

Masterarbeit
Studiengang Sexologie III ISP Uster
Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

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

Paarsexualität vor und nach einer Prostatektomie aus der Sicht betroffener Frauen

Erleben der Paarsexualität aus Sicht von Frauen vor und nach der Prostatektomie des Partners sowie Befragung anhand von Interviews bezüglich sexualtherapeutischer Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wirkung

Vorgelegt von
Stefanie Achermann Kälin

Erstgutachterin: Esther Elisabeth Schütz
Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Abgabedatum: 22. August 2022

Abstract

In der vorliegenden Masterarbeit werden die Folgen einer Prostatektomie auf die Paarsexualität aus der Sicht der betroffenen Partnerin beschrieben. Mit Hilfe zweier qualitativer Interviews mit betroffenen Frauen soll der Bedarf einer sexualtherapeutischen Begleitung abgeklärt werden. Sexualtherapeutische Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wirkungen werden aus der Theorie skizziert, diese Ansätze fließen in die Verbesserung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten fachlichen Begleitung ein.

This master's thesis describes the consequences of a prostatectomy on couple sexuality from the perspective of the affected partner. With the help of two qualitative interviews with affected women, the need for sexual therapeutic support will be clarified. Sexual therapeutic support possibilities and their effects are outlined from theory, the findings flow into the improvement and further development of a need-based professional support.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einleitung, Ziel und Aufbau der Arbeit/ Ausgangslage und Problemstellung	2
1.1 Ziel der Arbeit	3
1.2 Abgrenzung des Themas.....	3
1.3 Methodisches Vorgehen	4
1.4 Aufbau der Arbeit.....	4
2 Prostatakarzinom	5
2.1 Die Prostata (Vorsteherdrüse)	5
2.2 Medizinische Definition Prostatakarzinom.....	5
2.3 Diagnostik.....	5
2.3.1 Rektale Untersuchung	6
2.3.2 Sonografie und MRI (Magnetresonanztomographie)	6
2.3.3 PSA-Wert	6
2.3.4 Staging-Untersuchungen	7
2.4 Behandlungsmethoden.....	7
2.4.1 Bestrahlung	7
2.4.2 Antihormontherapie (Medikamentöse Kastration)	8
2.4.3 Prostatektomie.....	9
2.4.4 Lokale Lymphadenektomie (bei einer Prostatektomie.....	10
2.4.5 Nervenschonende Operation	10
2.4.6 Operation vs. Active Surveillance (aktive Überwachung) oder Watchful Waiting (beobachtendes Abwarten)	11
2.5 Mögliche Folgen in Bezug auf die Paarsexualität nach einer Prostatektomie.....	12
2.5.1 Harninkontinenz.....	12
2.5.2 Erektile Dysfunktion (ED).....	14
2.5.3 Retrograde Ejakulation (trockener Samenerguss)	14
2.5.4 Berührungsempfinden, Libido und Orgasmusfähigkeit.....	15
2.6 Medizinische Unterstützungsmöglichkeiten.....	15

2.6.1	Vakuumerektionshilfesysteme (VEHS)	15
2.6.2	Schwellkörperautoinjektionstechnik (SKAT).....	16
2.6.3	Medikales urethrales System zur Erektion (MUSE).....	16
2.6.4	5-Phosphodiesterasehemmer (5-PDE-H)	16
2.6.5	Penisprothese (Schwellkörperimplantat).....	17
3	Sexuelle Gesundheit.....	18
3.1	Definition	18
3.2	Sexualität als Unterstützung für die Gesundheit	19
4	Der Krebs und die Partnerschaft	20
4.1	We-Disease	20
4.2	Paarkommunikation über Sexualität	20
5	Methoden.....	22
5.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	22
5.2	Auswertung.....	22
5.3	Forschungsethik und Datenschutz.....	23
6	Interviews	24
6.1	Rahmen und Setting	24
6.2	Bestandesaufnahme.....	24
6.3	Der Krebs und die medizinische Begleitung.....	24
6.4	Information	26
6.5	Kommunikation.....	27
6.6	Die Partnerin.....	27
6.7	Sex	29
6.8	Ressourcen und Chancen	30
6.9	Der Verlust	31
6.10	Bedarf.....	32
7	Sexualberatung.....	35
7.1	Erweiterung der Sexualität.....	36
7.2	Sexualtherapeutische Interventionen.....	37

7.2.1	Sydyastische Sexualtherapie	38
7.2.2	Slow Sex	39
7.2.3	Sensate Focus.....	40
7.2.4	Geeignete Sexstellungen mit schlaffem Penis	43
7.3	Sexualität. Inkontinenz und Scham.....	43
8	Diskussion	45
8.1	Der Krebs und die medizinische Begleitung.....	45
8.2	Information	46
8.3	Kommunikation.....	47
8.4	Die Partnerin.....	50
8.5	Sex.....	53
8.6	Ressourcen und Chancen	54
8.7	Der Verlust	55
9	Persönliches Schlusswort	60
10	Quellen	62
11	Anhang.....	69

Vorwort

Als ich mich 2019 für den Masterstudiengang Sexologie am Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster eingeschrieben habe, hatte ich bereits vor Studienbeginn eine Vision, in welche Richtung meine sexologische Arbeit gehen soll. Zusammen mit einer befreundeten Onkologin, möchte ich Menschen, die an Krebs erkrankt sind, eine möglichst ganzheitliche Behandlung ermöglichen. Dazu gehört auch eine fachliche Begleitung der sich verändernden Sexualität. Die Thematik von Krebs und Sexualität hat mich somit durch das gesamte Studium begleitet und ich habe mich bereits in einer vorgängigen wissenschaftlichen Arbeit damit befasst. Vorliegende Arbeit widme ich den Partnerinnen und Partnern von an Krebs, (hier spezifisch an Prostatakrebs) erkrankten Männern. Sie schienen mir im ganzen Versorgungssetting wenig bedacht worden zu sein. Ich möchte untersuchen, inwieweit sie in eine Begleitung zu Themen der Sexualität miteinbezogen werden und ob überhaupt ein Bedarf besteht. Zudem möchte ich in dieser Arbeit untersuchen wie stark ihre Sexualität durch die Krankheit ihrer Partner eingeschränkt oder verändert ist. Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich durch ihre Unterstützung fachlich und mental beschenkt haben. Einen besonderen Dank möchte ich auch an meine beiden Interviewpartnerinnen richten. Sie haben Zeit und Mut investiert, um über ihre persönliche Geschichte von Krankheit, Partnerschaft und Sexualität zu berichten.

1 Einleitung, Ziel und Aufbau der Arbeit/Ausgangslage und Problemstellung

Pro Jahr erkrankten in der Schweiz (2013 bis 2017) rund 6400 Männer an Prostatakrebs. 1300 Männer davon, also fast jeder Fünfte, stirbt an den Folgen von Prostatakrebs. Somit ist dies nach dem Lungenkrebs die zweithäufigste Todesursache von Krebs bei Männern. Überwiegend sind ältere Männer davon betroffen, denn das mittlere Erkrankungsalter beträgt 70 Jahre. In der Erhebung der Daten zwischen 1988 und 2007 nahm die Anzahl der Erkrankten markant zu, die Sterberate jedoch stetig ab. Es wird davon ausgegangen, dass dies mit der verbesserten Früherkennung, wie z.B. durch den PSA-Test (Messung des prostataspezifischen Antigens) und der damit verbundenen frühen Behandlung zusammenhängt (Bundesamt für Statistik, 2021, S.82). Durch eine immer frühere Erkennung, kann die Sterblichkeit zwar reduziert werden, gleichzeitig werden aber auch mehr Menschen mit den Folgen von Krebsbehandlungen konfrontiert. Partnerinnen und Partner von an Prostatakrebs erkrankten Männern, durchleben den Schock der Diagnose und die ganzen Veränderungen ihrer gemeinsamen Lebenswelt ebenfalls als sehr belastend. Bei einer medizinisch angezeigten Entfernung der Prostata kann der Eingriff weitreichende Folgen für die Sexualität mit sich bringen. Dies wirft eine Vielzahl von Fragen auf: Inwieweit ist die Partnerin oder der Partner Teil dieses Entscheides und wie wird sie oder er fachlich begleitet? Was passiert nach der Operation? Wird in Bezug auf Sexualität eine Hilfestellung angeboten? Wo liegen die Grenzen und Möglichkeiten der rein medizinischen Begleitung? Welche Unterstützungsmöglichkeiten kann eine mögliche Sexualberatung bieten? Sex und Krebs sind immer noch zwei Tabuthemen, deren Kombination für viele Menschen herausfordernd ist. Selbst bei einem immensen Leidensdruck wagen sie oft nicht offen darüber zu sprechen. In der Literatur findet man im Zusammenhang mit Sexualität weit weniger Forschungsstudien über Prostatakrebs als beispielsweise über Brustkrebs. Ebenfalls wird die Rolle der Partnerin (bzw. des Partners) oft wenig beachtet. Wenn Paare die sich abzeichnende Veränderung nicht aktiv neugestalten, laufen sie Gefahr, nebst der Sexualität auch auf Nähe und Zärtlichkeit zu verzichten. Aus dieser Problematik soll in der Arbeit der Bedarf an Unterstützung der Partnerin evaluiert und daraus mögliche sexualtherapeutische Interventionen abgeleitet werden. Guercio & Mehta (2018) untersuchten den Zeitraum von Januar 2000 bis Mai 2017 der PubMed-Datenbank (Meta-Datenbank im Bereich Medizin) im Hinblick auf die Unterschiede in der Perspektive und Prädiktoren des Patienten und deren Partnerinnen und Partnern bezüglich ihrer sexuellen Befriedigung nach der radikalen Prostatektomie. Aus ihren Schlussfolgerungen wird ersichtlich, dass ein zwingender Bedarf besteht, mehr

Forschung in diesem Gebiet zu betreiben. Damit Interventionen, welche die sexuelle Funktion und die Lebensqualität verbessern, generiert werden können. Die Studie deckt den Mangel an öffentlichen Daten über «Patient and Partner Satisfaction» (sexuelle Befriedigung von Patient und deren Partnerinnen und Partnern) auf. Gleichzeitig wird festgestellt, dass die Kommunikation, neben der psychischen und körperlichen Gesundheit, zentral ist und welchen positiven Stellenwert der Einfluss der Partnerin oder des Partners auf die postoperative Sexualität hat.

