnung mit Dilatoren erhalten hätten. Nach so langer Zeit würde die Penetration zunehmend schwerer möglich: „Ich habe es mit dem Dildo probiert zu weiten, aber es ist zu eng“ (T3: 189).

Alle sieben Frauen sagen aus, weiterhin sexuelle Lust auf ihre:n Partner:innen oder das Bedürfnis nach sexueller Interaktion, Nähe und Verbundenheit zu haben. Das macht es besonders schwer, die körperlichen Einschränkungen zu akzeptieren und sich selbst nicht mehr als attraktiv oder sexuell wahrzunehmen: „Nach außen hin bin ich eine Frau und untenrum bin ich tot“ (T5: 151). Das eigene Attraktivitätsgefühl beeinflusst, ob sich eine Person gern in eine sexuelle Situation begibt oder nicht (vgl. Mamie 2017: 162). Zweifel daran, noch begehrenswert zu sein, obwohl es sexuelle Einschränkungen gibt, äußern drei Frauen. So kommt es dazu, dass trotz Schmerzen, Geschlechtsverkehr praktiziert wird, nur um Partner:innen zu genügen und aus Angst: „Wenn ich nicht funktioniere, werde ich verlassen“ (T1: 165f.).

Es ist wichtig, dass Paare über alternative Formen sprechen. Sexualität ist nicht nur Geschlechtsverkehr. Auch wenn der penetrative Akt eine Ausdrucksform einer liebevollen Beziehung sein kann, ist er lange nicht die einzige Möglichkeit dafür (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 159). Es ist eine herausfordernde Aufgabe für Paare, nicht nur darauf zu schauen, was nicht mehr geht, sondern neue Wege auszuprobieren und sich auf einem anderen Weg nah zu sein und Lust und Erregung zu verspüren (vgl. Deutsche Krebshilfe 2015: 26). Zur Unterstützung ist es von erheblicher Bedeutung, dass Partner:innen genauso über Vulvakrebs und seine Folgen aufgeklärt sowie in therapeutische Maßnahmen einbezogen werden, denn die Qualität der Paarbeziehung spielt eine wesentliche Rolle für die Rekonvalenz<sup>18</sup> nach einer Krebserkrankung (vgl. Siedentopf 2020: 130). So zeigte sich in einer Studie zu Brustkrebspatient:innen, dass diejenigen, die in ihrer Partnerschaft zufrieden waren, „einen schnelleren Rückgang des krankheitsbedingten Distress<sup>19</sup> erlebten“ (ebd.).

## **6.2 Wo liegen Möglichkeiten und Grenzen des durchgeführten Programms sexueller Bildung (Online-Kurs) für eine Wiederannäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung?**

In Bezug auf den durchgeführten Online-Kurs ‚Vulvakrebserkrankung und Sexualität‘ gaben die Teilnehmerinnen (TN) im nachfolgenden Interview Rückmeldungen zu ihrem Erleben. Im Folgenden wird erörtert, auf welchen Ebenen das Kursangebot, die Themeninputs und Körperübungen einen positiven Einfluss auf das genitale Selbstbild der an Vulvakrebs erkrankten

---

<sup>18</sup> Rekonvalenz = Eine schrittweise Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Krankheit

<sup>19</sup> Distress = negativ erlebter Stress, der dazu beiträgt, dass Krankheiten nicht heilen können.

Frauen haben können. In einem letzten Abschnitt werden mögliche Grenzen eines des Bildungsprogramms benannt.

Die Ergebnisse zeigen, dass alle sieben Frauen zunächst sehr dankbar über ein Angebot waren, welches speziell nur für Vulvakrebsbetroffene entwickelt wurde und zur **Enttabuisierung des Themas** beiträgt. Einige von ihnen fühlten sich sogar das erste Mal in Verbindung mit ihrer Krankheit richtig gehört und ernst genommen: „[Dann ist das] nicht mehr so ein Tabuthema, sondern dass da auch einfach die Dringlichkeit gesehen wird, dass man dieses Thema angeht“ (T1: 295). Die Frauen teilten alle mit, dass es keine Angebote gäbe, bei denen sie sich angesprochen fühlten und dass sie in ihrer Situation allein dastünden, weshalb sie positiv überrascht darüber waren, dass ein Online-Kurs zu diesem speziellen Thema angeboten wurde: „Dieses Gefühl, es beschäftigt jemand sich [endlich] damit“ (T1: 229).

Der Kurs ist ein sexuelles Bildungsangebot und besteht in seiner **Ganzheitlichkeit** darin, zum einen Wissen zu vermitteln und zum anderen, die Frauen zu Lernprozessen anzuregen, die handlungsorientiert sind und somit alle Sinne, den Verstand und das Gemüt auf körperlicher Ebene ansprechen (vgl. Sparmann 2015: 20). Vor diesem Hintergrund ergeben die Rückmeldungen der TN, dass insbesondere die Körper- und Wahrnehmungsübungen eine neue Erfahrung waren und zur Erweiterung sexuellen Erlebens führen können: „Es ist eigentlich meine einzige Hoffnung, dass das [der Orgasmus] darüber [über Übungen] möglich sein könnte“ (T2: 149).

Gemessen an den Ergebnissen dieser Studie sind sexuelle Probleme nach einer Vulvakarzinombehandlung hauptsächlich auf Schmerzen oder auf eine veränderte Wahrnehmung im genitalen Bereich zurückzuführen, wodurch ein vermindertes sexuelles Lustempfinden entsteht. Durch regelmäßige Wahrnehmungsübungen können **Sinnesempfindungen** geschult werden. Nach Behandlung sind Betroffene häufig verängstigt, psychisch gestresst und körperlich angespannt. Es wird davon ausgegangen, dass ein hoher Muskeltonus die Bewegung einschränkt, woraus eine flache Atmung resultiert. Beides führt zur Verminderung der Durchblutung des gesamten Körpers, insbesondere des Geschlechtsorgans (Bischof 2016: 198), weshalb eine Person, die an Vulvakrebs erkrankt ist, meistens in ihrer genitalen Wahrnehmung sehr eingeschränkt ist. Informationen über die Grundlagen weiblicher Sexualität sowie über die Wirkung von Bewegung, Atmung, Tonus auf den Körper sind wichtig zum Verständnis für Möglichkeiten einer veränderten Sinneswahrnehmung: T4 äußerts sich diesbezüglich zum Themeninput ‚Sexuelle Lust‘: „Also da konnte ich was mit anfangen [...] und da wurde das noch mal deutlich, wie das alles zusammenhängt“ (T4: 265). Anleitungen zu Körperübungen, die in Bewegung, Rhythmus, Atmung und Tonus variieren, können Sinneswahrnehmungen verstärken (vgl. Dudle/Häusermann 2017: 230) und das kognitive Wissen im Körper erlebbar machen. So gab es von allen sieben Frauen zur Übung der oberen Schaukel (Angang 10: 132) Resonanzen: „da habe ich dann schon gemerkt, worum es geht“ (T4: 271f.). Die Übungen im zweiten Modul (Beckenlockern und obere Schaukel) haben die Frauen auf sinnlicher Ebene erreicht. So wurde für T5 der Zusammenhang von Lustempfinden und Blutfluss im genitalen

Bereich nachvollziehbar: „ich habe dabei gelernt, dass durch [...] den Blutfluss und die Sauerstoffzufuhr [...] dieses wohlige Gefühl bei der Vulva [entstehen kann]“ (T5: 244). Der Bodyscan (Anhang 10: 129) war insofern für alle interviewten Frauen eine neue Erfahrung, da das Genital nicht wie üblich ausgespart bleibt. Die Übung soll einen ersten, vorsichtigen emotionalen Zugang zur veränderten Vulva ermöglichen. Die Scheinwerfer-Übung (Anhang 10: 130) verstärkt das emotionale Empfinden durch die Aufforderung, die eigenen Gefühle wahrzunehmen, wenn die Aufmerksamkeit auf unterschiedlichen Körperteilen liegt. Die Rückmeldung zu dieser Übung war sehr unterschiedlich: bei fünf Frauen führte sie zu starker emotionaler Resonanz und forderte sie heraus. „Also es ging für mich dann wirklich ans Eingemachte“ (T3: 275). Die Übung hat den Zweck, den Zusammenhang von Emotionen und Körperhaltung zu vermitteln sowie den Frauen die Körperbereiche, auf die sie stolz sind, als Ressource aufzuzeigen: „Ich habe bei manchen Scheinwerfern gemerkt, ich gehe plötzlich viel selbstsicherer“ (T1: 237). Im Gegensatz dazu beschreibt T5 ihr Erleben beim Beleuchten des Hüft- und Genitalbereichs: „Also das war sehr negativ. Ich merkte wirklich, wie meine Beine, die wurden richtig schwer, also ich konnte kaum noch laufen. Das war schon fast so ein Stapfen“ (T5: 238).

Da viele mit Vulvakrebs erkrankte Personen aufgrund von Schmerzen, vermindertem Empfinden oder psychischer Belastung den genitalen Bereich ausblenden oder diesen nicht mehr als sexuell attraktiv empfinden, verändern sich **Berührungen und Zugang zum Körper**. Es kommt den Aussagen der interviewten Frauen nach zu keinen oder seltenen sinnlichen Eigen- oder Fremdberührungen in diesem Bereich: „Seit anderthalb Jahren ist da keine Berührung meinerseits gewesen“ (T5: 226).

Nach Pika und Stirn (2016) sollte das veränderte Körperbild in Verbindung mit Sexualität eine erstzunehmende Rolle spielen. Die veränderte Optik der Vulva nach Behandlung kann zu Identitätskrisen der Betroffenen führen und fordert Geduld, Akzeptanz und ein schrittweise Neubesetzen des eigenen Körpers. Dies ist ein Prozess, der nicht von heute auf morgen passiert, sondern über die taktile Auseinandersetzung in Zusammenhang mit aufkommenden Gefühlen. Auf diese Weise ist es möglich, eine neue Beziehung zum Körper aufzubauen, was eher über Berührung als übers Anschauen geschieht (Bischof 2016: 189). Über fürsorgliche, sich wiederholende Berührung bekommen Betroffene die Möglichkeit, den gegenwärtigen Augenblick sinnlich zu erfahren und sich in eine positive Beziehung zu diesem zu setzen (vgl. Scurlock-Durana 2019: 51). Die Hausaufgabe im ersten Modul schließt daran an. Fünf von sieben TN legten ihre Hand regelmäßig ein- bis zweimal täglich auf den Vulvabereich. Die Rückmeldungen zum Empfinden waren sehr individuell, es gab sowohl positiv als auch negativ aufkommende Gefühle bei der Übung. Alle fünf konnten jedoch dadurch sinnlich-emotionalen Kontakt zur eigenen Vulva herstellen. Die Vulva-Vagina-Reise (V.-V.-R ) schließt ebenso an diesen Ansatz an. Nach Aussagen der Frauen fand die Übung sehr starke Resonanz. Das Online-Format war an dieser Stelle vorteilhaft, dadurch fühlten sich die TN in diesem sehr intimen Moment räumlich geschützt. Für alle sieben gab es ein Gefühl von Erregung, was sich z. B

darin zeigte, dass ein Bedürfnis entstand, fester mit der Hand an die Vulva zu drücken (vgl. T7: 110) oder dass das Erlebte als sehr intim empfunden wurde (vgl. T4: 271f.). Bei einigen Frauen kamen schmerzliche Gefühle auf, bei T5 „kam noch mal alles hoch“ (T5: 226), auch T1 teilt mit, die Übung habe sie „emotional herausgefordert“ (vgl. T1: 241). T2 wurde mit Verlustgefühlen konfrontiert: „Also das, was ich vorher hatte, hatte ich gar nicht in dieser Weise geschätzt, wie mir das jetzt fehlt“ (T2: 185). Für die Bewältigung der Krankheit ist es wichtig, wieder ein positives Körperbild aufzubauen und dadurch das Selbstwertgefühl zu stärken. (vgl. Zettl/Hartlapp 2008: 153) Nach Montagu (1997) können als angenehm empfundene Berührungen sogar körperlichen Widerstand, Gesundheit, Intelligenz und Kreativität (vgl. Montagu 1997: 220) und somit auch sexuelles Erleben verbessern.

**Die kognitive Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität** ist ebenso ein wichtiger Aspekt. Vorstellungen bezogen auf Sexualität und prägende innere Werte und Normen haben Einfluss auf sexuelle Lust oder Unlust (vgl. Dudge/Häusermann 2017: 232) Die Ergebnisse zeigen, dass die Informationen zur Anatomie von Vulva und Vagina (Anhang 10, S. 15) insofern ein wichtiger Teil des Kurses waren, da für jede TN neue Informationen dabei waren. So wussten manche nicht um die vollständige Größe der Klitoris (vgl. T7: 147; T6) für andere war das Zeigen der Vulva-Galerie von Bedeutung, da ein erstes Mal die optische Vielfalt von Vulven wahrgenommen wurde. Dadurch dass das weibliche Geschlechtsorgan zwischen den Beinen liegt, ist die eigene Vulva nicht immer sichtbar für einen selbst und auch für andere nicht. So haben Frauen nicht oft die Möglichkeit, die Unterschiedlichkeit zu entdecken und sich von den medialen Idealbildern zu lösen.

**Der Austausch mit anderen Betroffenen** spielte für die TN eine sehr wichtige Rolle, da durch die Seltenheit der Erkrankung kein oder wenig Kontakt zu anderen Vulvakrebspatient:innen besteht. Das Gefühl, nicht allein in dieser Situation zu sein, sexuelle Probleme ansprechen zu können und daraus zu lernen, wie andere mit der Krankheit und den Folgen umgehen, ist ein großes Bedürfnis. Die Ergebnisse zeigen, dass es für alle interviewten Frauen in dem Kurs zu wenig Gelegenheiten für persönlichen Austausch gab (vgl. T2: 212; T6: 114), was die Kursleiterinnen als Anregung für die Planung weiterer Angebote berücksichtigen wollen.

**Die Kommunikation auf verbaler und sinnlicher Ebene in einer sexuellen Beziehung** trägt zum persönlichen Wohlbefinden und somit zur sexuellen Gesundheit bei (vgl. Beier/Loewit 2004: 37). Nach Rückmeldungen der interviewten Frauen, bietet der Kurs indirekt Möglichkeiten, um mit dem/der Partner:in erneut in sexuelle Kommunikation zu gehen. Der Fragebogen zum subjektiven sexuellen Erleben vor und nach der Behandlung (Anhang 10, S. 20) regt dazu an, das eigene Sexualleben zu reflektieren. Einige interviewte Frauen gaben die Rückmeldung, ihre Partner in diese reflexiven Prozesse mit einbinden zu wollen. Auf diese Weise kann Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse und Ängste stattfinden. Die Ergebnisse zeigen auch, dass der Kurs zu neuen sinnlichen Erfahrungen am eigenen Körper anregt, welche dann innerhalb der Partnerschaft integriert werden können. So berichtet T5, sie wolle das

Beckenkreisen mehr in ihren Alltag integrieren und auch einsetzen, bevor sie mit ihrem Mann sexuellen Kontakt hat, denn durch die erhöhte Durchblutung spüre sie Erregung (vgl. T5: 244).

**Die Wünsche der interviewten Frauen** waren individuell. Es kann festgehalten werden, dass alle Frauen Bedarf nach Austausch mit anderen Betroffenen haben. Sie möchten sich über Themen wie Sexualität und Veränderungen im sexuellen Erleben nach einer Behandlung austauschen und gegenseitige Hilfe in Anspruch nehmen. Die Enttabuisierung des Themas, „dass es nicht mehr so mit Scham behaftet ist“ (T1: 217), mehr gesellschaftliches Engagement, „dass es Artikel über Vulvakrebs gibt, die „in der Zeitung publik werden“ (T3: 332) sowie eine strukturierte Aufklärung über die Auswirkungen ist insbesondere drei Frauen ein Herzenswunsch. So vermutet T3, dass vielen Frauen viel erspart bleiben würde, wenn die Gesellschaft mehr über diese seltene Erkrankung mit doch verheerenden Folgen Bescheid wüsste (vgl. T7: 93).

Im Folgenden wird auf **Schwierigkeiten** hingewiesen und auf **mögliche Grenzen** des Kursangebotes eingegangen, die bei der Durchführung Beachtung finden sollten.

**Das Online-Format** bringt seine Vor- und Nachteile mit sich. Insbesondere die Körperinterventionen lassen sich online nicht so leicht begleiten und es bedarf einer guten Vorbereitung, damit die TN wissen, wie sie die Übungen durchführen sollen. Es müssen zwei Kursleiter:innen beteiligt sein, sodass eine die Anleitung spricht und die andere die Übung vormacht. Zudem ist es wichtig, einen Raum über Zoom oder Telefon anzubieten, sodass starke emotionale Betroffenheit aufgefangen werden kann, so betont T1, dass ihr die Backup-Möglichkeit Sicherheit gegeben habe (vgl. T1: 249).