1.1 Ziel der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit beinhaltet eine Bedarfsanalyse über die Unterstützung durch eine professionelle Sexualberatung. Zentral wird dabei untersucht, wie die befragten Partnerinnen die veränderte Sexualität nach der Prostatektomie erleben. Aus den Ergebnissen wird ein möglicher Bedarf abgeleitet und mit sexualberaterischen Unterstützungsmöglichkeiten ergänzt.

Die Leitfragen sind:

- Inwieweit unterscheidet sich das Erleben der Paarsexualität vor und nach einer Prostatektomie des Partners der betroffenen Frauen?
- Welche Unterstützung bekommen die Frauen rund um die Operation ihres Partners?
- Welchen Einfluss hat die allfällige Unterstützung auf das Erleben und Gestalten der Paarsexualität?
- Welchen Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? (Welcher Bedarf wurde nicht abgedeckt?)

1.2 Abgrenzung des Themas

Diese Arbeit untersucht die Sicht der Frau, die selbst nicht erkrankt ist, aber dennoch durch die Erkrankung ihres Partners mitbetroffen ist. Viele Krankheiten und deren Behandlungen schränken die Sexualität ein und zwangsläufig sind die Partnerinnen und Partner auch in ihrer Sexualität betroffen. Die Besonderheit der Prostatektomie ist, dass das Paar im Vorfeld über mögliche Folgeerscheinungen, wie den möglichen Verlust der Erektionsfähigkeit, einer Harninkontinenz aber auch über sichere Veränderungen wie das Ausbleiben der Ejakulation Kenntnisse hat. Darüber wird bei der medizinischen Begleitung informiert. Die Folgen sind trotz der bedrohlichen Situation der Krebserkrankung sehr

einschneidend. Da die Männer, die von dieser Krebsart betroffen sind, im Schnitt 70 Jahre alt sind, wird die Zeugungsunfähigkeit als Folgeerscheinung nicht als vordergründiges Thema in dieser Arbeit behandelt.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Arbeit ist aufgebaut mit der Abhandlung von allgemeinen medizinischen Informationen über die Prostatektomie und daraus resultierenden möglichen Auswirkungen auf die Sexualität. Zudem werden in diesem Teil medizinische Hilfsmöglichkeiten aufgezeigt. Weiter wird das Thema der Sexualität und Gesundheit aufgegriffen und danach die Rolle der Partnerin und der «We-Disease» (Wir-Krankheit, siehe 4.1.) behandelt. Um einen möglichen Bedarf an sexualberaterischer Unterstützung zu eruieren, werden Befragungen in Form von Interviews mit zwei betroffenen Frauen durchgeführt und im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayrings analysiert. Auf die gewonnenen Erkenntnisse der Kategorien wird eingegangen und mit Theorie- und Praxiswissen aus der Forschungsliteratur und verwandten Fachgebieten verglichen. Aus diesen abgeleiteten Erkenntnissen und den erfragten Unterstützungsbedürfnissen der Partnerinnen, werden bedarfsgerechte Möglichkeiten der Sexualberatung abgeleitet.

1.4 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Teil wird der Prostatakrebs definiert und daraus abgeleitet medizinisch erklärt, wie es zu den möglichen postoperativen Folgen kommt. Um den Weg zu verstehen, den ein Paar bis zu einer Entscheidung für eine Prostatektomie geht, werden auf die Diagnostik, wie auf die verschiedenen Optionen für eine Behandlung eingegangen. In einem weiteren Kapitel werden verschiedene mögliche Folgen, welche einen Einfluss auf die Sexualität haben, genauer beschrieben, wie auch medizinische Möglichkeiten, die postoperativ angeboten werden, aufgezeigt. In Kapitel 3 wird die Sexualität und die Gesundheit bzw. die Krankheit behandelt und dann in Kapitel 4 der Krebs im Zusammenhang mit der Partnerschaft und der Kommunikation. In Kapitel 5 werden die Methoden, die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erläutert und Bezug auf die Forschungsethik genommen. In Kapitel 6 werden die Interviews ausgewertet und im Kapitel 7 werden Möglichkeiten von sexualtherapeutischen Unterstützungsangeboten und ihren erwünschten Wirkungen aufgezeigt. Das Kapitel 8 schliesst mit der Diskussion, den aus der Arbeit gezogenen Schlussfolgerungen und einem daraus resultierenden Fazit, gefolgt von einem persönlichen Schlusswort der Autorin.

2 Prostatakarzinom

2.1 Die Prostata (Vorsteherdrüse)

Die Prostata liegt zwischen der Unterfläche der Harnblase und der Muskulatur des Beckenbodens. Hinten abgrenzend liegt der Darm. Die Prostata umschliesst den unteren Teil der Harnblase. In der Prostata wird durch Drüsen ein Sekret produziert, welches circa ein Viertel der Samenflüssigkeit bildet. Sie ist die grösste Geschlechtsdrüse des Mannes (Menche, 2020).

2.2 Medizinische Definition Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist der häufigste maligne (bösartige) Tumor des Mannes. Als bösartig wird eine Neubildung (Neoplasie) von Körpergewebe durch unkontrolliertes, oft schnelles Wachstum von Tumorzellen bezeichnet. Diese können in benachbartes Gewebe einwachsen und dieses zerstören. Weiter können sich durch Blut- oder Lymphgefässe an anderen Stellen im Körper Metastasen (Ableger) bilden. Nur bösartige Tumore werden als Krebs bezeichnet, denen gegenüber stehen die gutartigen Tumore (benigne Tumore), die langsam wachsen und nicht in das Gewebe einwachsen. Gefährlich sind diese Tumore nur, wenn sie an operativ schwer erreichbaren Stellen wuchern (z.B. beim Gehirn). Beim Prostatakrebs werden vier Stadien unterschieden

T1: kleiner Tumor innerhalb der Prostata (rektal nicht tastbar)

T2: grösserer Tumor innerhalb der Prostata (rektal tastbar)

T3: Tumor wächst aus der Prostatakapsel heraus

T4: Tumor befällt benachbarte Organe, Lymphknoten oder bildet Fernmetastasen (Krebs gilt nicht mehr als heilbar) (Shahrokh & Hübner, S.79).

Die Prostata Tumore gehören zu den hormonabhängigen Tumoren, d.h. sie wachsen unter dem Einfluss von Hormonen.

2.3 Diagnostik

Besteht bereits eine genetische Prädisposition für ein Prostatakarzinom, wird die Prostata, vorsorglich ab dem 45 Lebensjahr routinemässig auf Veränderungen untersucht. Ein Prostatakarzinom kann somit bereits dann erkannt werden, bevor der Mann Symptome bemerkt. Obwohl die Ätiologie nicht bekannt ist, scheinen genetische wie auch hormonelle

Faktoren, (ungesunder) Lebensstil wie Ess- und Trinkgewohnheiten, belastende Umweltfaktoren sowie Infektionskrankheiten prädominant. In einem frühen Stadium bleibt das Prostatakarzinom symptomlos. Mögliche Indikatoren könnten Harnretention¹ oder eine erschwerte Ejakulation sein. Die Erkrankung zeigt sich in manchen Fällen erst durch Beschwerden am Skelett (z.B. Rückenschmerzen), ausgehend von Metastasen, die sich dort gebildet haben (Hautmann & Geschwend, 2014).

Im den folgenden Abschnitten werden die gängigsten Diagnoseverfahren kurz erklärt.

2.3.1 Rektale Untersuchung

Die Prostata ist ein circa kastaniengrosses Organ, welches durch eine rektale Untersuchung ertastet wird. Ein Karzinom kann sich durch Veränderungen, Knoten oder ungleiche Weichheit der beiden Seiten zeigen. Diese Veränderungen müssen durch eine Biopsie (Entnahme von Gewebe und deren Untersuchung) genauer untersucht werden. Auch andere medizinische Vorkommnisse können Ursache für diese Veränderungen sein (Hautmann & Gschwend, 2014, S.222).

2.3.2 Sonografie und MRI (Magnetresonanztomographie)

Wenn aufgrund einer auffälligen Rektaluntersuchung und/oder erhöhtem PSA-Wert der Verdacht auf ein Prostatakarzinom besteht, ist ein MRI der Prostata die sensitivste Untersuchungsmethode (Maar, 2015). Weitere bildgebende Untersuchungen erfolgen transrektal per Ultraschall. Dieses Verfahren bleibt bei einem Karzinom aber ungenau. Weiter gibt es die Elastographie und Histo-Scan-Untersuchungen. Alle diese bildgebenden Verfahren zeigen mögliche suspekte Areale an, was eine gezielte Biopsie an den auffälligen Stellen ermöglicht (Hautmann & Gschwend, 2014, S.222).

2.3.3 PSA-Wert

Beim PSA handelt es sich um das prostataspezifische Antigen, welches ausschliesslich in der Prostata gebildet wird. Dieses Antigen dient der Verflüssigung des Samens. Durch ein sogenanntes Radio- oder Enzymimmunoassay kann ein Wert bestimmt werden, der Rückschlüsse auf benigne Prostatahyperplasie (gutartige Vergrösserung der Prostata) oder ein Karzinom ziehen lässt. Bei der Vorsorgeuntersuchung werden bei 2% (aller Männer ab 50 Jahren) erhöhte PSA-Werte gemessen, 60 % dieser erweisen sich als behandlungsbedürftige Prostatakarzinome. Auch leicht erhöhte Werte können auf ein

¹ Unfähigkeit des Wasserlassens, oder unvollständige Blasenentleerung

Karzinom hinweisen. Wiederum haben 20% aller entdeckten Karzinome einen normalen PSA-Wert. Der PSA-Wert ist sehr wichtig in der Früherkennung des Prostatakarzinoms und wird ebenfalls bei der Therapiekontrolle eingesetzt (Hautmann & Gschwend, 2014, S.223).

2.3.4 Staging-Untersuchungen

Von Staging-Untersuchungen wird gesprochen, wenn man das Ausmass der Tumorerkrankung einschätzen will. Diese Staging-Untersuchung gibt Aufschluss darüber, wie weit der Krebs fortgeschritten ist. Die Kenntnis über das Stadium in welchem sich der Tumor befindet, ist für die Therapieplanung und der Prognose wichtig. Folgende bildgebende Verfahren können verwendet werden:

- Kernspintomographie (MRI)
- Computertomographie (CT)
- Knochenszintigraphie (Untersuchung von Veränderungen im Knochen)

2.4 Behandlungsmethoden

Prostatakrebs zeigt sich in unterschiedlichen Ausprägungen. Es kann sein, dass ein Mann bei einer jährlichen Routineuntersuchung unerwartet mit der Erkrankung konfrontiert wird. Es können sich auch initial Einschränkungen zeigen, die zu einem Untersuch führen und der Krebs wird so entdeckt. Welche Behandlung sich anzeigt, ist von mehreren Kriterien abhängig und oft sind es auch Kombinationen von Behandlungen die genutzt werden. In den folgenden Unterpunkten, werden die gängigen Methoden gesondert erklärt.

2.4.1 Bestrahlung

Ein Tumor kann extern oder intern bestrahlt werden. Wobei die interne Bestrahlung das Risiko von Erektionsstörungen senkt, da in unmittelbarer Nähe des Tumors bestrahlt wird und die Strahlen einen kurzen Weg im Körper zurücklegen.

Die interne Strahlentherapie (Brachytherapie) ist somit eine nebenwirkungsarme Therapiemöglichkeit, unterliegt aber der radikalen Prostatektomie. Ziel ist die Tumorzellen zu schädigen und gleichzeitig das gesunde Gewebe zu erhalten. Sie kann ergänzend eingesetzt werden oder zeigt sich für Patienten an, die ein hohes Narkoserisiko vorweisen oder für solche, die eine Operation ablehnen (Graefen, Michl, Hammerer & Huland, 2000). Der Einfluss auf die Kontinenz und Potenz der Patienten ist hier geringer, jedoch treten vermehrt Darmprobleme auf. Diese benötigen bis zu ein Jahr bis zur Rückbildung, ebenfalls bestehen grössere Risiken für Blasen- oder Rektumkarzinome (Heim & Schwere, 2006).

2.4.2 Antihormontherapie (Medikamentöse Kastration)

Diese Art der medikamentösen Behandlung hat zum Ziel die Testosteronproduktion, welche das Tumorwachstum vorantreiben, zu unterbinden. Es gibt drei Gruppen von möglichen Einflussnahmen, wovon die LH-RH-Agonisten die Standard-Therapie darstellt.

1. Antiandrogene²: wirken direkt bei der Prostata. Durch diese Medikamente, wird die Aufnahmen vom männlichen Geschlechtshormon Testosteron verhindert.
2. LH-RH-Agonisten: hier wird medikamentös Einfluss auf die Hirnanhangdrüse genommen, durch eine Hemmung von Hormonen, die die Steuerung der Produktion von Testosteron benötigen würde.
3. Östrogene: bei dieser Variante werden beide Wirkungen (1 und 2) kombiniert. In der Hirnanhangdrüse werden Hormone gehemmt und gleichzeitig Rezeptoren bei der Prostata blockiert (Hautmann, 2014; Hofmann, 2011).

Die Hormonproduktion kann ebenfalls durch eine Entfernung der Hoden (Hodenhüllen und Nebenhoden bleiben erhalten) durch eine sogenannte bilaterale Orchiectomie (chirurgische Kastration) verhindert werden. Dieser Eingriff ist dauerhaft und irreversibel. Dieser Eingriff kommt nur in Spezialfällen zum Einsatz. Die meisten Männer ziehen eine medikamentöse Kastration einer chirurgischen vor.

Durch diese hormonelle Einflussnahme werden durchaus Erfolge erzielt, diese gehen jedoch mit Nebenwirkungen, durch den Eingriff in den natürlichen Hormonhaushalt, einher. Die Nebenwirkungen sind vielfältig (Verlust der Libido und der Potenz, Brustwachstum, Hitzewallungen, Gewichtszunahme, Muskelabbau etc.) und weitere Folgeerkrankungen (Diabetes, Blutarmut, Knochenabbau, Herz-Kreislaufkrankungen) werden begünstigt. Deshalb wird die medikamentöse oder chirurgische Kastration nur bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen eingesetzt, um das Wachstum des Tumors zu verlangsamen und um Beschwerden zu lindern (Hofmann, 2011).

Der Eingriff in den Hormonhaushalt des Patienten birgt ein grosses Risiko für Erektionsstörungen und Libidoverlust (Berner & Birken, 2013, S. 154).

² Männliche Geschlechtshormone/Sexualhormone = Androgene, Antiandrogene =Wirkung richtet sich gegen Androgene

2.4.3 Prostatektomie

Bei einer radikalen Prostatektomie wird die ganze Prostata mit der Samenblase entfernt. Die Blase wird an die verbleibende Harnröhre genäht. Je nach Stadium der Erkrankung werden ebenfalls umliegende Lymphknoten entfernt. Nerven und Blutgefässe die den Penis versorgen (wichtig für die Erektionsfähigkeit) liegen eng an der Prostata, ebenso der äussere Schliessmuskel der Harnblase. Bei der Operation wird, wenn möglich, versucht diese Areale zu schonen. Es gibt verschiedene Operationsmöglichkeiten.

Retropubisch: offen operativer Zugang, durch einen senkrechten Hautschnitt am Unterbauch oberhalb des Schambeins.

Perineal: offen operativer Zugang über den Damm (zwischen Hodensack und After). Dies ist die älteste Operationsmethode.

Konventionell laproskopisch (Schlüsselloch-Chirurgie): der Operateur oder die Operateurin operiert direkt durch das Laproskop. Durch mehrere kleine Hautschnitte werden laproskopische Instrumente in den Bauchraum eingeführt.

Roboterassistiert laproskopisch: bei dieser Variante steuert der Arzt/die Ärztin von aussen mit einer Konsole robotergestütztes Instrumente.

(Hautmann & Gschwend, 2014; Hofmann, 2011; Kleinpoppen, Schneider & Hoppe, 2011).

Die Wahl der Operationsart, hängt von vielen Faktoren ab. Zum einen vom Tumor, dessen Stadium und der Lage selbst, dem Alter des Patienten und auch vom Behandlungszentrum und dessen gängigen Operationsmethoden. Auch werden in der Medizin immer wieder grosse Fortschritte erzielt und immer neuere Methoden entwickelt, damit möglichst non-invasiv behandelt werden kann. Auf diese neueren Methoden, als Beispiel gilt die Irreversible Elektroporation (IRE), die mit elektrischen Feldern und Starkstrom arbeitet. Sie ist vielversprechend, jedoch fehlen die Langzeitstudien darüber und deshalb wird in dieser Arbeit nicht darauf eingegangen, da diese Methode noch nicht zu den gängigen Verfahren zählt.

2.4.4 Lokale Lymphadenektomie (bei einer Prostatektomie)

Meist wird eine lokale Lymphadenektomie (operative Entfernung der Lymphknoten) bei einer radikalen Prostatektomie angewendet. Die veränderten Lymphknoten werden entfernt, um die Ausbreitung des Krebses zu verhindern. Dies stützt auf der Theorie, dass Lymphknoten mögliche Krankheitsherde sind, aus denen sich der Krebs weiter ausbreitet (Hautmann & Gschwend, 2014, S. 225). Dieses Vorgehen wird kontrovers hinterfragt. Hölzel, Engel und Löhrs (2008), verglichen mehrere Studien und Daten des Tumorregisters München, bezüglich der standardmässigen Entfernung positiver Lymphknoten der Tumorchirurgie. Sie kamen zum Schluss, dass eine erhöhte Anzahl positiver Lymphknoten (veränderte Lymphknoten) Indikatoren, jedoch nicht Ursache für Fernmetastasen sind und somit keinen Einfluss auf das Langzeitüberleben haben. In der gängigen Praxis werden veränderte Lymphknoten bei der Prostatektomie dennoch präventiv mit entfernt. Für diese bezahlen die Patienten einen hohen Preis: denn auch diese Operation kann Folgen wie Taubheitsgefühl, Bewegungseinschränkungen, Nervenschäden, Impotenz und Inkontinenz mit sich bringen.

2.4.5 Nervenschonende Operation

Bei einer nervenschonenden Prostatektomie wird der Gefässstrang, der die «Corpora cavernosa» (Schwellkörper) versorgt, erhalten (Heim & Schwerte, 2006). Nervenschonend kann nur dann operiert werden, wenn der Tumor ausschliesslich innerhalb der Prostata ist, also die Kapsel und Wände nicht durchbrochen hat.

Durch eine roboterassistierte Laproskopie (Schlüssellochchirurgie) wird bei der Operation weniger Gewebe verletzt, d.h. es kann nervenschonender operiert werden. Es kommt somit zu weniger Blutverlust und zu reduzierten postoperativen Schmerzen. Die Operation wird von der operierenden Person über eine Konsole ferngesteuert.

Dank der systematischen Erfassung von Prostatakarzinomen, auch bereits in frühen Stadien der Erkrankung, erschliesst sich die Möglichkeit nervenerhaltend zu operieren. In einem frühen Stadium sind die Tumore eher organbegrenzt. Die präoperativen Befunde müssen jedoch gut analysiert werden, sodass die gewünschte Radikalität des Eingriffs nicht unterschätzt wird. Durch das verbesserte anatomische Studium konnte gezeigt werden, dass der Erhalt des Gefässnervenstranges bei lokalisierten Tumoren möglich ist. Im Durchschnitt sind diese Patienten vier Jahre jünger. Je jünger die operierten Patienten sind, desto besser stehen die Prognosen der Nervenerhaltung. Eine umfassende

Nervenerhaltung begünstigt die postoperative Potenz. Obwohl zu erwähnen ist, dass es keine einheitliche Definition der postoperativen Potenz gibt. Auch eine partielle Erektion ermöglicht den Geschlechtsverkehr ohne Hilfsmittel und die Harninkontinenz scheint ebenfalls positiv beeinflusst. Unklar bleibt jedoch, ob die Kontinenz mit dem jüngeren Alter der Patienten korreliert (Graefen et al., 2000). Kurz zusammengefasst eignet sich die nervenschonende Operation für jüngere Patienten (u 65), deren Karzinom lokal begrenzt ist und die präoperativ potent sind. Eine frühe pharmakologische Behandlung kann den Erfolg beim Erhalt der Potenz noch verbessern (Heim & Schwerte, 2006).