Insbesondere **die Körperübungen können starke Emotionen verursachen**. Es gibt immer ein gewisses Risiko, die aufkommenden Gefühle einzelner in einer Gruppe nicht auffangen und nicht allen gerecht werden zu können. In einer Einzelsexualberatung kann intensiv auf das individuelle Bedürfnis einer Person eingegangen werden. Es bedarf aus diesem Grund nach jeder Übung einer Reflexion in der Gruppe, die eine Möglichkeit bietet, das Erlebte zu verarbeiten. Den Aussagen nach ist es von Bedeutung, dass jede TN etwas sagen kann, aber nicht muss: „Aber da habe ich ja auch beim Austausch wenig gesagt, weil das schon sehr intim war“ (T4: 272). Aus diesem Grund sollte den TN bei Bedarf die Möglichkeit einer Einzelberatung angeboten werden. Der Online-Kurs als sexuelles Bildungsangebot ist ein Ergänzungsformat und kann somit keine individuelle Sexualtherapie ersetzen.

**Die Einbindung des/der Partner:in** spielt eine zentrale Rolle bei der Wiederentdeckung und Verarbeitung des sexuellen Erlebens der betroffenen Person. Für die Paarsexualität ist von Bedeutung, dass beide Seiten über die Auswirkung auf Sexualität informiert und aufgeklärt werden. Auch der/die Partner:in ist gefordert, gewohnte sexuelle Abläufe (z. B. Geschlechtsverkehr) loszulassen und erneut zu lernen, welche sexuellen Interaktionen Möglichkeiten für

genussvolles Erleben bieten, denn potenziell ist der ganze Körper zu sinnlichem und sexuellem Erleben fähig (vgl. Zettl/Hartlapp: 159). Der Online-Kurs ist nicht für Paare ausgerichtet, da dann vermutlich das Einhalten eines geschützten Rahmens nicht gewährleistet wäre.

**Bei der Kursvorbereitung** stellte sich heraus, dass einige TN zu Beginn überrascht waren, selbst in Form von Austausch und Übungen aktiv sein zu müssen. Diesen Aspekt würde die Kursleitung in dem Infoschreiben und zu Beginn eines nächsten Kurses deutlicher kommunizieren. Der Kurs sollte über mindestens vier Wochen stattfinden, sodass genug Zeit für alle Themen bleibt, aber auch, wie gewünscht, für persönlichen Austausch. Im Herbst ist ein erweitertes Angebot für Brustkrebs- und Genitalkrebs erkrankte Personen geplant.

### **6.3 Fazit**

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die an Vulvakrebs erkrankten Frauen auf unterschiedlichen Ebenen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind und zum Teil traumatische Erfahrungen machen mussten, die evtl. hätten verhindert werden können.

Im Hinblick auf die erste Forschungsfrage zeigte sich bei allen interviewten Frauen, dass nach ihrer Behandlung ihr sexuelles Erleben massiv beeinträchtigt war, was zu großen Veränderungen der Einzel- und Paarsexualität führt. Durch weitreichende Eingriffe kommt es zu Empfindungsstörungen und zu optischen Veränderungen der Vulva, was zu einem negativen Selbstbild führt und dazu, dass sich Betroffene sexuellen Situationen ganz entziehen.

Vor diesem Hintergrund kann bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen des durchgeführten Online-Kurses zusammenfassend gesagt werden, dass das Programm den Ansprüchen sexueller Bildung entspricht und in seiner Ganzheitlichkeit alle von Valtl (2012) angesprochenen Ebenen einbezieht (siehe Kapitel 3.1). Die Enttabuisierung des Themas durch ein derartiges Angebot sowie das Reflektieren über die eigene Sexualität können einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen leisten. Der Kurs bietet sowohl auf kognitiver Ebene als auch durch sinnliche Erfahrungen über Körperübungen (in Anlehnung an Sexocorporel) die Möglichkeit, sich der eigenen Sexualität wieder anzunähern. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Bedarf an sexualtherapeutischer Beratung für Vulvakrebspatient:innen besteht und dass bisher bestehende Angebote nicht ausreichen. Der angebotene Online-Kurs stellt demnach eine große Bereicherung für die an Vulvakrebs erkrankten Frauen dar. Bei einzelnen der Teilnehmerinnen entwickelte sich darüber hinaus das Interesse an einer Einzelberatung. Das zeigt, dass neben Bildungsangeboten für Gruppen eine Sexualberatung im Kontext einer Vulvakrebserkrankung unabkömmlich ist. Denn Krankheitsverlauf, Probleme und Wünsche sind individuell.

## 7. Methodenkritik

Nachdem die Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargelegt und anschließend diskutiert wurden, will die Autorin in diesem Kapitel die Wahl der Methode und die Durchführung der Studie kritisch reflektieren.

Die Intention dieser vorliegenden Studie war es, durch qualitative Interviews mit Frauen, die an Vulvakrebs erkrankt sind und behandelt wurden, Informationen darüber zu bekommen, wie sich ihr genitales Selbstbild durch die Auswirkungen verändert hat. Das sexuelle Bildungsangebot (der Online-Kurs) hatte zum Ziel den teilnehmenden Frauen Möglichkeiten aufzuzeigen, sich der eigenen Sexualität erneut anzunähern.

### 7.1 Datenerhebung

Die Auswahl des qualitativen Vorgehens und die Durchführung semistrukturierter Interviews erwies sich im Rahmen dieser Arbeit als geeignet. Unter Berücksichtigung der Sensibilität und Intimität des Forschungsgegenstands hätte die Autorin anhand quantitativer Methoden keinen vergleichbaren, intimen Einblick in die subjektiven intimen Erlebenswelten der befragten Personen erhalten. Um diese persönlichen Erfahrungswerte analysieren zu können und abzubilden, welche Veränderungen nach den unterschiedlichen Behandlungsformen auf das sexuelle Erleben einwirken und welche Maßnahmen zur Stärkung des genitalen Selbstbilds beitragen können, eigneten sich semistrukturierte Interviews. Die offene Herangehensweise der semistrukturierten Interviews ermöglichte es, neue Themenfelder zu betrachten und bei den behandelten Themen in die Tiefe zu gehen.

Die Durchführung der Online-Interviews über ‚Riverside‘ forderte eine gute Vorbereitung, da der Umgang mit neuen Programmen häufig eine Herausforderung darstellt, was sich im Voraus für manche Interview-TN als zusätzliche Belastung erwies. Über Sexualität zu sprechen war für die TN eine emotionale Angelegenheit und sie sollten sich im Setting sicher fühlen und sich so wenig, wie möglich technischen Komplikationen aussetzen müssen. Die Interviewten wurden durch Erzählimpulse aufgefordert, von sich zu berichten. Der Interviewleitfaden (Anhang: 5) gab der Interviewerin eine inhaltliche Struktur und half ihr bei der Steuerung des Interviews. Die Fragen zu Beginn (zur Diagnose und Behandlung) nahmen bei allen relativ viel Zeit in Anspruch, sodass die Autorin manche interviewten Personen an dieser Stelle behutsam unterbrechen musste, um auf die nächsten Themenfelder zu sprechen zu kommen. Insbesondere bei intimen Themen, wenn es um den eigenen Orgasmus oder die eigene Selbstbefriedigung ging, fiel es ihr schwer, bei den offenen Fragestellungen zu bleiben. In diesem Themengebiet hielten sich manche befragten Personen wahrscheinlich aus Scham mit dem offenen Erzählen zurück und warteten die nächste Frage ab. Die Herausforderung für die Autorin war, an dieser Stelle das Interview mit Steuerungsfragen aufrechtzuerhalten und trotzdem

offen zu fragen (vgl. Helfferich 2011: 181). Dies ist war ein langer Lernprozess und ist mit Routine und mit Übung verbunden.

Bei einigen Interviews kam es zu Situationen, in denen die TN emotionale Betroffenheit zeigten. Da die Autorin Erfahrung im therapeutischen Setting hat und gelernt hat, sich über Atmung und Bewegung selbst zu regulieren, konnte sie auch in solchen Situationen mit Verständnis und Anteilnahme, jedoch auch mit einer inhaltlichen Klarheit das Interview aufrecht-erhalten.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass alle TN sich darüber bewusst waren, dass ihre Aussa-gen für die Verwendung einer wissenschaftlichen Arbeit genutzt werden. Tendenzen zu Ant-worten, die der ‚sozialen Erwünschtheit‘ entsprechen, und leichte Verfärbungen des Geäußer-ten sind daher nie auszuschließen (vgl. Wischmann 2013: 115)

## **7.2 Rekrutierung und Stichprobe**

Aufgrund des spontanen gewünschten (evtl. an anderer Stelle erläutern) Themenwechsels dieser Masterarbeit, hatte die Autorin nur 4 Wochen Zeit für die Rekrutierung der an der Studie beteiligten Personen. Zudem war das Zeitfenster für das Online-Kursangebot sehr klein. Der Rekrutierungsprozess gestaltete sich demnach etwas komplizierter als angenommen. Die an Vulvakrebs erkrankten Personen mussten einerseits ihre Bereitschaft für ein Interview, ande-rerseits auch für die Teilnahme an dem zweiteiligen Online-Kurs erklären. Zusätzlich wurde ihnen Offenheit für ein sehr intimes Thema abverlangt: Einerseits die Konfrontation mit den Auswirkungen ihrer Krankheit auf die eigene Sexualität, andererseits offen für Übungen zu sein, die emotional herausfordernd sind.

Es gab Rückmeldungen per E-Mail von Frauen, die gern das Interview gegeben hätten, sich jedoch nicht bereit für die Teilnahme an dem Online-Kurs fühlten. Andere wiederum woll-ten gerne teilnehmen, konnten es zeitlich aber nicht einrichten. Es meldeten sich fünf Frauen verbindlich an. Um einer mindest-Stichprobengröße von mindestens 6 Teilnehmenden zu ent-sprechen (vgl. Helfferich 2011: 175) entschied sich die Autorin dazu, einen zweiten Kursdurch-gang anzubieten. Auf diese Weise konnte sie vier weitere Frauen für ihre Studie gewinnen, von denen letztendlich aber nur zwei teilnahmen. Ein weiterer Faktor, der potenziell(e) Teilneh-mende abschreckte, war das Angebot über den Online-Weg. Manche fühlten sich bezüglich ihrer Computer-Kompetenzen zu unerfahren und fanden eine Beteiligung über Zoom zu her-ausfordernd.

Die Umstellung des Kursangebotes von Präsenz zu online entschied sich erst zwei Wochen vor Kursbeginn, sodass der Aufruf (Anhang 3 und 6) relativ kurzfristig spontan umgestaltet werden musste. Die Unterstützung von Birte Schlinkmeier und die Kontaktherstellung zu den Betroffenen über die Online-Netzwerke ermöglichte eine breitere Streuung der Ausschreibung. Sie war die Schlüsselperson (vgl. Helfferich 2011: 157) für das Zugangsfeld. Das

Onlineangebot und die Verbreitung des Informationsmaterials über Gynäkologische Netzwerke Deutschlandweit erweiterten die Stichprobengröße.

Insgesamt ist kritisch anzumerken, dass sich selbstverständlich die Aussagen der sieben TN nicht auf alle Vulvakrebs erkrankten Frauen übertragen lassen. Es ist zudem davon auszugehen, dass an dieser Studie nur Betroffene teilgenommen haben, die keine Schwierigkeiten haben, offen über ihre Sexualität zu sprechen. So lassen sich anhand dieser Stichprobe eher Tendenzen und wichtige Themen für weitere Forschungsarbeiten ableiten

### **7.3 Datenerhebung und -auswertung**

Bei der Interviewführung stellt sich heraus, dass der Leitfaden einen sehr großen Schwerpunkt auf die erste Forschungsfrage gesetzt hat, auf das Erleben der Krankheit und auf die Sexualität vor der Erkrankung und Veränderung nach Behandlung. Für die zweite Forschungsfrage blieb in den meisten Interviews nicht so viel Zeit und die Antworten der Interviewten waren knapp. Die Autorin hätte den Leitfaden so gestalten sollen, dass zu den einzelnen Übungen ausführlichere Antworten zum körperlichen Erleben bekommen hätte.

Da das Gesprochene direkt während der Interviews von dem Computerprogramm ‚Riverside‘ aufgezeichnet wurde, kam es zu ein paar einigen Fehlern innerhalb des Textes. Manche Wörter transkribierte das Programm nicht korrekt, auch einzelne Sätze waren nicht korrekt durch Kommata und Punkte getrennt. Dies erforderte bei der Überarbeitung einen höheren Arbeitsaufwand als erwartet. Durch die so genannte ‚Glättung‘ in der Überarbeitung und dadurch, dass die nonverbale Kommunikation im Transkript nicht erfasst werden konnte, sind kleine Verluste einzelner Informationen möglich. Es ist nicht auszuschließen, dass bei der Darlegung und bei der Diskussion der Ergebnisse Aussagen falsch interpretiert wurden oder es zu Verzerrungen kam, da die Daten von nur von einer Person ausgewertet wurden und somit keine völlige Objektivität gewährleistet werden kann.

Die Strukturierung von Text und Kategorien nahm die Autorin in der Auswertungsphase mit dem Software-Programm MAXQDA vor. Der deduktive Kategorienleitfaden erwies sich beim ersten Durchgang als ein gutes Ordnungssystem für die Textanalyse. Die von der Autorin entwickelten Codes und Subcodes und ihre jeweiligen Definitionen (Memos) erwiesen sich als hilfreich, um die Menge an Material zu reduzieren. Nachdem die Autorin die Texte ein erstes Mal durchgelesen und die Inhalte den jeweiligen Kategorien zugeordnet hatte, nahm sie direkt vor dem zweiten Durchgang kleine Änderungen im Kategoriensystem vor. So konnte sie Kategorien bündeln und übersichtlicher gestalten, da sich beim ersten Lesen schon induktive Kategorien ergaben, die einsortiert werden mussten.

Die Autorin versuchte bei ihren ethischen Überlegungen zum Forschungsvorgehen, alle Risiken zum Schutz der interviewten Personen zu bedenken und hat sich bezüglich des Datenschutzes mit der Einwilligungserklärung (Anhang 9) abgesichert. Im Nachgang wäre es noch

sicherer gewesen, der Erklärung eine weitere Passage hinzuzufügen, die das erhöhte Risiko der gegenseitigen Rückführbarkeit auf einzelne TN schriftlich festhält.

Zusammenfassend ist die Autorin der Meinung, dass ihre methodischen Entscheidungen zur Erhebung und Auswertung dieser qualitativen Studie den Forschungsansprüchen weitestgehend entsprachen. Die beschriebenen kleineren Komplikationen sind mit der fehlenden Routine der Forschenden zu begründen. Sie verfälschen die Ergebnisse jedoch nicht, sodass diese Studie weitere Forschungsprozesse anregen kann.

## 8. Abschluss und Ausblick

Abschließend möchte die Autorin Anregungen geben, welche politisch-gesellschaftlichen und medizinischen Maßnahmen dazu beitragen können, dass die negativen Auswirkungen von Vulvakrebs auf das sexuelle Erleben und das genitale Selbstbild von betroffenen Frauen verringert werden. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, insbesondere der Gesundheitspolitik, sich dieses Themas anzunehmen und zur Verbesserung der Lebensqualität beizutragen. An dieser Stelle werden Konsequenzen für Gynäkolog:innen, Psychoonkolog:innen und Sexolog:innen angesprochen und entsprechende Maßnahmen vorgeschlagen.

Die Früherkennung von Vulvakrebs spielt eine zentrale Rolle, um zum einen eine Heilung zu erzielen und zum anderen die Eingriffe an Vulva und Vagina möglichst gering zu halten. Hierfür ist es wichtig, dass Gynäkolog:innen und Dermatolog:innen um die Erkrankung wissen und deren Auswirkungen auf das Sexualleben der Betroffenen ernst genommen werden. Verbunden mit der Seltenheit dieser Erkrankung zeigt sich ein Ausbildungsdefizit. Zudem sind Gynäkolog:innen in der Symptomerkennung nicht routiniert. In der Diversität, in der sich Vulvakrebs abbildet, zeigt sich, dass dessen Symptome mit Pilzerkrankungen oder unterschiedlichen Geschlechtskrankheiten verwechselt werden. Mit Zunahme der Erkrankung, auch jüngerer Personen (vgl. RKI 2021), sollten Strukturen innerhalb der gynäkologischen Ausbildung geschaffen werden, die über das Krankheitsbild und die massiven Auswirkungen auf das sexuelle Erleben der Betroffenen informieren.

Auch der Zeitfaktor innerhalb der gynäkologischen Sprechstunde ist für die Symptomerkennung maßgebend. Die enge Taktung bei der Untersuchung pro Patient:in, erschwert nach Aussagen von Gynäkolog:innen eine gründliche Untersuchung. Hierzu gehöre es, sich die Schleimhäute mit einem Mikroskop anzuschauen, um evtl. mit einer Essigtinktur mögliche auffällige Stellen zu erkennen, was über den zeitlichen Rahmen einer Routineuntersuchung hinausgeht.

Aufgrund steigender Zahlen von HPV-Infektionen, gewinnt Vulvakrebs in der medizinischen Ausbildung mittlerweile an Wichtigkeit. Weil die bisher angebotenen Dysplasiesprechstunden völlig überfüllt sind, wäre ein Lösungsansatz, diese zu dezentralisieren und vermehrt in die niedergelassenen Praxen zu integrieren. Für die Umsetzung neuer Strukturen werden mittlerweile spezialisierte Weiterbildungen für die Gynäkolog:innen angeboten<sup>20</sup> und finanzielle Anreize geschaffen, um die Bereitschaft zu erhöhen, ein Kolposkopie-Diplom zu erwerben.

Die Behandlungsergebnisse mit den etablierten Verfahren sind noch immer unbefriedigend und hinterlassen eine veränderte Optik der Vulva und häufig große Einschränkungen in der sexuellen Funktion. Auf Grund dessen sollte es im Hinblick auf die Behandlung und Operationen des Vulvakarzinoms eine Spezialisierung geben. Nach der Tumorentfernung sollte in der gleichen OP eine Rekonstruktion der Vulva stattfinden, sodass den Patient:innen „dadurch der

---

<sup>20</sup> Vgl. <https://www.ag-cpc.de/kolposkopiediplom-und-zertifizierung/>

traumatisierende Verlust des weiblichen Erscheinungsbildes erspart bleibt und das allgemeine Operationsrisiko sowie das Risiko von Wundheilungsstörungen auf eine OP reduziert werden“ (Selka 2023).

Neuere operative Therapien wie die Vulvafeldresektion müssen unterstützt und in der Ausbildung gelehrt werden. Diese haben bei der Erprobung an über 100 Patient:innen zu einem bedeutend besseren klinischen Ergebnis geführt und werden am Universitätsklinikum Essen angeboten (vgl. UK-Essen 2016).

Eine offene Kommunikation über Sexualität im Zusammenhang mit einer Vulvakrebsdiagnose ist wichtig, sodass bei Betroffenen die Hemmschwelle sinkt, Fragen bezüglich sexueller Themen oder Unsicherheiten zu stellen. Voraussetzung dafür ist, dass Fachärzt:innen des gynäkologisch-onkologischen Bereichs die Kompetenzen besitzen, zum einen über operative Maßnahmen und Folgen aufzuklären und zum anderen keine Scheu haben, sexuelle Themen anzusprechen, um Betroffene auf mögliche Auswirkungen gut vorzubereiten. Da auch auf Seiten des medizinischen Fachpersonals Scham besteht, wenn sexuelle Themen angesprochen werden müssen, sollte die Kommunikation über Sexualität und die sexuellen Auswirkungen einer Erkrankung fester Bestandteil der Ausbildung sein. In den Gesprächen mit den interviewten Frauen stellte sich heraus, dass es den Frauen leichter fiel, sexuelle Themen anzusprechen, wenn die behandelnde Ärztin eine Frau war. So kann es bedeutsam sein, dass genügend Ärztinnen ausgebildet werden, die sich auf Vulvakrebs spezialisieren.

Weiterhin müssen Strukturen der Beratung geschaffen werden, sodass alle Patient:innen nach der Diagnose Vulvakrebs Informationen über psychosoziale Unterstützungsangebote erhalten. Die Erfassung psychosozialer Belastungen sollte in interdisziplinärer Zusammenarbeit geschehen und in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein (vgl. Mehnert-Theuerkauf 2020: 117). Auch in der Rehabilitationsphase müssen sowohl Angebote psychoonkologischer Interventionen als auch Sexualberatungen fester Bestandteil einer Vulvakrebstherapie sein. So können Ärzt:innen auf vorhandene unterstützende Angebote hinweisen und sich damit Entlastung schaffen.

Die Einbindung paartherapeutischer Prozesse kann erheblich zum persönlichen Wohlbefinden und zur Genesung beitragen und bei der Bewältigung von sexuellen Problemen innerhalb einer Beziehung unterstützen. Paartherapeutische Interventionen sind auch deshalb wichtig, damit die erkrankte Person sexuelle Probleme nicht als ihr persönliches Versagen empfindet. Beide Seiten einer Paarbeziehung müssen Verantwortung übernehmen und lernen, mit Veränderungen auf sexueller Ebene umzugehen.

Ressourcenorientierte Therapien, wie körpertherapeutische Verfahren und die Sexualberatung nach ‚Sexocorporel‘ sollten für Vulvakrebspatient:innen mit ihrem ganzheitlichen Blick auf die Sexualität eines Menschen für alle Betroffenen zugänglich sein. Bisher gibt es in Deutschland jedoch nur wenig qualifizierte Sexualtherapeut:innen. Zudem werden die Kosten nach den geltenden Richtlinien nicht von den Krankenkassen übernommen. Das sollte gesetzlich geändert werden und es sollten mehr Ausbildungsplätze für Sexualtherapeut:innen geschaffen

werden. Mamié (2017b) plädiert für die Ausbildung von Onko-Sexolog:innen, die mit der sexocoporellen Methode arbeiten (Mamié 2017b: 257).

Die Enttabuisierung der Sexualität spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Es besteht ein großer gesellschaftlicher Bedarf an Aufklärung über weibliche Sexualität und Lustempfinden. Sexuelle Bildungsangebote können dabei unterstützen, dass Frauen die Möglichkeit bekommen, ihre bisherige Sexualität zu hinterfragen und neue Lernschritte auszuprobieren. Sexuelle Bildung sollte ebenso Bestandteil des fächerübergreifenden Unterrichts an Schulen sein. Eine frühe Aufklärung über die Anatomie von Vulva und Vagina und die Bedeutung des Klitorisorgans und ihre Funktion kann dazu beitragen, dass sich Frauen viel selbstverständlicher mit ihrem Lustempfinden und Formen der Selbstbefriedigung auseinandersetzen und diese nach außen hin kommunizieren.

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser qualitativen Studie könnten folgende Aspekte in weiteren Forschungsarbeiten in den Blick genommen werden:

1. Wie können die in dieser Arbeit angesprochenen Vorschläge und Maßnahmen zur Enttabuisierung von Sexualität im Zusammenhang mit Vulvakrebs in den Behandlungsprozess integriert werden?
2. Wie können Strukturen geschaffen werden, die eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sexolog:innen, Mediziner:innen und Psycholog:innen während der Therapie ermöglichen?
3. Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, damit Sexualberatung nach Sexocorporell stationär und ambulant etabliert werden kann?
4. Wie können die Bedürfnisse zunehmend junger Vulvakrebspatient:innen mit Kinderwunsch in der Therapie berücksichtigt werden?

## 9. Literaturverzeichnis

Ackermann, S. (2018): Vulväre intraepitheliale Neoplasien (VIN). In Schnürch, H.-G.; Hampl, M.; Wölber, L. (Hrsg.) Tumorerkrankungen der Vulva und Vagina. Leitlinienbasiertes Handbuch (S. 29-51). Springer-Verlag.

Aigner, J. C. (2013): Vorsicht Sexualität! Sexualität in Psychotherapie, Beratung und Pädagogik – eine integrative Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Ahmadi, M./ BMG (2020): Vulvakarzinom. (online): <https://gesund.bund.de/vulvakarzinom#ursachen> (Zugriff: 12.9.2022).

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) (2015): Vulvakrebs. Eine Leitlinie für Patientinnen. (online): [https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/\\_leitlinien/kommission\\_vulva-vagina/360\\_Vulvakrebs\\_Patientinnenleitlinie.pdf](https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_leitlinien/kommission_vulva-vagina/360_Vulvakrebs_Patientinnenleitlinie.pdf) (Zugriff: 3.6.2023).

Baccio, G. (2021): Hand drauf! Ein Plädoyer für die weiblich Masturbation. München: Verlag komplett-Media GmbH (3. Aufl.).

Balmer, Vera (2008): Sexualität im weiblichen Lebenslauf. Weinheim/Basel: Juventa-Verlag.

Basson, R. (2001): Human sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapie*, 27 (1), 33-34. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831> (Zugriff: 20.6.2023)

Barinoff (2020): Vulvakarzinom. In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.) (2020): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen (S. 61-64). Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.

Beier Loewit (2004): Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

Bischof, K. (2008). Orgasmusstörungen der Frau. In Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis (S. 1–29). Zürich: Pfizer AG. (online): [https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/orgasmusstoerungen\\_der\\_frau.pdf](https://www.ziss.ch/site/assets/files/1045/orgasmusstoerungen_der_frau.pdf) (Zugriff: 18.09.2023).

Bischof, K. (2010). Vaginismus und Dyspareunie der Frau. In: P. Gehrig & K. Bischof (Hrsg.), Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis. Zürich: Pfizer AG. In Leitfaden Sexualberatung für die ärztliche Praxis. Zürich: Pfizer AG.

Bischof, Karoline. (2012b). Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens. In *pleasure and health, Proceedings of the Nordic Association for Clinical Sexology NACS* (S. 59–68).

Bischof, K. (2016). Lust auf Sex durch Lust am Sex - das Begehren und die Neurophysiologie der Erotik. In Eck, A. (Hrsg.) *Der erotische Raum. Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie* (S. 183-198) Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Bischof, K., Bischhof-Campbell, A., Klambacher, V., Strahlberg S. (2020): Ausbildung in Sexocorporel Heft 1. Zürich: ZISS 2020.

Bischof-Campbell, A. (2012): Das sexuelle Erleben von Frauen als Spiegel ihres sexuellen Verhaltens. Masterarbeit. Universität Zürich, Philosophische Fakultät.

Bitzer, J. (2016): Sexualität und Verhütung-zwischen Befreiung und Entfremdung. In Eck, A. (Hrsg.) *Der erotische Raum. Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie*, (S. 199-205) Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Böhm, A. (2023). Know your V - Der Einfluss gezielter sexueller Bildung zur Vulva auf das genitales Selbstbild erwachsener Cis-Frauen. Masterarbeit. Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.

- Brockmeyer, N. (2012): Sexuelle Gesundheit – vielmehr als Abwesenheit von Krankheit (online): [http://www.sexuologie-info.de/pdf/Bd.19\\_2012\\_2.pdf#page=5](http://www.sexuologie-info.de/pdf/Bd.19_2012_2.pdf#page=5) (Zugriff: 10.8.2023).
- Clement, U. (2021): Dynamik des Begehrens: Systemische Sexualtherapie in der Praxis Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH (3. Aufl.).
- Clement, U. (2014): Systemische Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag (6. Aufl.).
- Collier, F. (2016): Chronic disease and sexuality, a taboo for caregivers. *Revue de l'Infirmiere*, Bd. 65, Nr.222, S. 14–16, (online): doi:10.1016/j.revinf.2016.04.002 (Zugriff: 20.8.2023).
- Desjardins, J.-Y. (1986): L'approche sexo-corporelle: fondements théorétiques et schamps d application. *Psychothérapies*, Bd. 6, Nr. 1, S. 51-58 (online): [https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=29294](https://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=29294) (Zugriff: 8.9.2023).
- Deutsche Krebsgesellschaft (2015): Brennpunkt Onkologie: Langzeitüberlebende nach Krebs – oder: Wie lange ist ein Patient ein Patient? (online): <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/gesundheitspolitik/survivorship-oder-wie-lange-ist-ein-patient-ein-pa.html> (Zugriff 8.9.2023).
- Deutsche Krebshilfe (2015): Krebs und Sexualität. Informationen für Betroffene und Partner. (online):[https://www.frauenselbsthilfe.de/\\_Resources/Persistent/e9ac0cdf823404e15c71ca9ed59b7d5fac3536a2/2017-06-FSH\\_Krebs%2BSexualit%C3%A4t-final.pdf](https://www.frauenselbsthilfe.de/_Resources/Persistent/e9ac0cdf823404e15c71ca9ed59b7d5fac3536a2/2017-06-FSH_Krebs%2BSexualit%C3%A4t-final.pdf) (Zugriff: 29.6.2023).
- DKFZ (2021): Weibliche Sexualität und Krebs. Ein Ratgeber für Patientinnen und ihre Partner oder ihre Partnerinnen. (online): <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/iblatt/krebspatientin-sexualitaet.pdf?m=1656325207&> (Zugriff: 23.8.23).
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. (online): <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5> (Zugriff: 7.7.2023).
- Dudle, S. (2017): Weibliche Sexualität im Kontext einer Brustentfernung (Ablatio Mammae). Sexuelles Erleben von Frauen im gebärfähigen Alter vor einer Krebserkrankung und ein Jahr nach einer Brustentfernung und die Bedeutung der Sexualberatung. Masterarbeit. Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.
- Dudle, S., Häusermann, S. (2017): Sexualität und Krebserkrankung - ein herausforderndes Spannungsfeld, *Gynäkologisch-onkologische Pflege*, hogrefe Verlag, (online): [http://www.claudia-wild.de: Senn Lehrbuch\\_Gynaekologische\\_Onkologie 01 \[Erstumbruch\] /19.10.2017/ S.225-238](http://www.claudia-wild.de: Senn Lehrbuch_Gynaekologische_Onkologie 01 [Erstumbruch] /19.10.2017/ S.225-238) (Zugriff: 9.6.2023).
- Ecker, D. (2020): Die „innere lustvolle Frau“. Prozessorientierte Sexualtherapie für Frauen mit sexueller Unlust. Tübingen: dgvt Verlag.
- Emcke, C. (2018): *Wie wir begehren*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH.
- Erb, C.; Klinger D. (2004) *Mysterium Masturbation. Wenn sich Frauen selbst lieben*. Frankfurt am Main. Peter Lang.
- Fahrtmann, J. (2020): Bedeutung von Lebensqualität und Sexualität in historischer Betrachtung. (S. 1-19) In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.): *Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen* (S. 1-19). Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.
- Fehm, T. (2020): Option der Hormonersatztherapie (HRT) bei Frauen mit marmakarzinom oder gynäkologischen Tumoren. In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.): *Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen* (S. 85-98). Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.

- Fogel, A. (2013): Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie. Vom Körpergefühl zur Kognition. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Flamme, L. R. (2019): Sexuelle Selbstsicherheit als Entwicklungsaufgabe nach Sexocorporel: Eine qualitative Untersuchung. Masterarbeit, Hochschule Merseburg, (Online): <https://141.48.10.209/handle/1981185920/31850> (Zugriff: 10.03.2023)
- Galgut, C. (2022): Cancer Survivorship. Wie man Krebserkrankungen überleben und die Langzeitfolgen bewältigen kann. Bern: Hogrefe Verlag.
- Gehrig, P. (2013): Das Konzept des Sexocorporel. ZISS-Zürcher Institut für klinische Sexologie & Sexualtherapie. (Online): <https://ziss.ch/sexocorporel/grundlagen.htm/>, (Zugriff: 22.3.2023).
- Hahn, S. (2020): Warum ist das Reden über Sexualität immer noch schwierig? - Kommunikation und Tabuthema. In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen (S. 21-29) Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.
- Hartmann, U. (2016): BMGF - Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzbarkeit. In Sexuelle Gesundheit (2017), Tagungsbericht. (S.16-19) Wien ISBN: 978-3.
- Hasenburg, A. (2020): Sexualität nach Ovarialkarzinom: Chancen und Lebensqualität. In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen (S. 65-83) Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.
- Helferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer GmbH (4. Aufl.).
- Henning, A. M. (2017): Make love. Ein Aufklärungsbuch. München: Goldmann Verlag (6. Aufl. 6).
- Henning, A. M. (2019): Make more love. Ein Aufklärungsbuch für Erwachsene. Berlin: Goldmann Verlag.
- Hennig, A. M. (2019): Das genitale Selbstbild der Frau: Theoretisch-empirische Studie Masterarbeit. Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.
- Hierholzer, S. (2021). Basiswissen Sexualpädagogik. München: Ernst Reinhardt-Verlag.
- Kaplan, H. S. (1979): Disorders of Sexual Desire. New York, USA: Simon & Schuster.
- Komisaruk, B.; Nasserzadeh, S.; Whipple, B.; Beyer-Flores, C. (2012): Orgasmus. Was sie schon immer wissen wollten. Bern: Hans Huber Verlag.
- Kossat, J. (2018): Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen. München: Elsevier GmbH.
- Küchenhoff, J., Agarwalla, P. (2012): Körperbild und Persönlichkeit. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag (2. Aufl.).
- Künzler, A., Lenz, S. (2010): Psychoonkologie. In Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R., Nussbaum, M.-H., (Hrsg.): Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog, (S. 261-273). Heidelberg, Springer-Medizin Verlag.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2020): Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Läuger, A. (2019): „Da unten“. Über Vulven und Sexualität. Münster: Unrast Verlag.