In einer Studie aus Deutschland wurden im Zeitraum von 2014 und 2019, 622 Patienten die postoperativen Auswirkungen (der Fokus, liegt dabei auf der Harnkontinenz) der zufällig aufgeteilten Operationsmethode miteinander verglichen. Zu verschiedenen Zeitpunkten (vor und nach der Operation und unter Einbezug der Langzeitergebnissen) wurden die Patienten untersucht. Die roboterassistierte Methode und ein jüngeres Alter des Patienten zeigten in Bezug auf die Harnkontinenz die besten Resultate. Ebenfalls auf die Erhaltung der Potenz zeigte sich ein positiverer Wert bei der roboterassistierten Methode (Stolzenburg et al., 2022). Bei einer Operationsentscheidung sollte auf jeden Fall durch eine umfängliche Sexualanamnese die präoperative Potenz erfasst werden und als Entscheidungsgrundlage miteinbezogen werden (Graefen et al., 2000). Dabei soll das Alter des Patienten nicht ausschlaggebend sein, sondern der Wunsch eine aktive Sexualität möglichst erhalten zu können.

2.4.6 Operation vs. Active Surveillance (aktive Überwachung) oder Watchful Waiting (beobachtendes Abwarten)

Neben operativen Verfahren, die einen sofortigen kurativen Effekt erzielen, besteht auch die Möglichkeit des Zuwarten und den Tumor aktiv zu überwachen. Unterschieden wird hier zwischen «Active Surveillance» (bei einem lokal begrenzten Tumor mit geringerem Risiko) und «Watchful Waiting» (Ziel ist dabei nicht mehr die Heilung, sondern ein Hinauszögern einer palliativen Behandlung) (Kleinpoppen et al., 2011, S.48). Die «Scandinavian Prostate Cancer Group 4» hat Daten von über 600 Patienten mit einem Prostatakarzinom ausgewertet, welche sich zwischen einer Operation oder einer Überwachung des Tumors entschieden haben. Die Studie dauerte von 1989 bis 1999. Am Ende der durchschnittlich 23-29 Jahre andauernden Nachbeobachtungszeit waren 80 % verstorben, davon war die Todesursache bei insgesamt 32,7 % Folge des Prostatakarzinom oder dazugehörigen Metastasen. Bei der Gruppe der operierten waren es 27,2 %, bei der Gruppe der Patienten, die sich für «Watchful Waiting» entschieden haben, lag die Sterberate bei 37,7 %. Die

operierten Männer hatten also eine geringere Gesamtmortalität. Je jünger dabei die Patienten bei der Diagnosestellung und der Operation waren, desto besser war ihr Verlauf (Lenzen & Feldmann, 2019). Somit konnte die durchschnittliche Lebenserwartung der operierten Männer um 2,9 Lebensjahre erhöht werden. Diese Langzeitstudie liefert wichtige Erkenntnisse über die Erfolge der Behandlungsmöglichkeiten in der Vergangenheit. In der Zwischenzeit sind in der Medizin viele Fortschritte gemacht worden, welche nicht in dieser Studie integriert sind. Diese sind wie bereits in dieser Arbeit erwähnt, der Früherkennung, dem damit verbundenen Behandlungsstart in einem jüngeren Alter, sowie immer neue und bessere Behandlungsmethoden zu verdanken. Wiederum fehlen bei neueren Methoden die Langzeitstudien. Welche Behandlungsmethode gewählt wird, muss genau mit dem Patienten besprochen werden. Auch wenn beispielsweise eine Überwachung des Tumors für einen Patienten mit seinen spezifischen Werten eine gute Option darstellt, heisst es nicht, dass dieser mit der psychischen Belastung leben kann, diesen schlummernden Tumor in sich zu haben.

2.5 Mögliche Folgen in Bezug auf die Paarsexualität nach einer Prostatektomie

Natürlich hat jede Krebserkrankung neben den körperlichen Folgen einer Behandlung auch einen Einfluss auf die Psyche des Menschen. Hier aufgelistet und erklärt, werden aber ausschliesslich körperliche Nebenwirkungen, die einen negativen Einfluss auf die Sexualität haben können.

2.5.1 Harninkontinenz

Bei einer Prostataentfernung wird der innere Schliessmuskel der Harnröhre als Teil der Prostata entfernt. Der äussere Schliessmuskel kann jedoch lernen die Harnkontrolle autonom zu übernehmen. Bis dieser Muskel die volle Funktionskontrolle erlangt, benötigt es ein paar Tage bis Monate (Krebsliga, 2021, 55). Die Prostatektomie ist der häufigste Grund für die Belastungsinkontinenz bei Männern. Nach einer Operation wird erst durch Beckenbodentraining und Lebensstilveränderungen (Einflussnahme auf Ernährung, Blasentraining, Beckenbodentraining, Biofeedback etc.) versucht die Inkontinenz zu beheben. Dafür wird ein Zeitfenster von sechs bis zwölf Monaten vorgeschlagen. Wenn es zu keiner Besserung kommt, besteht die Möglichkeit es operativ zu versuchen (Krull, Pahernik & Pandey, 2019, S. 99).

Gerade nach der Operation belastet die mögliche Harninkontinenz die Patienten am meisten. Einfluss auf die Inkontinenz haben die Art der Operation, das Alter und bereits vor

der Operation bestehende Funktionsstörungen. Es gibt keine einheitliche Definition, die die Kontinenz misst, also wird diese nicht einheitlich gewertet. Im Schnitt wird die Kontinenz nach drei Monaten wieder erreicht (Heim & Schwerte, 2006).

Wenn früh ein Training gegen die Inkontinenz begonnen wird, wird die Verbesserung unterstützt und beschleunigt. Wichtig ist neben dem angeleiteten Training durch speziell ausgebildete Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, dass der Patient das Training selbständig weiterführt. Denn auch wenn die Physiotherapie zu Ende ist, kann der Patient im ersten Jahr mit Selbsttraining kontinuierlich eine Verbesserung erzielen. Vermittelt werden in diesen Trainings Informationen über die Anatomie im Allgemeinen und dem Beckenboden im Speziellen und dem damit in Beziehung stehenden Blasentraining (Heim & Schwerte, 2006).

In einer retrospektiven Studie aus den USA wurden die Beziehungs- und psychosozialen Auswirkungen durch eine Belastungsinkontinenz nach einer radikalen Prostatektomie untersucht. 226 Männer wurden (bis zwei Jahre nach der Operation) durch einen validierten Fragebogen befragt und die Daten anschliessend deskriptiv ausgewertet. 53% der Befragten litten postoperativ unter Inkontinenz (12 % davon berichtete, dass sich diese im Verlauf auskuriert hat). Die 41% der Männer mit bestehender Inkontinenz geben alle an, dass sie wegen der Inkontinenz wenige Male (15%) auf Sex verzichten, 4% geben an manchmal, 9% meistens, 13% immer/fast immer (Salter et al., 2020).

Eine Harninkontinenz, als ein nicht steuerbares Austreten von Urin, stellt keine Bedrohung für die Gesundheit dar, kann sich aber negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (psychisch, soziales Wohlbefinden) auswirken. Datenauswertungen aus ELSA (English Longitudinal Study of Aging) vermuten einen Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und sexueller Gesundheit. Die Studie konzentrierte sich auf die Studienteilnehmenden (n=3805) Männer und Frauen ab 50 Jahren, die angegeben haben, in den vergangenen zwölf Monaten sexuell aktiv gewesen zu sein (Kerndaten aus der ELSA Studie, n=7079). Die national repräsentativen Daten zeigen auf, dass Harninkontinenz einen negativen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit hat. Obwohl Männer weniger betroffen waren (7%) als Frauen, hat die Harninkontinenz für sie stärkere Folgen. Die inkontinenten Männer klagten doppelt so viel über Auswirkungen, wie weniger gelebte Sexualität und das Nachlassen der Lust, als kontinente Männer. Der Leidensdruck war am stärksten, wenn die Störung noch neu war. Nach mehr als vier Jahren Inkontinenz fand Sexualität wieder häufiger statt (Anpassungsleistung an die Krankheit) (Lee, Tetley & Pendleton, 2018).

2.5.2 Erektile Dysfunktion (ED)

Wenn bei der Entfernung der Prostata bestimmte Nerven verletzt werden, kann es sein, dass das Glied bei der Erregung nicht mehr steif wird (Schütz & Kimmich, 2000, S.218).

Wie oft eine ED nach einer Prostatektomie auftritt, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Das Alter, die Potenz vor der Operation, Art der Operationstechnik und weitere auf die Potenz belastend wirkende Krankheiten (wie z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzkrankheiten etc.). Auch die Einnahme von Medikamenten wie Antidepressiva, Bluthochdruckmedikamente oder Antiandrogene (hemmen die Wirkung der männlichen Sexualhormone) wirken sich negativ auf die Erektionsfähigkeit aus (Heim & Schwerte, 2006).

Nach der Operation, die in erster Linie als lebensrettend wahrgenommen wird, werden die Einschränkungen einer ED erst nach einem gewissen zeitlichen Abstand zur Operation als belastend empfunden. (Vahlensieck, Sommer, Mathers, Gilbert & Waidelich, 2011).