- Leykauf, M. (2023): Die Vagina als erotisch erlebter Raum. Masterarbeit. Hochschulbibliothek, Hochschule Merseburg.
- Mamié, Stefan. (2017a). Onko-Sexologie, Schweizer Krebsbulletin (2), (S.160–162)
- Mamié, Stefan. (2017b). Behandlungsoptionen bei sexuellen Folgeproblemen nach Krebs. Krebsbulletin Nr. 3, (S. 256–259).
- Mamié, Stefan. (2017c). Onko-Sexologie 3. Die Versorgung sexueller Probleme nach Krebs Schweizer Krebsbulletin Nr. 4,339-342.
- Masters, E./Johnson, V. (1969): Undue distinction of sex. In: N Engl J Med Bd. 281, Nr. 25, S. 1422–1423.
- Mayring, P. (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz. (13. Aufl.).
- Mehnert-Theuerkauf (2020): Psychoonkologische Unterstützung. In: Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hg.) (2020): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen, (113-123). Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.
- Mérrit; L. (2020): Frauenkörper neu gesehen Berlin: Orlando Frauenverlag. (2. Aufl.).
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2019). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 105–123). Springer Fachmedien Wiesbaden (online): [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_7) (Zugriff: 7.6. 2023)
- Montagu, A. (1997): Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen Stuttgart: Klett-Cotta.
- Österreichische Krebshilfe (2019): Sexualität und Krebs. (online): [https://www.krebs-hilfe.net/fileadmin/user\\_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet\\_und\\_Krebs\\_2019\\_\\_Web.pdf](https://www.krebs-hilfe.net/fileadmin/user_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet_und_Krebs_2019__Web.pdf) (Zugriff: 23.8.23).
- Quindeau, I. (2019). Sexualität. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Reinders, L. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- RKI (2021): Robert Koch Institut (2021): Krebs der Vulva: Humane Papillomviren sind häufig Auslöser, RKI, (online): [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Vulvakrebs/vulvakrebs\\_node.html;jsessionid=D3603C5DC9D170FFF0269A7EEE384F00.internet092](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Vulvakrebs/vulvakrebs_node.html;jsessionid=D3603C5DC9D170FFF0269A7EEE384F00.internet092) (zugriff: 18.9.2023).
- Rose, H.-S. (2017): Whats fappening? Eine Untersuchung zur Selbstbefriedigung im 21. Jahrhundert. Gießen: Psychosozialverlag.
- Ruppert, F. (2019): Liebe, Lust und Trauma. Auf dem Weg zur gesunden sexuellen Identität. München: Kösel-Verlag.
- Schaum (2021): Sexualität nach Vulvakrebs, GFMK GmbH & Co. KG, (online): <https://www.curado.de/sexualitaet-vulvakrebs-24088> (Zugriff: 01.07.23).
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N. & Zucker, A. N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. Psychology of women quarterly, 34(3), (S.394-404.)

- Schifftan, D. (2016): Ausweitung der Lustzone – Wie Frauen ihren Weg zum Orgasmus finden. In: Eck, A. (Hrsg.) Der erotische Raum. Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie (S.166–178) Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Schnarch, D. (2015): Intimität und Verlangen. Sexuelle Leidenschaft in dauerhaften Beziehungen. Stuttgart: Deutschland: Klett-Cotta (6.Aufl.).
- Schnarch, D. (2012): Die Psychologie der Leidenschaft. München: Piper Verlag.
- Schoenberg, M. H. (2016): Aktiv leben gegen Krebs. Heilungschancen und Lebensqualität verbessern durch Bewegung, Ernährung und eine stabile Psyche. München/Berlin: Piper Verlag.
- Scurlock-Durana, S. (2019): Bewusst Körper Sein. Saarbrücken: Neue Erde-Verlag.
- Selka, E. (Hrsg.) (2019): Broschüre Vulvakarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe, (7. Aufl).
- Selka, E. (2023): Vulvakarzinom-Hilfe zur Selbsthilfe. (online): <https://vulvakarzinom-shg.de/fachinformationen-vulvakarzinom/schonende-op-vulvakarzinom-vin/> (Zugriff: 13.9.23).
- Siedentopf, F. (2020): Wie geht es den Partnern in homo- und heterosexuellen Beziehungen? In: Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hg.) (2020): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen, (S. 126-135) Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.
- Sigusch, V. (2013): Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten. Frankfurt: Campus Verlag.
- Sielert, U. (2015): Einführung in die Sexualpädagogik. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag, (2. Aufl.).
- Sparmann, J. (2015): Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen. Eine interdisziplinäre Einführung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sparmann, J. (2018): Lustvoll körperwärts. Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sonnenmoser, M. (2004): Dissoziative Störungen: Häufig fehlgedeutet. In: Deutsches Ärzteblatt PP 8/2004. (online): <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43054/Dissoziative-Stoerungen-Haeufig-fehlgedeutet> (Zugriff: 01.09.23).
- Stirn, A.; Pika, C. (2016): Nur die schönen Vögel sperrt man in Käfige“? Das Streben nach dem dem perfekten Körper und seine Folgen. In Eck, A. (Hrsg.), Der erotische Raum. Fragen der weiblichen Sexualität in der Therapie (S. 152-165). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Sztenc, M. (2020): Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel. Stuttgart. Schattauer-Verlag.
- Universitätsklinikum Essen (2016): Anatomische Rekonstruktion: Wiederherstellung von Funktion, Ästhetik und Empfinden, UK Essen, Deutschland: (online): <https://frauenklinik.uk-essen.de/index.php?id=393> (Zugriff: 20.9.2023).
- Valtl, K. (2006): Sexuelle Bildung als neues Paradigma einer lernzentrierten Sexualpädagogik für alle Lebensalter. Tagung Sexuelle Bildung entsteht in Zürich. pdf (online): [https://www.isp-sexualpaedagogik.org/downloadfiles/Vortrag\\_Karlheinz\\_Valtl.pdf](https://www.isp-sexualpaedagogik.org/downloadfiles/Vortrag_Karlheinz_Valtl.pdf) (Zugriff: 15.07.2023).
- Vilkama, A. (2023): Vulvakarzinom – Aspekte weiblicher Sexualität in Kontext einer Vulvakarzinomerkrankung. Hochschule Merseburg.
- Voß, H.-J. (2023): Einführung in die Sexualpädagogik und Sexuelle Bildung. Basisbuch für Studium und Weiterbildung. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

Weis, J. (2020): Tumorassoziierte Fatigue bei Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität. In Hasenburg, A., Schwab, R., Farthmann, J. (Hrsg.): Sexualität nach gynäkologischen Erkrankungen. Berlin/Boston: de Gruyter-Verlag.

World Health Organization (WHO). (1997): WHOQOL Measuring Quality of Life. World Health Organization – Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.

World Health Organization (WHO). (2006). Definition „sexuelle Gesundheit“. (online): [www.euro.who.int/de/health-topic/life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition](http://www.euro.who.int/de/health-topic/life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition) (Zugriff: 10.7.2023)

Zettl, S.; Hartlapp, J. (2008): Krebs und Sexualität. Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner. Berlin: Weingärtner.

## 10. Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Abbildung Sexocorporel-Modell	109
Anhang 2: Informationsschreiben an die Reha-Klinik	110
Anhang 3: Infolyer Online-Kurs	112
Anhang 4: E-Mail an Teilnehmende nach Anmeldung	113
Anhang 5: Interviewleitfaden zum Forschungsvorhaben	114
Anhang 6: Teilnahmeaufruf über Instagram	116
Anhang 7: E-Mail-Anleitung zum Tool Riverside	117
Anhang 8: Transkriptionsregeln	118
Anhang 9: Einverständniserklärung	119
Anhang 10: Materialien zum Onlinekurs	120

### Externer Anhang (Band II)

Kategoriensystem

Codebuch mit Memos

Transkripte 1-7

## 11. Anhänge

### Anhang 1: Abbildung Sexocorporel-Modell

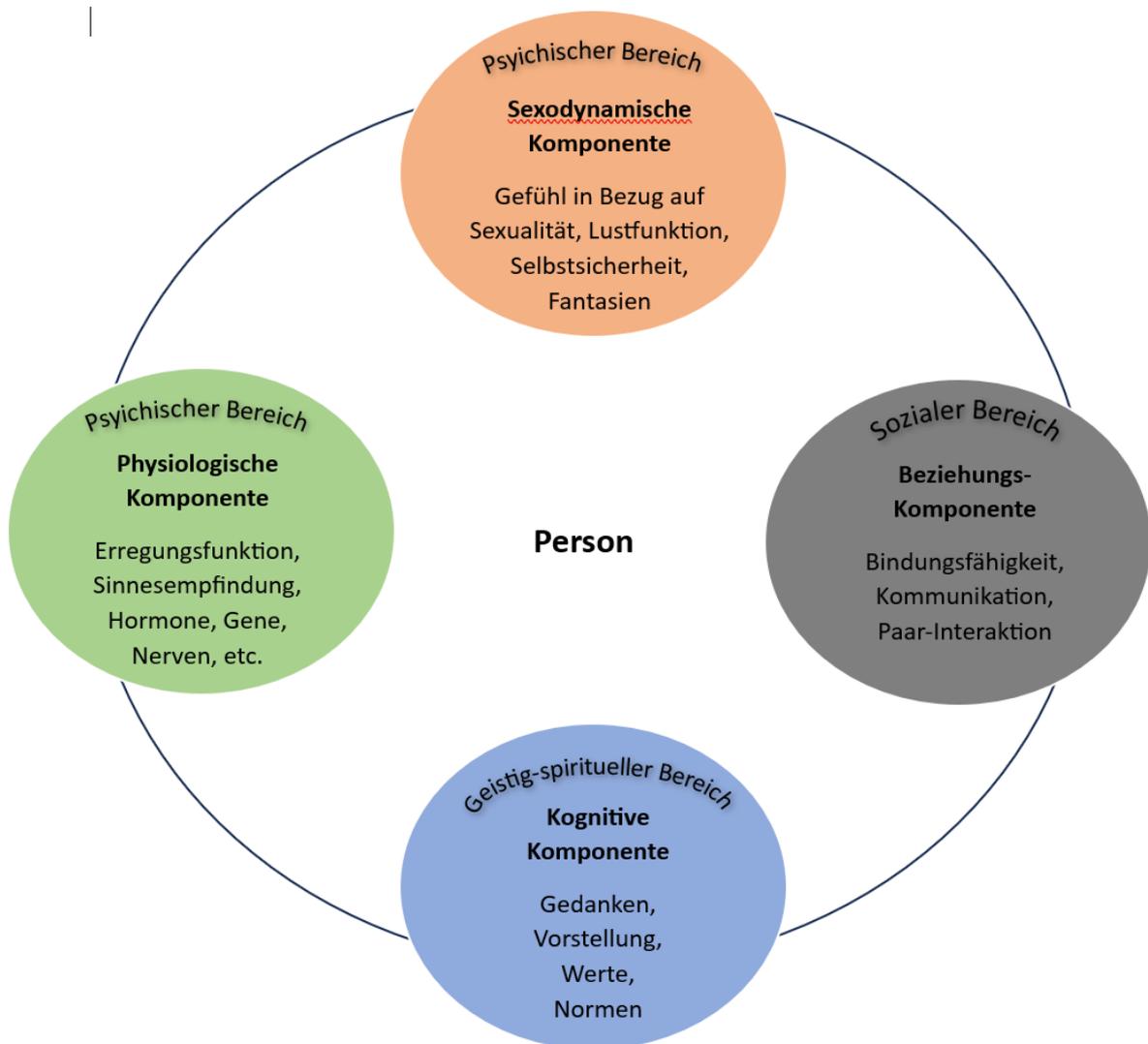


Abb.1: Das Sexocorporel-Modell auf der Basis eines umfassenden holistischen Menschenbildes (Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Desjardins, 1986)

## Anhang 2: Informationsschreiben an die Reha-Klinik

**Klinik Bad Oexen**  
Oexen 27  
32549 Bad Oeynhausen  
Johanna Pantel

[pantel@vp-sexualberatung.de](mailto:pantel@vp-sexualberatung.de)



Berlin, den 27.03.2023

### **Informationsschreiben zu meinem Forschungsprojekt: „Genitales Selbstbild – Annäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakarzinombehandlung“**

Sehr geehrte Frau Schmies und sehr geehrte Klinikleitung,

Im Rahmen meines Studienabschlusses in Sexologie - sexuelle Gesundheit und Sexualberatung (Master of Arts) an der Hochschule in Merseburg - möchte ich mich durch eine qualitative Forschung in meiner Masterarbeit dem Thema widmen, wie das sexuelle Erleben von Frauen ist, die an einer Vulvakarzinomerkrankung leiden und welche Möglichkeiten es gibt diejenigen Frauen dabei zu unterstützen sich ihrer eigenen, individuellen Sexualität (wieder-) anzunähern. Dabei geht es sowohl um psychische als auch physische Aspekte, die an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen orientiert sind.

**Hintergrund:** Zahlreiche Patientinnen, die von einer Vulvakarzinomerkrankung betroffen sind, erleben als Folge von großen chirurgischen Eingriffen nicht nur körperliche Veränderungen. Es kommen auch jene Verletzungen zutage, die der Krebs in der weiblichen Identität hinterlässt. Der veränderte Körper erscheint den Betroffenen häufig als etwas, das sich von ihrer Identität unterscheidet. Er wird als ihnen nicht zugehörig empfunden. Gefühle des "Gespalteseins" und der Entfremdung stellen sich ein. Die subjektive Wahrnehmung „Ich bin keine ganze Frau mehr“ wird unterstützt durch die veränderten Wahrnehmungen an Vulva und Vagina. Operationsbedingte Narben werden unter ästhetischen Gesichtspunkten betrachtet. Die betroffenen Frauen stellen sich die Frage, ob sie sich mit dem versehrten Körper noch attraktiv und begehrenswert fühlen können. Deshalb werden die äußerlich sichtbaren Folgen der Operation auch als Kränkung der Weiblichkeit erlebt, was zu einer Körperbildstörung führen kann.

**Zum Forschungsprojekt:** Im Anschluss an die Forschung meiner Kollegin Angelika Vilka, die in ihrer Masterarbeit „Vulvakarzinom – Aspekte weiblicher Sexualität in Kontext eine Vulvakarzinomerkrankung“ verstärkt der Forschungsfrage nachgegangen ist, wie die Aufklärung zur Sexualität nach der Diagnosestellung verlief, was den betroffenen Frauen fehlte und was sie sich für eine bessere Aufklärung gewünscht hätten, würde ich nun den Fokus auf folgende Fragestellungen legen:

1. Wie ist der Bezug zum genitalen Selbstbild derjenigen betroffenen Frauen vor und nach der Diagnose und nach Behandlung?
2. Wie hat sich ihre Wahrnehmung zum eigenen Körper verändert?
3. Wie kann durch ein gezieltes Angebot die sexuelle Selbstsicherheit der betroffenen Frauen gestärkt werden und was hilft ihnen dabei ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren?

Wir haben im Studium gelernt mit dem sexualberaterischen Ansatz „Sexocorporel“ zu arbeiten, der auf einer Verbindung von physischen und emotional-sozialen Ebenen basiert und davon ausgeht, dass Sexualität ein lebenslanger Prozess ist, der immer wieder angepasst werden kann. Frauen, die von einer genitalen Krebserkrankung betroffen sind, müssen sich häufig besonders den Veränderungen ihrer sexuellen Wahrnehmung stellen, da die Vulva als Geschlechtsorgan in direkter Verbindung mit Sexualität steht.

Wir möchten denjenigen betroffenen Frauen eine Stimme geben, ihre Bedürfnisse anhören und sie in ihrem sexuellen Selbstwert stärken.

**Zum Modul:** Das Modul ist in 3 Einheiten zum Thema „*Genitales Selbstbild – Annäherung an Sexualität nach einer Vulvakarzinombehandlung*“ aufgebaut. Es zielt auf einen dreiwöchigen Reha-Aufenthalt der Patientinnen ab. Einmal pro Woche wollen wir mit den Frauen 1 ½ Stunden arbeiten zu folgenden thematischen Einheiten:

1. Stunde: Einführung zum Thema sexuelles Selbstbild/Körperbild
2. Stunde: Sexuelle Selbstsicherheit / Eigen- Fremdwahrnehmung
3. Stunde: Die Bedeutung sexuelles Lustempfinden

Im Rahmen der qualitativen Forschung ist die Auswertung des Kurses im Anschluss sehr wichtig. Als Erstes wird ein Fragebogen ausgeteilt, in dem die Frauen anonym Feedback zu den direkten Kursinhalten geben können, als zweites möchte ich **Einzelinterviews** mit den Teilnehmerinnen führen, in denen sie berichten, ob und wie sich ihre Einstellung zum Thema Sexualität und ihr geniles Selbstbild durch das Modul verändert hat. Die Interviewinhalte werden qualitativ ausgewertet und anonymisiert verarbeitet, um zukünftig die praktische Arbeit an Rehakliniken mit erkrankten Frauen zu verbessern und ihren Bedürfnissen anzupassen.

Wäre es von Seiten der Klinik möglich mit den Patientinnen, die Anfang Mai 2023 zu Ihnen kommen, ein erstes Modul in enger Zusammenarbeit mit Schwester Birthe Schlinkmeier durchzuführen?

Über eine baldige Rückmeldung wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Mit freundlichen Grüßen,

Johanna Pantel

### Vulvakrebserkrankung und Sexualität

Online-Kurs am 15. und 22. Mai 2023 (15-17 Uhr)

Weitere Termine stehen auf der Homepage (Nächster: Am 30.05 & 06.06. 2023, 18-20 Uhr)

Zahlreiche Frauen, die von einem Genitalkrebs betroffen sind, erleben als Folge von großen chirurgischen Eingriffen der Chemo- und Strahlentherapien nicht nur Schmerzen und körperliche Veränderungen. Es kommen auch jene Verletzungen zutage, die der Krebs in der eigenen sexuellen Identität hinterlässt.

#### Liebe Frauen,

unsere Namen sind **Johanna Pantel** und **Angelika Vilkama**, wir sind Sexologinnen aus Berlin. Im Rahmen unseres Masterstudienabschlusses beschäftigen wir uns mit den Wünschen und Bedürfnissen von Frauen, die an Vulvakrebs erkrankt sind und gehen folgenden Forschungsfragen nach:



- Wie ist das individuelle Empfinden der Patientinnen und ihr sexuelles Erleben nach einer Behandlung?
- Wie hat sich das eigene genitale Selbstbild verändert und welche Auswirkungen hat das auf die sexuelle Selbstsicherheit?

Frauen, die von einer genitalen Krebserkrankung betroffen sind, müssen besonders den Veränderungen ihrer sexuellen Wahrnehmung stellen, da die Vulva als Geschlechtsorgan in direkter Verbindung zur Sexualität steht.

Wir möchten den Betroffenen eine Stimme geben, ihre Bedürfnisse anhören und sie mit unserem Programm in ihrem sexuellen Selbstwertgefühl stärken.

Hierfür haben wir ein **zweiteiliges Online-Modul** entwickelt, an dem Frauen teilnehmen können, die von einem Genitalkrebs betroffen sind/waren. Wir sprechen zum Thema Veränderungen im sexuellen Erleben. Über grundlegende Informationen und körperorientierte Übungen wollen wir Sie dabei unterstützen, Wege zu finden, sich der eigenen Sexualität (wieder-) anzunähern.

#### Dafür brauchen wir Sie:

Für unser Forschungsarbeit sollen nach dem Kurs **Einzelinterviews** zu diesem Thema durchgeführt werden. Alle Gespräche werden selbstverständlich vertraulich behandelt, anonymisiert und unterliegen dem Datenschutz.

Unsere Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Versorgung der Patientinnen zu verbessern, so dass auch ihre sexuelle Gesundheit davon profitiert.

**Wir freuen uns über Ihre Teilnahme am Kurs und über anschließende Interviews!**

Johanna Pantel & Angelika Vilkama

[info@vp-sexualberatung.de](mailto:info@vp-sexualberatung.de)  
[www.vp-sexualberatung.de](http://www.vp-sexualberatung.de)



#### **Anhang 4: E-Mail an Teilnehmende nach Anmeldung**

Betreff: Zoom-Link und Informationen zu Kurs

Liebe ....

Wir freuen uns sehr darüber, dass Du an unserem Kurs teilnimmst. Es geht um das veränderte, sexuelle Erleben nach einer Behandlung und wir hoffen, diese vier Stunden tragen dazu bei, dass Du Lust bekommst, Dich Deiner persönlichen Sexualität (wieder-) anzunähern und Du Wege findest, Dein genitales Selbstbild zu stärken.

Unter folgendem Link treffen wir uns an beiden Terminen:

<https://us06web.zoom.us/j/89717241122?pwd=Z09obzZjYXVMEo1WC9QU1loY0FJUT09>

Meeting-ID: 897 1724 1122

Kenncode: 280850

Ab 14.45 Uhr sind wir online und Du kannst Dich einwählen.

Für die Stunden am 15. Und am 22. Mai benötigst Du:

- Eine Yoga- oder Isomatte / stabile Matratze
- Eine Decke, ein-zwei Kissen
- Eine Trinkflasche/ Glas Wasser
- Stift & Papier
- Einen kleinen Ball (bspw. Massage-, Faszien-, Tennisball oder Flummi Es wäre schön, wenn Du Dich für die Sitzung in einem Raum befindest, indem Du Dich ungestört fühlst. Dann kannst Du Dich wahrscheinlich besser auf die Übungen einlassen. Vielen Dank auch, dass Du Dich bereit erklärst, ein Interview zu geben. Für unsere Forschung ist es wichtig zu erfahren, wie das individuelle Erleben der betroffenen Personen ist. Dies bezüglich wollte ich Dich fragen, wann ein Interviewtermin, in den Tagen nach dem zweiten Modul - zwischen dem 23.05. und dem 25.05. – passend wäre. Magst Du mir einen Tag und eine Uhrzeit nennen? Wenn Du noch Fragen hast, schreib gern oder Du kannst auch anrufen: 015753365659

Herzliche Grüße von

Angelika und Johanna

## **Anhang 5: Interviewleitfaden zum Forschungsvorhaben:**

*Verändertes genitales Selbstbild nach einer Vulvakrebsbehandlung - Annäherung an die eigene Sexualität. Eine qualitative Untersuchung*

Die Masterarbeit orientiert sich an folgenden **Leitfragen**:

- Wie war die Sexualität vor der Diagnose?
- Welche Aspekte waren im Kontext der Erkrankung besonders herausfordernd?
- Welche körperlichen und psychischen Veränderungen traten nach der Behandlung auf?
- Wie wirken sich diese Veränderungen auf das sexuelle Erleben aus?
- Welche Relevanz haben körperliche Lernprozesse und Körperarbeit für ein erweitertes sexuelles Erleben nach einer Vulvakrebserkrankung?

### **Vor dem Interview:**

- Vielen Dank für deine Zeit und, dass du dich bereit erklärst.
- Zeitlichen Rahmens des Interviews (das Interview soll ca. 1 Std dauern).
- Hinweis zum Leitfaden und den Fragestellungen: Am Anfang ein paar demografische Fragen zu deiner Person. Dann werde ich Fragen stellen, die sich direkt auf meine Forschung beziehen. Ich bitte dich zu erzählen, deine konkreten Erfahrungen, Dein persönliches Erleben interessieren mich, denn Du bist die Expertin.
- Wenn du eine Frage nicht beantworten kannst oder möchtest, lassen wir diese weg.
- Datenschutzerklärung und Widerrufsrecht:
- Das Informationsblatt zum Datenschutz hast du schon unterschrieben, hast du noch Fragen dazu, oder bleibt es bei der Einwilligung?
- Alles unterliegt der Schweigepflicht. Dein Name wird anonymisiert und du kannst jederzeit sagen, dass du das Interview abbrechen willst oder die Daten zur Auswertung zurückziehst.
- Erfragung eventueller Anliegen der zu interviewenden Person
- Hinweis zum Start der Aufnahme mit und Riverside.
- Wenn du einverstanden bist, starte ich jetzt mit der Aufnahme.

### **Soziodemografische Frage:**

- Alter
- wohnhaft: Bundesland. Große, mittlere oder kleine Stadt
- Lebensstand: In Beziehung / Single,
- Familie, Kinder (Alter)
- Ausbildung (kurz)
- aktueller Beruf/momentan berufstätig

Leitfrage	Konkrete Fragen
<b>1. Wie war der Weg zur Diagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie lange hat es gedauert bis zu Diagnosestellung</li> <li>• Was war besonders herausfordernd</li> <li>• Welche Eingriffe mussten gemacht werden</li> <li>• Gab es Aufklärung bezüglich Sexualität</li> <li>• Wie waren die Reaktionen im Umfeld</li> <li>• Wurde psychologische Betreuung angeboten</li> </ul>
<b>2. Wie waren deine Sexualität und dein genitales Selbstbild vor der Diagnose?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warst du sexuelle aktiv</li> <li>• War Sexualität genussvoll erlebt oder nicht</li> <li>• Selbstbefriedigung</li> <li>• Orgasmus</li> <li>• Paarsexualität/Penetration</li> </ul>
<b>3. Wie ist dein sexuelles Erleben seit Erkrankung?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was hat sich verändert (Optik/ Empfinden)</li> <li>• Hast du schmerzen</li> <li>• Bist du sexuell aktiv</li> <li>• Befriedigst du dich selbst</li> <li>• Erlangst du Orgasmen</li> <li>• Ist Penetration möglich</li> </ul>
<b>4. Wie hat sich die Krankheit auf die sexuelle Beziehung ausgewirkt/ auf die Partnerschaft?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie war die Reaktion des Partners</li> <li>• Was hat sich verändert in der Paarsexualität</li> <li>• Ist Kommunikation über Sexualität möglich</li> </ul>
<b>5. Was hast du für Wünsche / Sehnsüchte bezüglich deiner Erkrankung und deiner Sexualität für die Zukunft?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für deine Sexualität /sexuelles Erleben</li> <li>• In Bezug auf den Vulvakrebs</li> </ul>
<b>6. Bitte gib mir Rückmeldungen zum Online-Kurs bezüglich der Inhalte, der Struktur, der Gruppe, der durchgeführten Übungen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rückmeldung zum Angebot</li> <li>• Rückmeldung zu den Themeninputs</li> <li>• Waren die Inhalte neu?</li> <li>• Rückmeldung zu den Übungen</li> <li>• Wie hast du dich in der Gruppe gefühlt</li> <li>• Hast du dich in der Gruppe wohl gefühlt</li> <li>• - sicher gefühlt (geschützter Rahmen)</li> <li>• Kannst du dir vorstellen, dass dein sexuelles Erleben sich</li> </ul>

## **Anhang 6: Teilnahmeaufruf über Instagram**



**Birte Schlinkmeier**

10 Std. ·

Hallo zusammen....💕

Ich habe heute wieder eine große Bitte an euch. Die Praxiskollegin von Angelika Vilkama, beide sind Sexologinnen, suchen für ihre Forschungsarbeit wieder Frauen, die an einem Vulvakarzinom erkrankt sind, bzw. waren. Bereits in der Vergangenheit konntet ihr hier der Angelika so unglaublich toll helfen. Nun geht es quasi eine Runde weiter. Bitte lest dazu meine Screenshots von ihrem Aufruf und meldet euch bei Ihnen. Das wäre unglaublich hilfreich und es dient der zukünftigen besseren Versorgung bei eurer Erkrankung. Alles ist selbstverständlich anonym im Anschluss. Ich danke euch von Herzen 💕💕💕

LG Birte

### Vulvakrebserkrankung und Sexualität

Online-Kurs am 15. und 22. Mai 2023 (15-17 Uhr)

Zahlreiche Frauen, die von einem Genitalkrebs

betroffen sind, erleben als Folge von großen chirurgischen Eingriffen der

Chemo- und Strahlentherapien nicht nur Schmerzen

Forschungsfragen nach:

- Wie ist das individuelle Empfinden der Patientinnen und ihr sexuelles Erleben nach einer Behandlung?
- Wie hat sich das eigene genitale Selbstbild verändert und welche Auswirkungen hat das auf die sexuelle Selbstsicherheit?

Frauen, die von einer genitalen

Krebserkrankung betroffen sind, müssen hinsichtlich den Veränderungen ihrer

teilnehmen können, die von einem Genitalkrebs betroffen sind/waren. Wir sprechen

zum Thema Veränderungen im sexuellen Erleben. Über grundlegende Informationen und

körperorientierte Übungen wollen wir Sie dabei unterstützen, Wege zu finden,

sich der eigenen Sexualität (wieder-) anzunähern.

Dafür brauchen wir Sie:

Für unser Forschungsarbeit sollen nach



Patientinnen zu verbessern, so dass auch ihre sexuelle Gesundheit davon profitiert.

Wir freuen uns über und Ihre Teilnahme am Kurs und über

Interviewteilnehmerin

+2

Johanna Pantel & Angelika Vilkama  
info@vp-sexualberatung.de

www.vp-sexualberatung.de

## Anhang 7: E- Mail Anleitung zum Tool Riverside

Guten Abend....

wir sehen uns übermorgen für das für das Interview. Dafür habe ich noch eine Bitte: Ich arbeite mit einem Programm (so ähnlich wie Zoom), das Riverside heißt. Der Vorteil von Riverside ist, dass unser Interview direkt von dem Programm transkribiert wird. Ich werde dir ebenfalls einen Link schicken für den Interviewtermin, welchen du allerdings in dem Chrome-Browser öffnen müsstest (statt z. B. Mozilla).

Falls du den nicht auf deinem Computer hast, kannst du ihn dir hier kostenlos herunterladen:

<https://www.google.com/chrome/>

Du kannst den Link, den ich dir dann schicke, aus der E-Mail kopieren und oben in die Chrome-Browser-Leiste einfügen, wenn dieser geöffnet ist.

Wenn du mit deinem Handy arbeiten möchtest, benötigst du keinen Chrome-Browser, aber diese folgende Handy-App von Riverside:

<https://riverside.fm/mobile>

Falls du noch Fragen dazu hast, können wir gern sprechen.

Liebe Grüße

Johanna

## Anhang 8: Transkriptionsregeln

### Transkriptionsregeln

Folgende Transkriptionsregeln<sup>21</sup> orientieren sich an den Transkriptionsvorschläge von Prof. Dr. Maika Böhm im Masterstudiengang Sexologie im SoSe 2021.

Wenn Inhalte analysiert werden sollen, empfiehlt sich die ‚einfache Transkription‘. Hierbei werden leichte Glättungen in der Sprache vorgenommen, dennoch bleibt die Transkription wortgenau. Elemente, die nicht relevant für den Inhalt sind, können herausgelassen werden. Das bedeutet, dass bei der Transkription z. T. auf Stotterer, Wortabbrüche und Zögerungslaute („äh“, „ähm“) verzichtet werden kann. Das vereinfacht die Lesbarkeit und die Inhalte werden leichter zugänglich. Eine Anonymisierung der Interviewteilnehmerinnen wurde vorgenommen.

- Die Aussagen der interviewten Personen werden mit T1 - T7 gekennzeichnet und Aussagen der Autorin mit ‚Interviewerin‘. Kurze Pausen wurden durch ... gekennzeichnet.
- Parasprachliche Äußerungen wie ‚z. B. äh‘ wurden wie sprachliche Äußerungen mitgeschrieben.
- Nichtverbale Äußerungen wie Lachen und Husten wurden in Klammern gefasst (lacht).
- Sehr auffällige Betonungen werden durch Unterstreichung markiert.
- Unverständliche Äußerungen wurden in Klammern gefasst (unverständliches Wort).
- Korrekturen des Interviewten innerhalb eines Wortes wurden durch / gekennzeichnet (das muss ich korr/ausbessern)
- Sprachverschleifungen wurden als solche übernommen (Ich sach mal ...).
- Störungen wurden notiert (ICH MACH KURZ DIE TÜR AUF).
- Dialekt wurde übernommen.

---

<sup>21</sup> Festgelegt anhand der Transkriptionsvorschläge von Prof. Dr. Maika Böhm im Masterstudiengang Sexologie, SoSe 2021

## Anhang 9:

### Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten

Forschungsprojekt: „Verändertes genitales Selbstbild – Annäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung – Eine qualitative Studie“

Interviewerin: **Johanna Pantel**

Durchführende Institution: **Hochschule Merseburg**

Sie erklären sich bereit im Rahmen des Forschungsprojekts „Verändertes genitales Selbstbild – Annäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung – Eine qualitative Studie“ an einem Interview teilzunehmen.