2.5.3 Retrograde Ejakulation (trockener Samenerguss)

Ejakulation und Orgasmus werden häufig fälschlicherweise synonym verwendet. Oft werden erst nach der Operation die Begriffe in ihrer Unterschiedlichkeit verstanden (Danemalm, 2019). Betroffene Männer können nach einer Prostatektomie weiter einen Orgasmus erleben, das Sperma wird aber in die Blase gepresst und mit dem Urin ausgeschieden. Durch das Glied fließt keine Samenflüssigkeit mehr (trockener Orgasmus), d.h. der Mann ist nicht mehr zeugungsfähig (Schütz & Kimmich, 2000, S.218). Besteht dennoch ein Kinderwunsch, ist dies nach einer Prostatektomie auf natürlichem Wege nicht mehr möglich. Es besteht jedoch die Möglichkeit vor Therapiebeginn Spermien zu entnehmen und für eine spätere künstliche Befruchtung zu konservieren (Kryokonservierung) (Krebsliga, 2020). Auch wenn das Durchschnittsalter der an Prostatakrebs erkrankten Männer bei 70 Jahre liegt, gibt es auch jüngere Patienten für welche dies ein wichtiges Thema darstellt.

Häufigkeit der Folgen der Operation und unterschiedliche Ausprägungen

Erektile Funktionsstörungen und Dysfunktionen der Ejakulation treten beim Prostatakarzinom zwischen 40 % und 90 % auf. Aber auch bei anderen Karzinomen zeigt sich ein Verlust der Libido, eine veränderte sexuelle Aktivität und reduzierte sexuelle Befriedigung: diese Nebenwirkungen werden bei Gesichtstumoren in 40 % bis zu 74 %, bei

Kehlkopfkrebs in 60 %, bei Brustkrebs in 10 % bis zu 50 % beobachtet (Kusch, Labouvie & Hein-Nau, 2013, S.17).

2.5.4 Berührungsempfinden, Libido und Orgasmusfähigkeit

Das Lustorgan der Sexualität liegt im Zwischenhirn. Bei einem Orgasmus werden Impulse von den erogenen Zonen ans Hirn gesendet, die dann als Lust empfunden werden. Diese sensiblen Nerven, die die Impulse schicken, sind nicht dieselben, die die Impulse vom Hirn an den Penis senden, um eine Erektion zu erzeugen. Also empfindet auch ein Mann, der keine Erektion mehr haben kann, sexuelle Lust und kann einen Orgasmus erleben. Das Orgasmuserleben kann nachlassen, grundsätzlich bleibt die sexuelle Erregungs- und Orgasmusfähigkeit aber trotz operativem Eingriff erhalten, auch die Lust nach sexueller Aktivität bleibt bestehen (Schütz & Kimmich, 2000, S. 218; Danemalm, 2019).

2.6 Medizinische Unterstützungsmöglichkeiten

«Frühzeitige Informationen können helfen, einer Chronifizierung von Problemen entgegenzuwirken und tragen somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei» (Brechtel, 2012, S.113). Es gilt die Betroffenen in einem frühen Stadium niederschwellig zu informieren, auch ausgelegte Informationsbroschüren signalisieren, dass entsprechende Themen ein Teil der Behandlung sein können. Dies kann für die von Krebs erkrankten Menschen, wie ihre Partnerinnen und Partner gleichermaßen gelten (Selbsthilfegruppen, Sexualität, Partnerschaft). Die medizinischen Unterstützungsangebote beschränken sich auf die Unterstützung/Wiederherstellung der Erektion. «Sexuelle Lust, Orgasmus und Ejakulation können dadurch nicht beeinflusst werden» (Zetl, 2002, S. 79).

2.6.1 Vakuumerektionshilfesysteme (VEHS)

Wenn medikamentöse Therapieformen keine Option sind (weitere Risiken oder Krankheiten, oder bei medikamentöser Therapieresistenz), kann eine Vakuumerektionshilfe eine Möglichkeit sein. Dabei wird mit einer Pumpe ein Unterdruck erzeugt, welcher zu einer Blutzunahme im Penis führt. Um diese halten zu können, wird durch einen Gummiring an der Peniswurzel, der Abfluss verhindert. Diese Art der Erektionshilfe setzt keine sexuelle Erregung voraus. Der Penisring darf maximal 30 Minuten verwendet werden und die Rigidität, die erreicht werden kann ist begrenzt (Heim & Schwerte 2006; Hartmann, 2017, S. 304).

2.6.2 Schwellkörperautoinjektionstechnik (SKAT)

Konnte nicht nervenschonend operiert werden und wenn keine nächtlichen Spontanreaktionen mehr auftreten, besteht die Möglichkeit, dass die Patienten angeleitet erlernen Prostaglandin (hormonähnliche Substanz) in das Corpus cavernosum (Penisschwellkörper) zu spritzen. Diese Injektion wirkt gefässerweiternd. Durch direkte Wirkung auf die Schwellkörper wird eine Erektion ausgelöst. Diese Behandlung sollte innerhalb von drei Monaten nach der Operation begonnen werden, und erzielt so die besten Ergebnisse (Heim & Schwerte, 2006).

2.6.3 Medikales urethrales System zur Erektion (MUSE)

Derselbe Wirkstoff Prostaglandin wie bei Kapitel 2.6.2. beschrieben, kann auch als Zäpfchen mit einem Applikator direkt in die Urethra (Harnröhre) eingeführt werden. Die Wirkung ist jedoch etwas schwächer.

2.6.4 5-Phosphodiesterasehemmer (5-PDE-H)

Diese Medikamente wie z.B. Sildenafil sind erfolgsversprechend, da sie eine vorhandene Erektion verstärken können (auch bei partieller Erektion) (Graefen et al., 2000). Was aber auch bedeutet, dass diese Medikamente nur eingesetzt werden können, wenn durch sexuelle Stimulation Nervensignale ans Gehirn gesendet werden können. Die Nervenbahnen müssen trotz operativem Eingriff intakt geblieben sein (Hofmann, 2011).

Bekannt sind diese Medikamente unter diesen Namen:

Sildenafil (Handelsname Viagra) Tadalafil (Handelsname Cialis) Vardenafil (Handelsname Levitra) Avanafil (Handelsname Spedra).

Diese Medikamente hemmen ein Enzym im Körper, welches den Stoff abbaut, der für die Erweiterung der Penisarterie nach einer sexuellen Stimulation zuständig ist. Die Folgen sind, dass vermehrt Blut in den Schwellkörper einfließen kann. Die Erektion wird nicht durch die 5-PDE-H ausgelöst. Dazu braucht es einen sexuellen Reiz, der lediglich unterstützt wird. Beachtet werden muss, dass dies wegen möglicher Nebenwirkungen oder Kontraindikationen, nicht für alle Männer eine valable Option darstellt. Dies gilt es sorgfältig abzuklären und nicht selbst eine Medikation ohne ärztliche Rücksprache zu starten. Nach einer nervenschonenden Operation kann es sinnvoll sein, bereits vier Wochen postoperativ mit der Einnahme zu beginnen (Heim & Schwerte, 2006). Diese Medikamente können den

Bluteinstrom in die Schwellkörper des Penis unterstützen, damit es zu keinem Funktionsverlust kommt.

2.6.5 Penisprothese (Schwellkörperimplantat)

Bei der Penisprothese wird operativ ein Implantat eingesetzt, welches die Aufgabe der nicht funktionierenden Schwellkörper übernimmt. Es gibt mittlerweile verschiedene Möglichkeiten von hydraulischen Pumpen, bei der eine Pumpe im Hodensack eingesetzt wird, oder es werden biegsame Implantate verwendet. Dabei wird beim Geschlechtsverkehr der Penis einfach nach vorne gebogen (Heim & Schwerte, 2006).

3 Sexuelle Gesundheit

3.1 Definition

Definitionsentwurf der World Health Organization (2002): "Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled."

"Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Das bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus, wie auch die Möglichkeit, genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werden» (Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit, 2015).

«Nach DSM³-IV liegt selbst bei einer völlig aufgehobenen sexuellen Funktion (z.B. einer dauerhaften Unfähigkeit zur Gliedversteifung) keine Störung vor, wenn der Betroffene unter diesem Zustand nicht leidet oder hieraus nicht zwischenmenschliche Schwierigkeiten resultieren» (Beier, Bosinski & Loewit, 2005, S. 29). Das subjektive Leiden hat in der Diagnostik in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. In einer Partnerschaft kann beispielsweise der Druck, in seiner Männlichkeit/Weiblichkeit wahrgenommen zu werden, zu einem regelrechten Teufelskreis führen, wenn die Zufriedenheit in der Sexualität von der Bestätigung seines Gegenübers abhängt (Hauch, 2019). Rösing und Berberich (2009) haben in einer Übersichtsarbeit über allgemeine Sexualstörungen des Mannes darauf hingewiesen, dass unterschieden werden muss zwischen einer reinen Beeinträchtigung der Funktion und einer Beeinträchtigung, die einen Leidensdruck auslöst.

«Dabei ist davon auszugehen, dass die psychosozialen Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit nicht nur bestehen bleiben, sondern im Zustand grösserer

³ Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen

Hilfsbedürftigkeit wesentlich grössere Bedeutung erlangen, so dass noch sensibler auf deren (drohende oder definitive) Nichterfüllung reagiert wird» (Beier et al. 2005, S.570).

Denn über diese intime Kommunikation, die durch die Sexualität zum Ausdruck kommt, werden die oben erwähnten Grundbedürfnisse erfüllt.

3.2 Sexualität als Unterstützung für die Gesundheit

Die Partnerschaft alleine stellt bereits einen gesundheitsfördernden Aspekt dar (Partnerschaft als Quelle emotionaler und praktischer Unterstützung). Auch beschreibt ein Teil der Paare gar einen positiven Einfluss auf die Partnerschaft im Sinne einer Kohäsion (innerer Zusammenhalt). Für die Partnerschaft und allgemein für die Lebensqualität, ist die sexuelle Funktion ein relevanter Aspekt. Die sexuelle Zufriedenheit erweist sich als wichtiger Faktor für die Anpassung als Paar an die Krankheit (Zimmermann, 2019). Insofern zeigt sich, dass Partnerschaft, Sexualität und Lebensqualität eng zusammen verbunden sind.