Das Interview wird über die Website „Riverside“ per Video geführt, aufgezeichnet und automatisch in Schriftform gebracht. Ihre Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können jederzeit die Studie abbrechen, es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben.

Es werden im Rahmen der Befragung keine Kontaktdaten (z.B. Name, Adresse, Mailadresse, Telefonnummer) erhoben. Personenbezogene Daten, (z.B. Alter, Beruf, Familienstand) werden nur in allgemeiner Form erfragt und lassen somit keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu.

Alle Daten werden auf passwortgeschützten Rechnern gespeichert und nach Beendigung des Forschungsprojekts gelöscht. Das Transkript des Interviews dient nur zur Auswertungszwecken und wird lediglich in Ausschnitten zitiert. Ihre personenbezogenen Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert und vertraulich behandelt.

#### **Einverständnis:**

Ich bin einverstanden an der Befragung teilzunehmen. Ich akzeptiere die anonyme Weiterverarbeitung und wissenschaftliche Verwertung des geführten Interviews. Ich kann die Einwilligung jederzeit widerrufen.

Unter diesen Umständen bin ich bereit ein Interview zu geben und bin einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe. Die Informationen über Erhebung und Verarbeitung der Daten gemäß DSGVO habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

---

Vorname, Nachname in Druckschrift

---

Ort, Datum / Unterschrift

## **Anhang 10:**

### **Materialien zum Onlinekurs**

Materialien, Übungen, Inputpräsentationen zum  
Online-Kurs ‚Vulvakrebserkrankung und Sexualität‘

### **Inhaltsverzeichnis**

Inputpräsentation 1: Genitales Selbstbild	S. 121
Zitat	S. 123
Inputpräsentation 2: Sexuelle Lust und Körper	S. 123
Inputpräsentation 3: Aufbau Vulva, Vagina	S. 125
Übung 1: Bodyscan	S. 129
Übung 2: Fußmassage	S. 130
Übung 3: Scheinwerfer	S. 130
Übung 4: Becken lockern	S. 131
Übung 5: Obere Schaukel	S. 132
Übung 6: Vulva-Vagina-Reise	S. 134
Hausaufgabe / Fragebogen	S. 138

Begriff: Körperbild beinhaltet verschieden Teilaspekte des Körpererleben

Es ist immer ein Zusammenspiel, von Aspekten, die mit dem eigenen Körper in Verbindung sind

Wie z. B. Wissen, Wahrnehmung, Vorstellungen, Gefühle

### **Das Genitale Selbstbild = Teilaspekt des generellen Körperbilds**

Und gemeint ist die eigene Verinnerlichung von der persönlichen **Wahrnehmung** und der persönlichen **Haltung** über den eigenen Körper

Fokus liegt oft – besonders das körperliche Erscheinungsbild.

Gemeint (simple):

Wie nehmen wir uns selbst als sexuelles Wesen/ als sexuelle Frau wahr war?

**Bei Frauen:** Einschätzung ihrer Weiblichkeit  
Sexuellen Anziehungskraft

= bildet den elementaren Teil der individuellen **sexuellen Identität**

**Zusammenfassend: setzt sich das Genitale Selbstbild** zusammen aus:

1: Wahrnehmungskomponente

2: Bewertungskomponente



bildet individuelles Gefühl der eigenen Attraktivität

Sexuelles Selbstwertgefühl

Stehen die beiden Komponenten

im Widerspruch = kann es zu Verunsicherung/ Körperbildproblemen führen

In Harmonie = Sexuelle Zufriedenheit. Diese wiederum korreliert mit der allgemeinen Gesundheit und dem Wohlbefinden einer Frau

**Veränderung** des eigenen genitalen Selbstbilds durch Krankheit / massive Eingriffe

Können also zu erheblichen Körperbildprobleme führen und greifen die eigene sexuelle Identität an --- leider häufig noch ein TABU-Thema

Studien zur sexuellen Attraktivität zeigen, dass bei Frauen eine Reihe von Körperteilen bei der Einschätzung der eigenen Attraktivität eine Rolle spielen.

Im Fokus: die äußeren weiblichen Genitalien – **Die Vulva**  
= (in den Medien stark sexualisiert)

Genau aus diesem Grund sind wir heute hier zusammengekommen:  
Uns interessieren die Möglichkeiten, wie Frauen, die solchen massive Veränderungen ausgesetzt sind, auf beiden Komponenten (Wahrnehmung/Bewertung-Ebene) ihr sexuelles Selbstwertgefühl stärken können und wieder Zugang zu ihrer eigenen Sexualität bekommen

Wir arbeiten mit dem **Model sexueller Gesundheit: Sexocorporel:**

Zusammenspiel von Körper und Hirn

= Der Ansatz geht davon aus, dass der Mensch über Körperarbeit

Also Übungen zur Atmung/Bewegung/Körpertonus-Anspannung/Entspannung

...Veränderungsprozesse in Gang setzen kann (Also das Veränderung nicht nur kognitiven Einfluss hat, sondern Synapsen umtrainiert werden können.

Einige **Frauen sind traumatisiert** und es kann dazu führen, dass sie die gefühlte Verbindung zu ihrem Genital kappen.

d. h. sie fühlen gar nichts mehr im Becken/Genitalen Bereich.

#### **Unser Ziel:**

1. Durch **Gespräche** Wissen vermitteln
2. Durch **Austausch** über Veränderungen (TABU brechen)
3. **Wahrnehmungsübung** verstärkt Zugang zu diesen Körperbereich zuzulassen

Notizen zu folgenden Fragen:

1. Wie war mein genitales Selbstbild vor der Diagnose?
2. Und wie ist mein genitales Selbstbild nach der Behandlung?
3. Was hat sich verändert im sexuellen Erleben?

„Ich hätte so sehr eine Sexualberatung während meiner Behandlungszeit und eigentlich auch danach gebraucht. Ich weiß gar nicht mehr, wie Frausein geht, wie ich wieder eine sexuelle Person werden kann. Ich fühle mich komplett alleingelassen“

## Themeninput 2 ‚Sexuelle Lust und Körper‘

FRAGE: Wo spürt ihr eure Lust genau im Körper? Vielleicht habt ihr euch mal beobachtet?

Im Genital? Oder emotional?

ANTWORTEN LASSEN

Wenn ich meine Lust spüren und einordnen lerne, kann ich mich sexuell unabhängiger und selbstbestimmter Verhalten – Sexuelle Selbstsicherheit

Erwähnen: Es geht um das eigene persönliche Lustempfinden und sexuelles Erleben und nicht unbedingt mit dem Partner

- Wie spüre ich Lust
- Wie kann ich sie zulassen, auch wenn ich Angst habe  
(Veränderungen /Wahrnehmung / optisch/ Schmerzen)
- Wie wichtig ist es mir einen „Neuen“ Weg zu finden
- Wir haben uns über viele Jahre einen bestimmten Weg antrainiert Lust zu erzeugen
- Wichtig zu wissen, dass wir uns einen anderen Weg angewöhnen können.

Also der **sexuelle Reaktionszyklus** ist ein sensibles Zusammenspiel

- Muskeltonus und Bewegung

**Muskeltonus gemeint:**

**An- und Entspannungsvorgänge** lenken diesen Zyklus

Haben wiederum Einfluss auf weitere physiologische Vorgänge

- Atmung
- Durchblutung

**Sexuelle Erregung** (genitale Erregung)

geht einerseits mit einer erhöhten Muskelspannung einher und lässt sich steigern

Spannt man den Körper zu stark beim Sex an – nicht förderlich

- Der Hohe Tonus hemmt das Zwerchfell
- so dass die Atmung schnell / flach
- Beckenboden & Vagina angespannt – weniger durchblutet
- Feuchtwerden verringert /bleibt weg
- Der Körper bekommt weniger Sauerstoff durch die flache Atmung
- Und das ganze System steuert auf eine schnelle Entladung (verpufft)

Ist der Körper in einem ganz entspannten Modus kann empfinden wir **Lustgefühl**:

- Zwerchfell locker
- Atmung kann ruhig und tief gehen (Bauch und Becken)
- Fördert wiederum die Durchblutung
- Dadurch breitet sich die sexuelle Erregung im ganzen Körper aus (kribbelndes Wohlgefühl)
- Dieser Zustand birgt ein **hohes Genusspotenzial**

Wenn wir uns beim Sex bewegen, findet ein stetiges Zusammenspiel von An- und Entspannung statt,

- Genitaler Erregung und emotionaler Aufladung

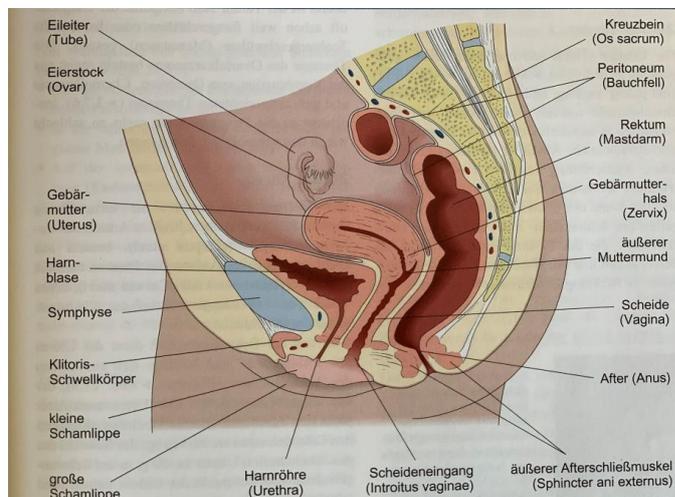
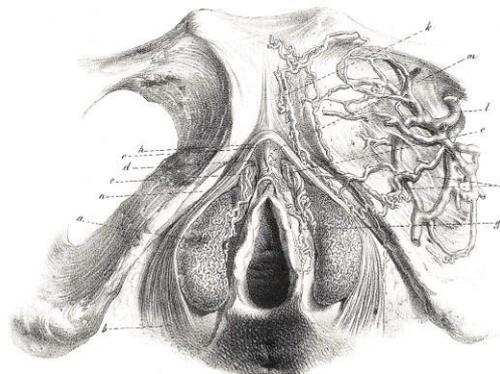
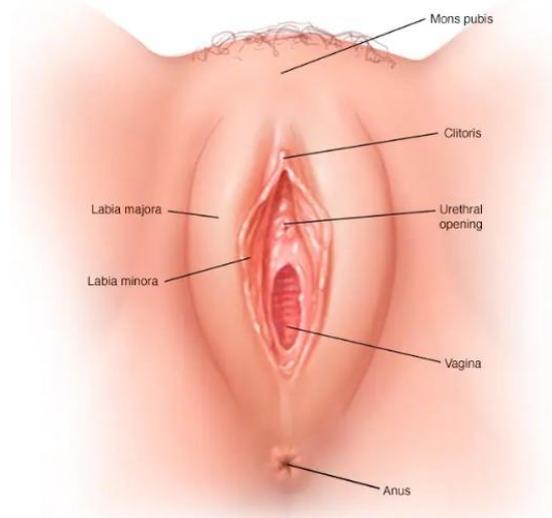
**Unterschiede**, wie wir Menschen Lustgefühle und sexuelle Erregung auslösen

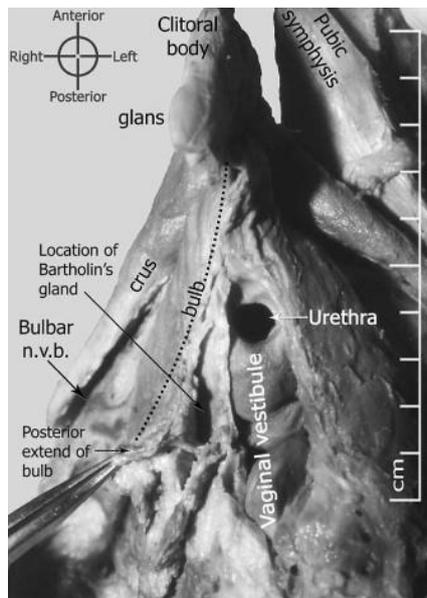
- Wir eignen uns Muster an: Manche entspannt, manche angespannt
- Sexocorporel: Erregungsmodi
- Zusammenspiel von Muskeltonus / Atmung / Bewegung / Rhythmus

Über konkrete Erfahrungen mit diesen Parametern ist es möglich neue Wahrnehmungen zuzulassen

Durch Übung können neue sexuelle Lernschritte gemacht werden, die das persönliche **Spektrum sexuellen Erlebens erweitern** können.

## Themeninput 3 Aufbau / Funktion von Vulva und Vagina (PPP)

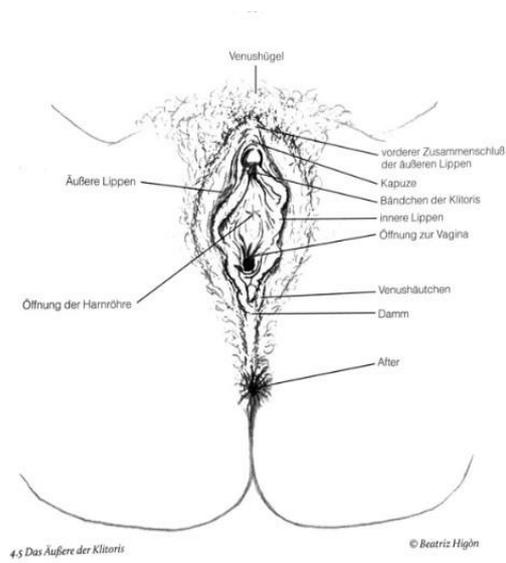


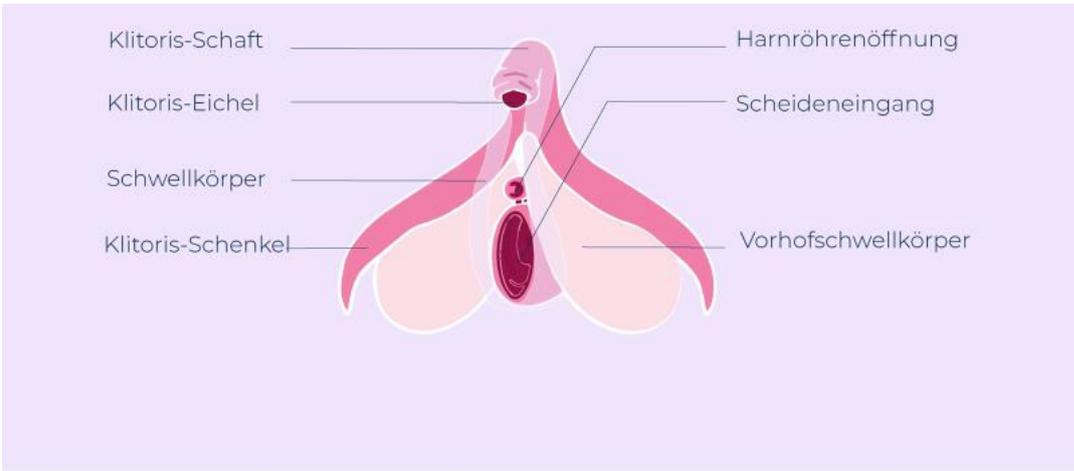


© O'Connel 2005



[https:// www.labialibrary.org.au](https://www.labialibrary.org.au)

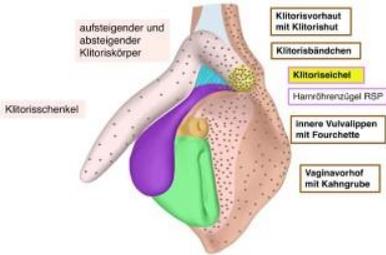




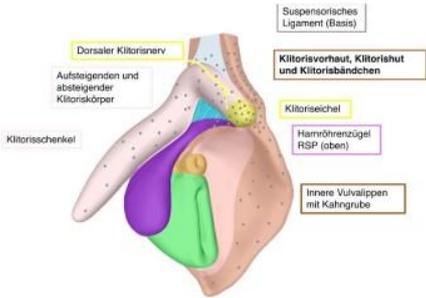
<https://ovvapp.com/blogs/news/7-fakten-uber-die-klitoris>



**G-KÖRPERCHEN**



**V-P--KÖRPERCHEN**



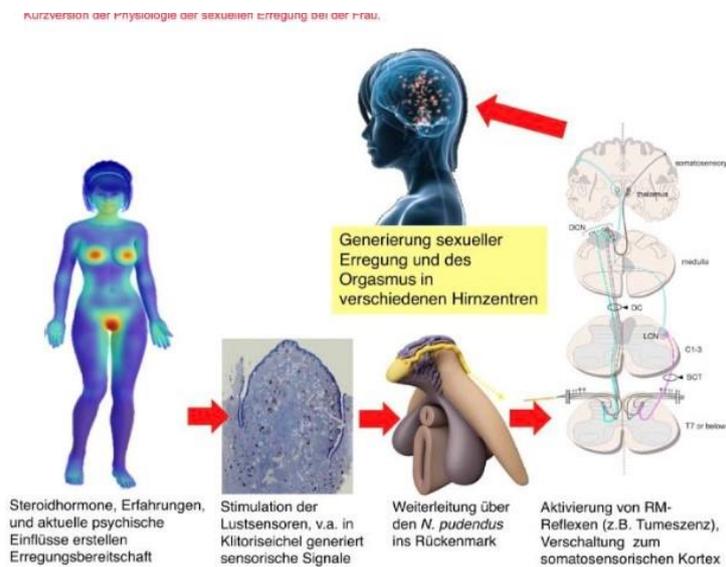
# Erogene Zonen:

## Unspezifische Zonen:

Hals  
Achselhöhlen,  
Innenfläche der Arme und Beine  
Seitlicher Brustkorb  
Unterhalb des Bauchnabels  
Leistenbereich

## Spezifische Zonen - besitzen Lustkörperchen

Peri-Analregion  
Bauchnabel  
Warzenvorhof und Brustwarzen  
Lippen  
Bulbo-Klitoral-Organ



© Ann-Marlene Henning

1. Was hat mir gefallen? Was nehme ich aus dem Kurs für mich mit?
2. Was hat mir nicht gefallen?
3. Wo würde ich gerne weitermachen?
4. Welche Informationen, theoretischen Input hätte ich gerne noch?
5. Was fallen mir noch für Fragen ein?

Aus Sparmann (2018)

### Ablauf

1. *Schließe die Augen. Ist das Verschließen der Augen für dich unangenehm, kannst du sie auch offen lassen.*
2. *Beobachte deinen Atem. Nimm wahr, wie der Atem ganz selbstverständlich in deinen Körper hineinströmt und wieder ausströmt. Forciere deinen Atem dabei nicht, nimm ihn einfach wahr. Nimm wahr, wie sich ganz sanft deine Bauchdecke im Takt deines Atems bewegt. Richte nun deine Aufmerksamkeit auf die Wellenbewegung deines Körpers, die durch den Atem von selbst entsteht.*
3. *Lenke jetzt deine Aufmerksamkeit auf den Körper als ein Ganzes, der von der Haut, wie von einer Hülle umgeben ist.*
4. *Wir werden nun eine Reise mit der Aufmerksamkeit durch deinen ganzen Körper machen. Du kannst diesen Vorgang verstärken, indem du dir vorstellst, in die jeweiligen Körperregionen »hineinatmen« zu können (was durch den Blutkreislauf tatsächlich auch passiert). Nimm dabei wahr, wie sich dieser Körperbereich jetzt in diesem Moment für dich anfühlt. Es gibt dabei keine bestimmte Erwartung, kein richtig und falsch.*
5. *Beginne, deinen linken Fuß wahrzunehmen. Nimm wahr, wie er am Boden aufsteigt. Welche Stellen des Fußes berühren den Boden, welche nicht? Ist dein Fuß kalt oder warm? Ist er angespannt oder entspannt? Nimm deine Zehen wahr, deine Fußsohle, deine Ferse, deinen Knöchel. Stelle dir vor, du könntest deinen Atem bis in deinen linken Fuß ein- und ausströmen lassen.*

*Der Weg deiner Aufmerksamkeit geht weiter:*

  - *linkes Bein, Becken*
  - *rechter Fuß, rechtes Bein, Becken*
  - *das Genital*
  - *der Rumpf*
  - *der Bauch*
  - *das Kreuz*
  - *die Brust*
  - *Schulterblätter bis in die Schultern*
  - *Hände, Finger, Daumen, Handrücken, Handteller, Handgelenke*
  - *Unterarme, Ellenbogen, Oberarme, Schultern*
  - *Nacken, Kehle*
  - *Gesicht, Hinterkopf, Scheitel*

*Sie können die Teilnehmerinnen durch unterstützende Fragen dabei begleiten:*

  - *Wie berührt das Körperteil den Boden/Stuhl?*
  - *Wie ist die Stellung der Gelenke?*
  - *Wie ist im Moment die wahrgenommene Temperatur in dem Bereich?*
  - *Wie viel Spannung oder Entspannung kann dort wahrgenommen werden?*
  - *Gibt es ein Wohlgefühl oder Unwohlgefühl?*
6. *Nimm abschließend deinen Körper wieder in seiner Ganzheit wahr und spüre, wie er von der Haut als schützende Hülle umschlossen wird.*

## Übung 2 Fußmassage mit einem Ball (Faszien, Tennis, Flummi)

Angeleitet durch KL1:

Erst den linken Fuß und dann den rechten Fuß.

Fördert einen stabilen stand und eine aufrechte Haltung. Vorbereitung für die nächste Übung

## Übung 3 ‚Scheinwerfer‘

1. Mit weichen Knien stehen und spüren, wie fühlt sich Atem an und das Becken

- wie ist die Atmung?
- wie ist der Stand?
- wie aufgerichtet bin ich?

2- Ich spaziere durch den Raum und nehme wahr:

- Wie ist mein Gang?
- Wieviel Raum nehme ich ein?
- Bin ich schnell oder langsam?
- Wie geht mein Atem?
- Wohin atme ich?
- Wohin geht mein Blick?
- Wohin strahlt mein Licht?
- Was nehme ich wahr von meiner Umwelt?
- Wie fühle ich mich emotional?
- Wie fühlt sich das Licht an?

3. Ich knipse den Scheinwerfer an:

- Stirn/Hinterkopf
- Brustbein, Schulterblätter
- Schultern – alle Richtungen
- Nippel – Brustwarzen
- Bauchraum – nach vorne und zu den Seiten
- Hüftknochen
- Knie
- Füße
- Rücken
- zur Vulva zurückkehren am Schluss

#### 4. Stehen bleiben und nochmal fühlen, wie ist der Körper jetzt?

---

In welchen Körperteilen konnte man durch das Licht leichter reinspüren?

Was nutzt uns das?

- Damit kann man Leuten bestimmt gut empowern
- Gruppensetting vs. Einzelsetting unterschiedliche Erfahrungen
- Bei Einzelsetting oft leichter, wenn Therapeut mitmacht. Gemeinsames Forschungsfeld
- Scham ist so oder so oft groß
- „Ich habe einen gewissen Spielraum ,wo mein Licht angehen kann“
- Kann das üben, wenn ich spazieren gehen, Licht anmachen, wahrnehmen, wie fühlt sich mein Körper und Zugang zu sexuellem Wesen im Alltag an, wie kann ich damit spielen.

**Austausch: wie habe ich mich gefühlt, was ist mir aufgefallen? Was hat mich gefreut?**

**Abschluss:** kurz aufschreiben: wie ist es euch in der Gruppe ergangen, wie habt ihr euch mit dem Kurs gefühlt? Gibt es etwas, was ihr gerne teilen wollt? Wünsche, Emotionen die ausgelöst worden sind. Reaktionen im Körper?

#### Übung 4 Beckenlockern

Anleitung: Wir wollen zunächst eine kleine Aufwärmübung machen, bevor wir dann in den Austausch mit euch gehen, um zu hören, wie es euch seit dem letzten Kurs ergangen ist. Dafür wäre es schön, wenn ihr euch alle hinstellen würdet.

**Ziel:** Diese Aufwärmübung aktiviert und fördert die Durchblutung vor allem im Becken- und im Genitalbereich, bringt aber auch den Atem in Schwung.

- Gut und sicher stehen, Knie etwas gebeugt
- Becken eine Acht malen, gerne große Kreise machen in den Achten, dann immer kleiner werden, irgendwann nur noch die Acht denken
- Richtungswechsel
- Becken ein O machen, groß, kleiner werden, schnell, langsam, immer kleiner werden, irgendwann nur noch das ‚O‘ denken
- Richtungswechsel
- Beckenschaukel – Rhythmus unterschiedlich
- Das Lustbein in Richtung Kopf, Steißbein nach hinten, ins Hohlkreuz gehen, dabei könnt ihr ruhig die eine Hand auf die Brust und die Andere auf das Lust- oder Schambein legen
- Bewegung mit Atmen nach vorne und ran ziehen beim Aus und Einatmen Faust machen und Hand loslassen
- Den Po/Gesäß nicht anspannen
- Jetzt nehmen wir die Hände wieder runter und hören langsam auf mit dem Schaukeln

- Einfach nur stehen und nachspüren
- Wie geht mein Atem jetzt?

## Übung 5 Obere Schaukel

Legt euch alle bitte auf eure Matten.

Den Körper gut ablegen, Beine aufstellen und den Körper spüren,

wenn ihr Rückenprobleme habt, lieber weichere Schicht. Wenn die Auflage härter ist, kann man die Bewegungen leichter spüren.

Richte dich darauf ein, dass du jetzt ca. eine halbe Stunde liegst, vielleicht magst du ein Kissen nehmen und eine Decke.

Genieße das Ablegen deines gesamten Körpers.

Komm erstmal mit der gesamten Körperfläche auf der Matte an und spüre welche Bereiche deines Körpers mit der Matte im direkten Kontakt sind, wie der Kopf aufliegt, welche Teile deines Rückens mit der Matte in Berührung sind, welche Teile noch mehr in der Luft sind, auch wie dein Becken aufliegt, deine Beine, deine Füße, und dann gib mit jedem Ausatmen mehr von deinem Gewicht an den Boden ab, komm gut auf der Matte an,

und dann richte deine Aufmerksamkeit auf die Atmung, nimm wahr, wie der Atem wie von selbst in deinen Körper einströmt und dann wie von selbst wieder verlässt, nimm ihn wahr ohne ihn zu forcieren und lass ihn einfach so weiter fließen, wie und wo er hinfließen will, nimm wahr wie die Atemluft deine Nase passiert, die Härchen in Schwingungen versetzt, und nimm auch wahr wie die Bauchdecke sich hebt und senkt im Takt deines Atems,

und dann stell deine Beine an, stell sie auf und probiere mal welcher Abstand deiner Füße zum Po sich gut anfühlt, versuch mal etwas weiter weg vom Po oder näher dran, so dass du sie möglichst wenig aktiv festhalten musst, und nimm wahr, wie sich der Kontakt vom Rücken mit der Matte allein schon durch diese Fußstellung verändert, Wie liegst du jetzt auf?

Und dann beginne deinen unteren Rücken leicht gegen die Unterlage zu drücken, zu schieben, so dass sich dein Becken etwas nach vorne kippt oder dein Lustbein sich in Richtung Kopf bewegt und dann lass es etwas zurückrollen in Richtung Hohlkreuz und das Lustbein sich nach unten bewegt, probiere diese Bewegung aus indem du sie ein paar mal wiederholst, drück den unteren Rücken gegen die Matte, lass dein Becken nach vorne rollen, nach vorne oben, und lass ein wenig los, so dass das Lustbein wieder Richtung Füße rollt. in deinem Tempo ein paar Mal hin und her, der untere Rücken schiebt gegen die Matte und geht der Rücken in Richtung Hohlkreuz. dadurch beginnt das Becken sich leicht zu bewegen,

nimm diese Bewegung wahr, und jetzt wollen wir diese Bewegung erforschen. Wie funktioniert diese Bewegung überhaupt? Also wenn du diese Schaukelbewegung weiter machst, versuche mal zu fühlen, wie du das machst, welche Muskeln daran beteiligt sind, vielleicht ist das erstmal ein bisschen komisch, weil es so viele verschiedene Sachen sind, aber versuche wahrzunehmen, wo ist der Hauptimpuls, gibt es den überhaupt?

Und dann gehen wir mal verschiedene Impulsgeber durch. Wir fangen mal bei den Füßen an, versuch mal diese Schaukelbewegung zu erzeugen, indem du die Füße gegen den Boden drückst, aktiv über die Füße dein Becken ins Schaukeln bringst. Ist das überhaupt möglich und

wenn ja, wie machst du das? Der Rest darf möglichst dabei loslassen, vor allem die Füße sind aktiv,

und dann probiere mal aus über die Oberschenkel, über die Anspannung der Oberschenkel dein Becken ins Schaukeln zu bringen, wie ist das?

Und dann versuch diese Schaukelbewegung aktiv über die Pobacken zu erzeugen, Die Pobacken in die Spannung gehen und wieder ins Rollen bringen und wieder in die Entspannung, und dann lass die Pobacken wieder Pobacken sein

und fokussiere dich auf deinen Unteren Rücken auf deine Rückenmuskulatur, wenn du die nochmal aktivierst im besonderen Maße, wie kann da die Schaukelbewegung passieren?

Und dann versuch es auch nochmal mit den Bauchmuskeln über die Spannung der unteren Bauchmuskeln zu versuchen diese Schaukelbewegung zu erzeugen oder den Impuls zu geben, wie fühlt sich das an? Und dann lass auch den Bauch nochmal los,

bleib am Schaukeln und versuch aktiv dein Becken in Bewegung zu bringen über Anspannen und entspannen im Beckenboden, falls du den Beckenboden wahrnehmen kannst, was passiert, wenn du die Schaukel über den Beckenboden aktivierst, geht das überhaupt? Und dann lass auch davon nochmal ab und halte inne.

Spür in deinen Rücken, wie er aufliegt, spür in dein Becken und mach eine kleine Pause

und dann beginne noch einmal mit der Beckenschaukel wie es gerade kommt, mit allen Muskeln, die sich gerade daran beteiligen wollen, vielleicht kannst du jetzt noch etwas besser spüren, welche Bereiche deines Körpers du dafür benutzt diese Schaukelbewegung zu erzeugen. Und dann probieren wir auch hier nochmal diese Schaukelbewegung mit viel Intensität, mit viel Kraft, viel Muskelarbeit, da kann auch gerne eine große Beckenschaukel entstehen mit Kraft, und auch hier, spür mal , woher nimmst du die meiste Kraft,

und dann noch einmal mit so wenig Kraftaufwand wie möglich, oder wie nötig, mit dem Bild, dass das Becken wie von alleine vor sich hinschaukelt, dass es dich kaum Anstrengung kostet, und dann mache das mal in einem ganz, ganz ruhigen Tempo, versuch es mal ganz langsam,

in diesem ruhigen Tempo kannst du wahrnehmen, ob sich auch andere Bereiche deines Körpers mitbewegen wollen, eine kleine Bewegung im Nacken, vielleicht geht der Kopf ein bisschen mit und das Kinn schiebt hoch und wieder ein wenig runter, vielleicht gibt es Bewegung in den Armen, im oberen Rücken, gibt es kleine Impulse die du im Körper wahrnimmst, oder gibt es Bereiche, die einfach nur der Bewegung folgen wollen, nimm das wahr,

und dann steigere nochmal die Geschwindigkeit, guck mal, wie es ist, wenn du schnell vor dich hinschaukelst, wenn dein Becken mehr in einer mäßigen Anspannung ist , wenn die Schaukel in einer entspannteren Weise entsteht, aber in einem höheren Tempo, wie fühlt sich das an, und dann halte wieder inne.

Spür in deinen Körper, spür in Dein Becken, und jetzt stell dir vor, dass dein Atem und Dein Becken in einer Verbindung stehen, und wenn wir jetzt in die letzte Runde der Beckenschaukel stehen, dann steig in den Rhythmus deines Atems ein. Ausatmend drückst du den unteren Rücken gegen die Matte und dein Becken rollt sich nach vorne oben, einatmend entsteht das Hohlkreuz und du bekommst Raum für die Luft in deinem Brustkorb, wieder ausatmen nach vorn, einatmen nach hinten, ausatmen nach vorn.

Der Bauch schiebt sich zusammen, einatmen der Bauch dehnt sich füllt sich mit Luft und das Hohlkreuz entsteht, lass das Tempo deinem Atem folgen, deinem Atemrhythmus, lass deinen

Kiefer locker dabei, stell dir vor die Atemluft könnte deiner Beckenbewegung auslösen, Der Atem ist der Impulsgeber für die Beckenschaukel.