Hans Jellouschek (2016) ein im deutschen Sprachraum renommierter Paartherapeut, hat in seiner autobiografischen Auseinandersetzung mit der Krebserkrankung seiner Frau, die unterstützende Paarbeziehung als «ausser Frage stehende Kraft», gegen die negativen Auswirkungen der Krankheit genannt. Ob sie eine heilende Kraft besitze sei dahingestellt, aber sicher wirke sie positiv auf die Lebensqualität (S.113).

4 Der Krebs und die Partnerschaft

Der Krebs kann eine Partnerschaft stark belasten, was auch zu Trennungen führen kann, weil die gemeinsame Bewältigung nicht möglich war. Eine Studie aus Deutschland (Nalbant, Karger & Zimmermann, 2021) welche die Trennungsgründe bei Paaren, die mit Krebserkrankungen konfrontiert waren untersuchte, zeigt auf, dass die Trennungsrate niedriger war, als in der Allgemeinbevölkerung. Teilgenommen haben 265 (Ex-) Partnerinnen und Partner von krebserkrankten Menschen. Die mittlere Beziehungsdauer bis zur Diagnose betrug knapp 18 Jahre. Getrennt haben sich 62 Paare, wovon jedoch 31 durch den Tod getrennt wurden und lediglich 14 Paare nennen als Trennungsursache die Folgen/Beziehungsproblemen, die wegen der Krebserkrankung entstanden sind. Von den Paaren die zusammengeblieben sind, gaben 44,1 % (n=75) der Partnerinnen und Partner an, dass die Auswirkung des Krebses auf die Beziehung negativ war, als positiv werteten es 55,9% (n=95). Die Ergebnisse zeigten jedoch, dass Partnerinnen und Partner von krebserkrankten langfristig unter den Folgen von Krebs leiden.

Neben der allgemeinen Belastung für die Partnerschaft, hat die Erkrankung ebenfalls einen Einfluss auf die Sexualität. In einer Studie aus Deutschland wurden 4955 Frauen und Männer per Fragebogen, zu ihrer sexuellen Aktivität, der sexuellen Befriedigung, dem Allgemeinzustand und allfälligen chronischen Krankheiten oder Behinderungen befragt. Bei Männern, wie bei Frauen, hatte eine körperliche oder psychische Krankheit zu einer deutlich beeinträchtigten Sexualität geführt. Dies ungeachtet dessen, ob die Krankheit einen offensichtlichen Bezug zur Sexualität aufweist (Drekker et. Al, 2020).

4.1 We-Disease

Heute weiss man, dass eine Krebserkrankung nicht nur die erkrankte Person betrifft, sondern dass die Krankheit in der Partnerschaft als eine «We-Disease» also als eine «Wir-Krankheit» erlebt wird. Nur ein Teil ist zwar körperlich an Krebs erkrankt, aber beide sind davon betroffen (Zimmermann, 2019).

4.2 Paarkommunikation über Sexualität

Eine Erkrankung welche auf die Sexualität des Paares einen Einfluss hat, stellt eine Herausforderung für die Kommunikation dar. Eine Krankheit hat oft einen grossen belastenden Einfluss auf diverse Aspekte des Lebens, diese gehen häufig mit Stress einher. Genau dieser chronische Stress verhält sich hemmend auf die Kommunikation und verringert letztlich die Intimität. Die Kommunikation ist aber wiederum eine grosse

Ressource für das Paar. Unterscheiden kann man die Kommunikationsstrategien in adaptive oder maladaptive Strategien oder das sogenannte «protective buffering»

Adaptive Strategie: sich öffnen, Sicht des andern anerkennen, aktive Problemlösung

→Folgen: höhere Partnerschaftszufriedenheit, geringeren psychischer Distress⁴

Maladaptive Strategien: Rückzugsverhalten, Vermeidung

→Folgen: höherer Distress für beide

Protective buffering: verstecken und zurückhalten, um nicht zusätzlich zu belasten (tendenziell eher vom nichterkrankten Teil des Paares)

→Folgen: geringere Lebensqualität und Partnerschaftszufriedenheit

Als Beispiel aus der Praxis von an Brust- oder gynäkologischem Krebs erkrankten Frauen, ist das Projekt «Seite an Seite» zu erwähnen. Das Programm zielt auf die Stärkung der partnerschaftlichen Kommunikation (z.B. Erlernen von Sprecher- und Zuhörerfähigkeiten) und behandelt auch den Umgang mit möglichen sexuellen Problemen und der Kommunikation darüber. Die Effektivität wurde durch eine randomisierte-kontrollierte Studie belegt (Zimmermann, 2019). Der Verlust von der vertrauten Paarsexualität löst ganz verschiedene Gefühle aus, darunter auch Trauer und Angst (vor Kränkung, Zurückweisung etc.). Werden Gedanken über diese Gefühle nicht ausgesprochen, ist die Gefahr von Missverständnissen und der daraus resultierenden Belastungen gross. Brechtel (2012) spricht vom «Teufelskreis der Sprach- und Hilflosigkeit» (S.112). Sexualität und Krebs bilden beides Themen, die immer noch tabubehaftet sind. Über das persönliche Erleben der Sexualität zu sprechen ist oft nicht üblich. «Durch bewusstes Nachfragen nach verändertem Erleben der Sexualität wird den Betroffenen signalisiert, dass die sexuelle Gesundheit den Körper und Geist einschliesst und Sexualität als ein lebenslanger Entwicklungsprozess zu verstehen ist» (Dudle, 2017, S.31). Wird der Partner oder die Partnerin in die Kommunikation der Krebsbehandlung einbezogen, auch in Fragen der sexuellen Bedürfnisse, so stärkt dies das Paar im Ungleichgewicht, welches die Krankheit in die Beziehung gebracht hat. Es wird etwas «Gemeinsames» und so kann gemeinsam Neues ausprobiert werden, was die Beziehung im Endeffekt stärkt (Dudle, 2017).

⁴ Distress: negativer krank machender Stress

5 Methoden

5.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Geführt wurden zwei semistrukturierte Interviews mit Partnerinnen von Männern nach einer Prostatektomie. Es wird aus diesen zwei Einzelfällen durch Induktion versucht allgemeine theoretische Aussagen zu generieren. Die Autorin geht davon aus, dass die Interviewpartnerinnen Expertinnen für ihre Situation sind und möchte nur wenige befragen, sich dafür aber intensiv mit deren Erleben und Sichtweise auseinandersetzen. Der Interviewleitfaden ist im Anhang II ersichtlich. Der Leitfaden wurde vor den Interviews aufgrund der gewählten Forschungsfragen erstellt. Das Gespräch wurde durch folgenden Einstieg eröffnet: «Ihr Mann hat vor ... Jahren eine Prostatektomie gehabt und mein Thema ist ja, wie deren Partnerinnen in Bereichen der Sexualität fachlich begleitet und unterstützt werden. Die Diagnose wurde gestellt und plötzlich waren Sie die Frau an der Seite eines an Krebs erkrankten Mannes, wie ging es Ihnen damit?». Die Einleitung und die offene Frage zu Beginn, soll es der Interviewpartnerin ermöglichen, sich nochmals in die Gefühlswelt zurückzusetzen, in der sie sich bei der Diagnose Krebs befunden hatte. Der Einstieg zeigt auch auf, dass es in den Fragen um Themen der Sexualität geht. Auf einem kleinen Plakat, welches am Boden zwischen Interviewerin und Interviewpartnerin aufliegt, ist der Titel der Arbeit ersichtlich, so dass die Interviewpartnerin eine kleine Unterstützung hat, immer wieder auf den Kern zurückgekommen. Weiter soll dies Irritationen mindern, wenn die Interviewerin immer wieder auf das Thema der Sexualität zurückkommt. Im Vorfeld hat die Interviewerin bereits allgemeine Angaben (aktuelles Alter, Beziehungsdauer, Alter bei der Diagnose, Entscheid Operation, Operationsjahr und Art der Operation) erfasst und die Interviewpartnerin über den Zweck und Umfang des Interviews informiert, die Einverständniserklärung erklärt und aufkommende Fragen geklärt. Ziel dieser zentralen inhaltsanalytischen Technik ist, Kategorien zu bilden auf die dann genauer eingegangen wird.

5.2 Auswertung

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse aus den beiden qualitativen Interviews durch kategorisierte Inhalte, genauer erläutert und in Kapitel 7 mit Forschungsergebnissen und Fachliteratur vertieft. Durch Zitate der betroffenen Frauen werden die Unterkapitel ergänzt. Dabei wird die induktive (vom Speziellen zum Allgemeinen) Kategorienbildung angewendet, basierend auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

5.3 Forschungsethik und Datenschutz

Die forschungsethischen Prinzipien wurden unter anderem durch die Freiwilligkeit der Teilnahme an den Interviews eingehalten. Bereits in der Ausschreibung wurde auf die anonymisierte Erhebung hingewiesen. Bei der persönlichen Kontaktaufnahme wurden erste Fragen geklärt. Vor den Interviews wurden nochmals Information über die Masterarbeit und das geplante Interview erläutert und Raum für Fragen gegeben. Die Einverständniserklärungen (siehe Anhang I.) wurde Punkt für Punkt gemeinsam besprochen, inklusive der Möglichkeit, die Daten zu widerrufen. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass alle Informationen, die Rückschlüsse zur Person ziehen lassen könnten, anonymisiert werden. Ebenfalls wurde informiert, dass die Audiodatei nach dem Einreichen der Masterarbeit gelöscht wird. Die Autorin behielt sich ebenfalls vor, das Interview abubrechen, wenn sie die psychische Unversehrtheit der Interviewpartnerin gefährdet gesehen hätte. Wichtig war ebenfalls der respektvolle Umgang und die Wertschätzung der Interviewpartnerin gegenüber.

6 Interviews

6.1 Rahmen und Setting

Durchgeführt wurden zwei Interviews während einer Dauer von circa 1,5 Stunden. Die Interviews waren zwei Einzelinterviews.

6.2 Bestandesaufnahme

Die Interviewpartnerinnen wurden über eine onkologische Praxis gefunden. Um die beiden Interviewpartnerinnen auseinanderhalten zu können, werden sie als Frau A (Interview 1) und Frau B (Interview 2) benannt. Frau A ist zum Zeitpunkt des Interviews 67 Jahre alt und pensioniert. Ihr Partner ist 83 Jahre alt und ebenfalls pensioniert. Das Paar ist seit 35 Jahren in einer Beziehung und nicht verheiratet, sie haben keine gemeinsamen Kinder. Die Erstdiagnose wurde 2010 gestellt, infolge wurde bis 2012 das Prostatakarzinom engmaschig überwacht, bevor es dann 2012 zur Operation kam. Die Operation war eine nervenschonende Operation, eine roboterassistierte Laproskopie. Vier Jahre später bildeten sich Metastasen am Schambeinast, welche bestrahlt werden mussten, da der PSA-Wert in den vergangenen zwei Jahren gestiegen war. Jetzt zehn Jahre nach der Operation muss er erneut bestrahlt werden und sich einer Hormontherapie unterziehen. Der wiederkehrende Krebs ist nicht Teil des Interviews, sondern die Zeit vor der Prostatektomie und die Jahre danach, in denen er krebsfrei war. Frau B ist zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alt, ihr Partner ist 61-jährig, beide sind noch berufstätig. Sie sind seit 14 Jahren in einer Beziehung, sind verheiratet und haben keine gemeinsamen Kinder. Die Erstdiagnose wurde 2017 gestellt, ein Jahr später wurde die Operation durchgeführt. Auch hier handelte es sich um eine Operation mit der roboterassistierten Laproskopie.

6.3 Der Krebs und die medizinische Begleitung

Die Begleitung durch das medizinische Behandlungsteam wurde von den beiden Frauen unterschiedlich genutzt. Während Frau A ausschliesslich bei einem Gespräch vor der Operation dabei war, hat Frau B an mehreren Gesprächen teilgenommen. Frau A wurde durch ihren Mann informiert, soweit er ihr Informationen zurückgetragen hatte. Frau B war es wichtig, selbst Fragen stellen zu können und auch eine Zweitmeinung einzuholen.

«Weil ich finde es ist nicht einfach zu entscheiden, was man operiert, wie man operiert (...) also das sind grosse Fragen».

Frau A hat sich, obwohl sie nur einmal an einem Gespräch anwesend war, ausreichend informiert gefühlt und hatte bis zum Zeitpunkt der Operation keinen weiteren Klärungsbedarf was medizinische Themen betraf.

Frau B war das Vertrauen zum Operateur sehr wichtig. In ihrer Frage betreffend eines möglichen Erektionsverlustes, hat sie die Antwort «ja, also dies ist das kleinste Problem, also da gibt es ja noch Viagra» stark irritiert. Sie empfand, dass der Arzt gar nicht wisse, wovon sie rede.

«Also ich war dermassen schockiert anhand von dieser wirklich groben Antwort, dass ich meinem Mann gesagt habe: ‚Also bei dem machst du die Operation nicht, das kommt überhaupt nicht infrage‘. Ich hatte null Vertrauen zu dem Chirurgen. Null. (...) Vielleicht ist er ja als operierender Chirurg super, aber es hat (...) uns wie zurückgespickt.»

Während beim Partner von Frau A die Operation sehr gut verlief und sich eine hoffnungsvolle und positive Stimmung beim Paar einstellte, traten beim anderen Mann medizinische Komplikationen durch aufgestautes Wasser auf, was zusätzlich, mit der Vorbelastung einer Blutgerinnungsstörung, den Genesungsprozess erschwerte. In dieser Zeit hat sich Frau B medizinisch schlecht begleitet gefühlt. Durch Eigeninitiative hat sie sich aus der Alternativmedizin Unterstützung für ihren Mann organisiert.

Bei beiden Paaren war die Angst vor den Folgen der Inkontinenz am grössten. Betreffend derer, hat der Partner von Frau A hilfreiche Informationen zur Notwendigkeit des Beckenbodentrainings bekommen. Die Trainingseinheiten hat er gewissenhaft durchgeführt und konnte so postoperativ seine Kontinenz wiedererlangen.

Bei beiden Partnern war, trotz der nervenschonenden Operation, nach der Operation keine Erektion mehr möglich. Dass auch nach einem Jahr noch keine Besserung eintrat, hat bei Frau B und ihrem Partner Stress ausgelöst. Denn sie hatten die Information, dass nach Ablauf einer zwölfmonatigen Frist, in der die Erektionsstörungen anhalten, diese chronisch sein werden. Dies hat sich aber nicht bewahrheitet, als sich der Stress und Druck abgebaut haben, kehrte die Erektion Stück für Stück beim Partner von Frau B zurück und ein Eindringen ist wieder möglich.

Eine Studie von Vahlensieck et al. (2011) beschäftigte sich mit der Beratung zur ED nach einer radikalen Prostatektomie. Die Ärzteschaft (Urologinnen und Urologen und Operierende) steht an erster Stelle in Bezug auf der Vermittlung von Informationen und Therapiemöglichkeiten für Betroffene. Je älter die Patienten waren, umso weniger wurden sie über Therapiemöglichkeiten bei einer ED informiert. Zurückzuführen auf den Zeitdruck

des Spitalpersonals, wurde vor der Operation wenig Informationen über Therapiemöglichkeiten nach dem Eingriff vermittelt, erst durch die stationäre Rehabilitation wurde das Paar ausführlicher mit relevanten Informationen bedient.

6.4 Information

Die Informationen, die durch den Arzt oder die Ärztin abgegeben wurden, haben beiden Paaren nicht ausgereicht, um alle Fragen und Bedürfnisse, die sich aufgetan haben, zu beantworten. Auch wenn bei beiden die medizinische Begleitung vor der Operation grundsätzlich als gut empfunden wurde. Bei Frau A hatte sich der Partner äusserst detailliert informiert.

«Er hat sich nachher sehr intensiv auseinandergesetzt (...) Er ist nach Amerika gereist und hat dort mit einem Urologen geredet»

Sie selbst hat sich keine zusätzlichen Informationen eingeholt. Informationen über medizinische Hilfsmittel hatte ausschliesslich ihr Partner. Das Gespräch im Freundeskreis war zwar möglich, ging aber nicht in die Tiefe. Ihre Informationen hat sie ausschliesslich durch ihren Partner erhalten.

Frau B war es wichtig, bei den Terminen im Spital selbst Fragen stellen zu können. Sie hat sich aktiv Informationen geholt und ihren Mann bei einigen Terminen begleitet. Sie sagt, dass sie mehr Fragen hatte als er und dass sie so entlastet war, weil sie direkt zu Antworten kam. Sie erwähnt auch, dass sie zu zweit mehr, oder andere Dinge, aus einem Gespräch mitnahmen, was ihnen dann wieder als Grundlage zum Gespräch diente. Dies empfand sie als hilfreich.

«Mir kam es auf anderes an als ihm, und darum war es eine gute Entscheidung»

Keine der beiden Interviewpartnerinnen hat angegeben, dass sie je Teil eines Gesprächs betreffend Sexualität waren. Frau B erkannte zwar bei einem Arzt eine gewisse Offenheit, er sei aber bei seinem Spezialgebiet geblieben. Frau A kam ausschliesslich über ihren Partner zu Informationen, was sie so akzeptiert hat und ein Teil der Paardynamik zu sein scheint. Da Frau A nur einmal an einem Gespräch dabei war, waren ihre Möglichkeiten sich direkt Unterstützung beim Behandlungsteam zu holen beschränkt.

Nach der Operation hat sich Frau B in Bezug auf Themen der eigenen Körperlichkeit und Sexualität selbst informiert, ausschlaggebend war ein Zeitungsinterview mit einer Therapeutin, das ihr Interesse weckte und dessen entsprechende Dienstleistung sie auch nutzte.

Abschliessend kann man zusammenfassen, dass es den befragten Partnerinnen unterschiedlich wichtig war, sich über die Krankheit, den Eingriff und die Konsequenzen zu informieren.

6.5 Kommunikation

Frau A hat sich ausschliesslich mit ihrem Partner über die Situation ausgetauscht. Gespräche im Freundeskreis waren begrenzt möglich, gingen aber nicht in die Tiefe. Während der Akutphase der Krankheit empfand Frau A die Paarkommunikation besser als sonst. Da der Partner von Frau A alleine Träger aller Informationen über die Krankheit war, entschied er, was er an Inhalt in die Kommunikation mit seiner Partnerin einfliessen lässt. Frau A selbst hat sich nicht informiert und hat ihre Bedürfnisse auch nicht geäussert. Frau A vermied Themen der Sexualität, um ihn nicht zu belasten, retrospektiv betrachtet ist sie überzeugt, dass dies der Situation nicht zuträglich war. Frau A sagt, dass sie von Natur aus zurückhaltender ist und wenig hadert, sondern die Situation einfach nimmt wie sie ist. Zetl (2011) sieht in einer fehlenden Kommunikation einen Risikofaktor, da es zu grossen Fehleinschätzungen kommen kann, oft ausgelöst durch ein «wechselseitiges Schonklima» (S.32.) Bei Frau B ist der Mann der «grosse Schweiger» wie sie ihn nennt. Die Kommunikation sei aber positiv gewesen und sie hat bemerkt, dass er sich extra viel Mühe gegeben hat, sich gut mit ihr auszutauschen. Sie ist die kommunikativere von beiden und würde sich wohl immer mehr Austausch wünschen, hat seine Bemühungen aber sehr geschätzt. In einer Paarbeziehung sind immer zwei Individuen mit unterschiedlichem Bedarf und unterschiedlichen Fertigkeiten der Kommunikation. Hier zeigt sich ein gutes Feld der professionellen Unterstützungsmöglichkeit. Frau B sagt, dass sie sich seit der Operation viel besser und genauer ausdrücken lernen musste, was sie möchte, da sie nicht mehr auf bereits Vorhandenes zurückgreifen konnte. Dies kann für ein Paar ein herausfordernder Prozess sein, weil man Scham fühlt, nicht verletzen möchte und weil ein gutes Gleichgewicht in der Kommunikation angestrebt werden soll. Dies zu erreichen braucht viel Übung und wenn diese nicht vorhanden, oder in sensiblen Themen, wie der Sexualität, wenig geübt ist, dann kann eine Unterstützung in der Kommunikation durch eine Sexualberatung zentral sein. Ansonsten besteht die Gefahr, wichtige Gespräche nicht zu führen und somit keine gemeinsamen Schritte in die gleiche Richtung zu machen.