Und auch hier achte darauf, dass die Schaukel ohne großen Kraftaufwand geschieht, der Kiefer ist locker, der Nacken ist locker, der restliche Körper darf sich dazu bewegen, wie es gerade kommt, und wenn du gerade noch eine Stufe weitergehen möchtest, kannst du den Beckenboden noch aktiv dazu nehmen, ausatmen ziehst du den Beckenboden nach innen und oben, einatmend lässt du ihn los in seine Breite, ausatmen ,nach innen oben, einatmen entspannt er sich, ausatmen nach innen oben, einatmen entspannt er sich, und dann mach das für dich noch so 5-10 x, bringe es damit zum Ausklang, und dann halte wieder inne, streck deine Beine aus, und nimm wahr wie du jetzt in deinem Körper da bist, wie du auf der Matte aufliegst, wie sich dein Rücken anfühlt, dein Bauch, dein Becken, kannst du dein genital spüren, wie fühlen sich deine Beine an,

und dann lass zum Abschluss deinen Kopf nochmal nach links und rechts rollen, dem Gewicht folgend, und dann rekle und strecke dich am Boden, hhhmmmm, und roll dich dann über die Seite nach oben zum Sitzen.

- Immer wieder kontrollieren, bin ich zu schnell, kommt Klient mit.
- Lieber etwas weniger, 1x nur Becken, dann erst Atem
- Kleine Schritte, die nachvollziehbar sind,
- Achten, dass Klienten gut liegen
- Oft blockiert beim ersten Versuch der Atem, weil Konzentration auf dem Körperteil liegt
- Leichter im Sitzen anfangen
- Beim Anleiten gut sich daneben zu setzen auf Sitzkissen
- Ich fokussiere mich mal mehr auf Bewegung, mal mehr auf Atmung

## Übung 6 Vulva-Vagina-Reise

Richtet euch bequem ein. Nehmt euch eure Matte, ein Kissen und eine Decke.

Legt euch bitte einen Stift und ein Papier neben die Matte für später.

Ich warte noch ein bisschen, so dass alle gemütlich unter ihre Decke kriechen und eine ruhige und angenehme Stimmung herrscht.

Wenn du merkst, du wirst müde, ist es deine Entscheidung, ob du einschlafen willst oder ob du die Übung vollständig mitmachst. Dann bist du gefordert durch eine kleine Bewegung dich wachzuhalten, wenn du spürst dein Körper zieht dich in den Schlaf.

Du liegst auf deiner Matte. Leg dich so hin, dass es dir möglichst bequem ist und leg dich auf den Rücken.

Schau wie du da liegst, wie liegt dein Kopf, dein Nacken, deine Schultern, dein Rücken, dein Becken, deine Lendenwirbel, wie liegen deine Arme da, deine Hände, deine Beine, deine Füße?

Schau mal, ob der rechte Fuß anders liegt als der linke Fuß? Oder die linke Hand etwas anders als die rechte Hand.

Dann lade ich dich ein, deine Beine anzuwinkeln. Und so, wie du jetzt liegst, stellst du dir vor es ist warm. Du liegst am Strand von einem smaragdgrünen, karibischen Meer. Du liegst im Wasser und es ist ganz warm.

Die rechte Hand säuselt ein wenig in den Wellen, sie macht eine leichte Bewegung. Eine Bewegung aus der Hand und aus den Ellenbogen heraus. Du fühlst dich im Wasser getragen.

Räkele dich langsam ein bisschen hinein in dieses Wasser, in diesen Samt. Du räkelst ein wenig mit deiner Wirbelsäule und auch dein linker Arm beginnt ein wenig mit dem Samt und dem Wasser zu spielen. Wie wenn du dich den Wellen hingeben könntest, machst du ausgehend von der Halswirbelsäule eine kleine Bewegung und atmest tief, bis das Becken sich dazu bewegt. So spielst du ein wenig mit dem Becken im Wasser und nimm deine Achseln dazu.

Die Wellen kommen und gehen. Manchmal werden die Wellen ein bisschen größer und du bewegst dich ein wenig schneller oder machst die Bewegung ein wenig größer. Und mit deinem Kopf gibst du dich richtig diesen Wellen hin.

Kleine Wellen säuseln, deine Finger bewegen sich leicht. Es ist wie ein kleines Kribbeln, das durch den Körper geht. Dein Becken und deine Schultern genießen diese kleinen Bewegungen.

Dann legst du deine Hand vorsichtig auf deinen Unterbauch in Richtung Vulvahügel und wärmst ihn. Du atmest hinein und bewegst dich ein wenig in deine Hand hinein. Wie fühlt sich der Vulvahügel unter deiner Hand an? Und beweg dich in diese warme Hand hinein.

Stell dir dann vor, dass du bis in den Vulvahügel hinein atmest, so dass er noch mehr belebt wird. Weiter unten liegt dein Geschlecht. Etwas verborgen.

Fahr mit deiner Hand etwas weiter hinunter und leg sie sachte auf dein Geschlecht.

Atme. Atme bis in die Fingerspitzen hinein. Und wenn du jetzt dich ein bisschen bewegst, dann spürst du unter deiner Handinnenfläche deine Vulva.

Lass eine Bewegung so entstehen, dass deine Vulva sich in diese Hand legen möchten. Eine kleine Bewegung, die bis in den Kopf hineingeht. So wie, wenn der Kopf ein wenig staunen würde, wie warm und weich sich der Bereich anfühlt.

Dann fährst du in Gedanken mit deinen Fingern über deine äußeren Hügel. Erst über die Rechte, dann über die Linke. Und schau mal, ob die Rechte und die Linke gleich sind und wie sie sich anfühlen. Und atme.

Atme ihr ein wenig zu. Lächele ihr ein wenig zu, so dass dein Mund sich leicht öffnet. Wie wenn du ihr Hallo sagen würdest. Spüre, was deine Vulva jetzt fühlt. Ist es angenehm oder unangenehm?

Fahr mal mit deiner Zunge über deine Lippen am Mund. Wie ist dann die Spannung in deinem Kiefer?

Lass den Kopf einen kleinen Moment ganz langsam kreisen.

Lass dann einen Moment dein Becken kreisen und halte deine Hand wieder auf das ganze Geschlecht. Welche Berührungen holt es sich jetzt, wenn du das Becken bewegst, von deiner Hand?

Kreise das Becken und schaukele ein wenig von den Füßen bis zum Kopf. Langsam!

Dann lass das Becken wieder ruhig werden. Lege die Hand ruhig auf deine Vulva und atme hinein. Kann deine Atmung frei aus deinem Mund ausströmen?

Genieße es einfach da zu sein und zu spüren: da bin ich mit meinem weiblichen Geschlecht.

In Gedanken geht deine Hand weiter auf Erkundungsreise. Lass deine Finger in deiner Vorstellung weiter nach unten wandern, bis zum Eingang deiner Vagina. Wandere um ihn herum, während du ruhig atmest. Und spüre, wenn du mit Finger rundherum, wie es sich anfühlt?

Dann beginnen dich mit deinem Becken so zu bewegen, so dass der Vaginaeingang ein wenig deinen Finger aufsucht. Und während der Vaginaeingang deinen Finger sucht, gehst du mit deinem Finger zwischen den Lippen hin und her. Zwischen dem oberen Teil der Vagina und dem Vaginaeingang.

Lass deine Finger dann ganz auf deiner Vulva spazieren. Und zwar mit unterschiedlichem Druck. Mal ein bisschen mehr, mal ein bisschen weniger. Und mit unterschiedlichem Tempo. Mach es mal ein bisschen schneller. Rund um den Vaginaeingang. Sei neugierig auf die verschiedenen Gefühle, die das auslösen kann. Atme bis tief hinein.

Lass dann die Hand wieder still. Lass das Becken noch einmal kreisen. Die Vulva, dein ganzes Geschlecht streichelt deine Hand.

Lass den Kopf frei werden. Bewege dich ein bisschen und geh nochmals mit der Zunge über deine Lippen. Und höre mal auf deine Vulva. Wie müsstest du dich jetzt bewegen? Was hätte sie Lust, was wollte sie von dir?

Und dann lass diese Bewegung stehen.

Spüre diese Bewegung in deinen Schultern, in deinen Achseln. Schau mal, was wohl dein Gefühl – dein Herz - dazu sagt. Wenn du deiner Vulva so – mal mit feinen und mal mit kraftvollen Bewegungen begegnest.

Dann nimm die Hand zurück, leg sie auf deinen Venushügel und lass die Bewegung für einen Moment ruhen.

Wie nimmst du jetzt deine Vagina wahr? Wo fängt sie an? Wo ist der Eingang? Wie liegt sie bei dir im Körper? In welchem Winkel liegt sie in deinem Körper? Welche Bilder kommen dir zu deiner Vagina jetzt in den Sinn? Wie würdest du sie wohl jetzt grad beschreiben? Während deine Hand deinen Venushügel wärmt und deine andere Hand auf deinem Herzen liegt.

Was würde deine Vagina deinem Herzen erzählen?

Dann nimm Kontakt auf mit deinem Beckenboden. Spann ihn einfach langsam an und löse ihn wieder. Spann ihn nochmals an und löse ihn wieder. Anspannen. Lösen.

Dann noch stärker anspannen. Noch stärker. Und dann löse die Anspannung ganz, ganz langsam. Verändert sich da etwas im Bezug zur Vagina?

Dann nimmst du die Hand vom Herzen und nimmst die Hand auf deine Vulva. Die Beine hast du wieder aufgestellt. Wenn dein Finger auf dem Eingang deiner Vagina liegt, spanne deine Beckenboden noch einmal an. Und lasse ihn wieder los.

Können deine Finger das spüren? Vielleicht kannst du mit dem Einatmen in deine Vagina hineinatmen und sie öffnen. So dass die Fingerspitzen spüren: es gibt eine kleine Öffnung. Wie wenn die Vagina über die Beckenbewegung den Finger aufsucht. Die Fingerspitze. Als wenn der Vaginaeingang den Finger umfassen möchte.

Wie fühlt es sich an, wenn der Vaginaeingang die Fingerspitze ein wenig umarmt?

Lass den Finger langsam, ganz langsam – in deinen Gedanken – weiter einsinken. Was spürt die Vagina, wenn er weiter hineinkommt? Merkt er, merkt sie, dass die Wände leicht auseinander dehnen? Wie spürt der Finger die Vagina? Lass deinen Finger die Wände der Vagina ein bisschen spüren. Nimm dir Zeit die Oberfläche wahrzunehmen. Die Beschaffenheit.

Gibt es Unterschiede zwischen links und rechts? Zwischen vorne und hinten?

Ist deine Hand entspannt?

Streichele diese Zone mit deinen Fingerspitzen von rechts nach links. Von links nach rechts. Hin und her. Ganz leicht, leichte Berührungen.

Kann deine Vagina das spüren?

Drück mal ein bisschen fester, als wenn du leicht massieren würdest. Und kreise. Versuch mit verschiedenem Druck ein wenig mehr, ein bisschen weniger eine langsame oder etwas schnellere Bewegung.

Wie fühlt es sich wohl dort an? Lass ihn die Tiefe erforschen.

Ein bisschen Druck auf die eine und auf die andere Seite. Auch nach hinten zum Damm. Kannst du da mal richtig drücken? Wieviel Druck hält eigentlich deine Vagina aus? Gibt es Seitenunterschiede? Ist es vorne und hinten anders? Was passiert, wenn man ein bisschen länger an einer Stelle bleibt?

Dann lass die Berührungen ganz fein werden. Schau, dass deine Vagina auch deine feinen Berührungen spürt. Und atme gut durch den offenen Mund aus. Spürt deine Vagina, ob sie vorne oder hinten berührt wird?

Wie stellt sich dein Finger wohl den inneren Raum vor? Wie sieht der Raum aus, in dem er sich bewegt? Lass in mal schneller kreisen. Und kreise ein wenig das Becken dazu. Vielleicht synchron oder vielleicht zur anderen Seite hin. Und genieße diese Begrüßung, diese Berührung bis hinauf in deinen Nacken in deinen Kopf, der sich ein wenig hineinlegt. Wie an einem Faden. So dass wir am Kopf das Gefühl haben: Wow, der genießt es so. Lass den Körper schaukeln. Vor und zurück.

Lass eure Vagina sagen, wie das Becken sich jetzt bewegen soll. Etwas mehr und vielleicht noch etwas mehr. Und lass den Atem fließen.

Dann lass das Becken wieder still.

Und dann, lass ganz langsam, ganz, ganz langsam in deiner Vorstellung den Finger wieder hinausgleiten. So, dass du gut spüren kannst, wie der Finger die Vagina langsam verlässt.

Lasst eure Finger, eure Hand noch auf der Vulva liegen. Atme hinein. Und spüre nach, wie die Vagina sich jetzt anfühlt.

Wie sieht sie für dich aus? Wie würdest du sie jetzt beschreiben? Welche Farbe, welche Beschaffenheit?

Leg deine beiden Hände auf deinen Unterbauch und lass den Atem dorthin wandern. Erlaube dem Unterbauch sich beim Einatmen zu füllen und beim Ausatmen zu leeren. Genauso wie sich der Brustkorb beim Einatmen füllt und beim Ausatmen leert. Strecke deine Beine aus. Spüre nach, wie es ist. Wie fühlt es sich jetzt an?

Bist du entspannt? Räkelt du noch ein wenig nach rechts und nach links? Wo kannst du diese Atembewegung wahrnehmen? Sind Deine Gesäßmuskeln entspannt? Was erzählt deine Vagina von der kleinen Reise, von der Begegnung? Was würde sie wohl jetzt wollen?

Was erzählt deine Hand, die deinem weiblichen Geschlecht begegnet ist? Kann sie etwas erzählen über ihre Beschaffenheit? Über ihre Sinnlichkeit? Über die Größe von deinem weiblichen Geschlecht mit seinem Innenraum.

Geh noch einmal in die Vorstellung von deinem Innenraum. Und füll jetzt mit Gedanken deinen Innenraum mit einer Farbe vielleicht. Oder mit Licht. Und geh mit deinen Gedanken durch diesen Raum. Den du leicht über die Beckenbewegung in eine kleine Bewegung hineinbringst.

Welches Bild gibt sich dir? Welches Bild von deinem eigenen Innenraum? Den du selbst bewohnen, beglücken, erleben kannst.

Welche Empfindungen kannst du im Nachklang orten?

Dann atmen noch ein paar Mal in deine Hände hinein. Beginne dann über dein Becken zu fahren. Mit deinen Händen. Als wenn du es ausstreichen würdest. Du fährst über dein

Geschlecht. Du fährst über deine Oberschenkel. Über deinen Po, in dem du dein Gesäß etwas anhebst.

Dann fährst du über deine Brüste. Über deine Achseln. Und nimm noch deine beiden Hände. Begegne noch ein wenig deinen beiden Händen. Und dann komm langsam zur Seite. Öffne die Augen. Schau um dich herum. Und komm dann von der kleinen Reise - vom karibischen, smaragdgrünen Meer, wo wir gestartet sind, zurück ins Sitzen.

Dann schreibe ein paar Sätze für dich auf, die einfach nur dir gehören.

„Eine kleinen Begegnung mit meinem weiblichen Geschlecht“.

Wenn du mit dem Text fertig bist, spaziere ein wenig mit deiner Vagina im Raum herum. Führe sie noch ein bisschen durch den Raum und komme dann zurück ins Plenum.

## **Hausaufgabe Fragebogen zur Sexualität vor und nach Diagnose**

### **Fragen zum sexuellen Erleben vor Diagnose**

Wie war mein genitales Selbstbild vor Diagnose?

Gab es Widersprüche zwischen den Komponenten (Wahrnehmung und Beurteilung?)

Wenn ja, wie?

Habe ich mich als sexuelle Frau betrachtet (was an mir fand sexuell attraktiv)?

War mein sexuelles Erleben vorher positiv oder negativ?

Haben mir sexuellen Begegnungen/Aktivitäten Spaß gemacht oder nicht?

Partnersex?

Selbstbefriedigung?

### **Fragen zum sexuellen Erleben nach der Behandlung**

Wie ist mein Genitales Selbstbild nach der Behandlung?

Was hat sich Verändert?

Äußeres Erscheinungsbild?

Innere Wahrnehmung?

Wie hat sich meine Sexualität verändert?

Ist der Wunsch nach Sexualität vorhanden?

Bin ich aktuell sexuell aktiv? Partnersexualität / Selbstbefriedigung?

Ist Penetration möglich?

Wie geht mein/e Partner\*in mit den Veränderungen um?

Welche Bedeutung hat Sexualität für mich?

Könnte ich auch ohne Sexualität zufrieden sein?

Was wünsche ich mir für die Zukunft für mein sexuelles Erleben?

## **12. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit „Verändertes genitales Selbstbild – Annäherung an die eigene Sexualität nach einer Vulvakrebsbehandlung – eine qualitative Studie“ selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung zur Note „ungenügend“ führt und rechtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Berlin, den 25. September 2023

Johanna Lena Pantel