6.6 Die Partnerin

Frau A erwähnte wie sehr ihr Partner im Mittelpunkt stand, und wie schwierig es für sie war, weil sich dabei alles nur um ihn gedreht hatte (bei diesem Teil des Interviews muss Frau A

weinen, was sie selbst überraschte). Bereits die Teilnahme am Interview und den kurzen Austausch mit ihrem Mann darüber, löst in Frau A etwas aus, was sie als eine Art Defizit in der Beziehung deutet.

«das hat er einsehen müssen, nein es geht gar nicht um ihn (...) das musste ich ihm einfach sagen».

Einzig bei dem zunehmend dringlich werdenden Entscheid einer Operation, suchte Frau A das Gespräch mit ihrem Partner, die Entscheidung wurde aber von ihm alleine getroffen. Ebenfalls Frau B machte das Zuwarten zu einer Operation nervös und sie fand, dass es ihr als seine Frau zusteht, ebenfalls Teil der Entscheidung zu sein. Diese Ansicht hat Frau B mittlerweile revidiert. Das Gespräch mit einer Freundin hat ihr geholfen, die Entscheidung bei ihrem Mann zu lassen und für sich Entscheidungen zu treffen, wozu sie jeweils noch ja sagen kann. Dies habe ihr sehr geholfen und auch den Druck genommen.

Frau A ist sehr zurückhaltend und überlässt vieles ihrem Partner. Ihre Hemmung sich einzubringen gründet meist auf der Annahme, was er möchte und was er nicht möchte. Frau A sichert ihrem Mann ihre Unterstützung zu und dass sie bei ihm bleibt, egal was die Operation für Folgen hat. «Er hat auf mein Verständnis gezählt». Frau A will ihn nicht belasten und nahm sich in ihren Paarbedürfnissen zurück, um ihm kein schlechtes Gewissen zu vermitteln. Eine australische Studie, bei welcher 20 Partnerinnen und Partner von krebserkrankten Menschen über die «Neuverhandlung von Sexualität und Intimität im Kontext mit Krebs» interviewt wurden, zeigt auf, dass Partnerinnen ihre Sexualität aktiv unterordneten, um dem erkrankten Partner nicht das Gefühl zu geben, nicht männlich zu sein (Gilbert, Ussher & Perz, 2010). Frau A konzentriert sich auf den Alltag und schafft sich insofern Raum, indem sie ihre Hobbies und Aktivitäten nicht aufgibt.

Frau B fühlt sich von der Krankheit und den ganzen Belastungen wie Angst, Scham, Trauer und die Ohnmacht in der Zeit nach der Operation mitbetroffen. Im Spital hat sie sich nicht getraut Unterstützung einzufordern, also hat sie sich diese anderweitig gesucht.

Beide Partnerinnen hätten eine bleibende Inkontinenz als belastend erlebt. Der Verlust der Erektionsfähigkeit stand erst an zweiter Stelle als Sorge der möglichen Nebenwirkungen. Frau B kann sich aktiv Hilfe holen und sich, wenn sie sich wohl und aufgehoben fühlt, auf Neues einlassen, auch wenn sie dafür viel Mut braucht. Diese Fähigkeit macht sie rückblickend stolz.

«Sachen, wo ich, wenn ich es vorher gewusst hätte, auf keinen Fall hingegangen wäre (...) da habe ich gemerkt: Wow, das habe ich gut gemacht, ich habe etwas für mich gelernt».

Beide Frauen haben unterschiedliche Arten mit der Erkrankung ihres Mannes und der daraus für sie resultierenden Belastung umzugehen. Frau A stellt sich in den Hintergrund und versucht möglichst ihre eigenen Bedürfnisse zurückzuhalten. Frau B hingegen steht für ihre Bedürfnisse ein und sucht sich aktiv Unterstützung.

6.7 Sex

Da eine Operation bei einer Prostataerkrankung gut besprochen (wann ist der Zeitpunkt, bei dem eine Operation dringlich wird, wie radikal will oder muss man operieren) und auch über die jeweiligen Nebenwirkungen gut informiert werden muss, kann es hilfreich sein, eine Zweitmeinung einzuholen. Nutzen und Einfluss auf die Lebensqualität sollten dabei sorgfältig abgewogen werden (Ernst & Zimmermann, 2022, S.19).

Beide Paare haben vor der Operation eine Paarsexualität ohne körperliche Einschränkungen gelebt. Beiden Paaren dient als Ressource, dass sich ihre Sexualität nicht auf die Penetration beschränkt hatte. Auch wenn diese bei beiden Paaren ein Teil der Sexualität war. Bei Frau A war ihm die Penetration wichtiger. Frau B hingegen glaubt, dass ihr die Penetration wichtiger war. Bei beiden Paaren stellt auch das Alter und den sich damit veränderte Stellenwert der Sexualität einen wichtigen Aspekt dar. Der Fokus der gelebten Sexualität, liegt auf dem verbindenden Charakter und dass sie als Teil der Beziehung verstanden wird. Frau B nennt die Sexualität eine Art wortlose Kommunikation, bei welcher sie immer wieder zusammengefunden haben. Der Genuss, Orgasmus und die Erfüllung sind Bedürfnisse, die die Sexualität in der Beziehung erfüllt hat.

Die Sexualität hat für Frau A eine weniger wichtige Bedeutsamkeit als für ihren Partner. Für sie ist die Beziehung wichtiger. Frau A fand das «zusammenkommen» in der ersten Zeit nach der Operation schön, dies habe ihr gutgetan. Sie hat sich durch die fehlende Erektion ihres Mannes nicht in ihrer Sexualität beeinträchtigt gefühlt. Als jedoch das Thema der fehlenden Erektion zentraler wurde, weil die Hoffnung auf eine Verbesserung da war, empfand sie das ständige Arbeiten an einer Erektion als erzwungen. Bis zur Operation haben sie ihre Sexualität im gewohnten Mass gelebt. Frau A hat dann mit der Zeit die Sexualität auch nicht mehr so gesucht. Auch das Küssen ist aus ihren intimen Begegnungen verschwunden. Was aber immer noch stattfindet und von Frau A als sehr schön empfunden wird, sind die Umarmungen.

Frau B berichtet vom Stress, der die Diagnose bereits im Jahr vor der Operation in ihrer Sexualität ausgelöst hat. Der Stress hat einen negativen Einfluss auf die Erektionsfähigkeit gehabt und die Gedanken über die Zukunft haben viel Zeit und Raum gefordert, ein Rückzug seinerseits war spürbar. Die Sexualität vor der Operation mit dem sich abzeichnenden Verlust, war teilweise traurig und hat auch zu Tränen geführt. Der Einstieg in die Sexualität nach der Operation und den ganzen körperlichen Beschwerden war ebenfalls von starken Emotionen geprägt und wurde manchmal als «Bastelübung» empfunden. Die Emotionen äusserten sich in beiden Achsen, von gemeinsamen Lachen bis zu gemeinsamen Weinen. Die Sexualität nach der Operation wurde anfänglich als frustrierend erlebt, die Gefühle von Druck und Scham waren gross. Bis Frau B und ihr Mann aktiv Möglichkeiten für sich gesucht haben. Medizinische Hilfsmittel empfanden sie als wenig praktikabel. Bei Recherchen wurden sie auf das Buch «Slow Sex» (siehe 7.2.2) aufmerksam, was aber nicht wirklich umgesetzt werden konnte, da es viele offene Fragen gab und es kein passendes begleitendes Angebot gab. Sie haben für sich die Sexualität neu definiert und haben sich, über ein Zeitungsinterview aufmerksam geworden, an eine Therapeutin gewendet. Diese arbeitet mit Paaren, macht aber auch viel Körpererfahrungsarbeit in Frauengruppen. Dieses Angebot nutzte Frau B einen Teil für sich alleine und einen Teil als Paar. Bei der Neudefinition war Frau B stets wichtig, sich nicht drauf zu reduzieren was noch geht, sondern dass etwas Neues dazu kommt, dass sie am Schluss was anderes, aber nicht weniger in ihrer Sexualität haben. Für Frau B ging die Arbeit noch weit über die Fragen einer Sexualität nach einer Prostatektomie hinaus, und eröffneten ihr einen vertieften Zugang zu sich selbst und ihrer Körperlichkeit. Das Feld der Sexualität, welches sich ihr eröffnet hat, macht sie neugierig für noch viel mehr.

«Sexualität umfasst einfach so viel mehr, als ich es je gedacht hätte.»

6.8 Ressourcen und Chancen

Beide Paaren können von der Ressource profitieren, dass sie nebst der Penetration auf andere Varianten der sexuellen Stimulation zurückgreifen konnten. Beide Männer hatten durch die Teilnahme eines Beckenbodentrainings (A) oder durch das eigene berufliche Wissen als Körpertherapeut (B), über die Stärkung des Beckenbodens, ihren Körper unterstützend, die Kontinenz nach ein paar Monaten wiedererlangt.

Die Krankheitsgeschichte und das Gefühl diese anspruchsvolle Zeit gemeinsam bewältigt zu haben und füreinander da gewesen zu sein, hat bei beiden Paaren eine tiefere Verbindung zueinander ausgelöst. Beide Partnerinnen empfinden das gegenseitige Verantwortungsbewusstsein als stärkend. Frau A ist grundsätzlich offen, fachliche

Unterstützung auszuprobieren und Sexualität wieder in einer stärkeren Form zu leben. Frau A nutzt (selten) die Selbstbefriedigung, welche immer ein Teil ihrer Sexualität war.

«Ich habe mir diesen Wunsch einfach selbst erfüllt»

Frau B kann ihre Neugier als Ressource nutzen, welche ihr unterschiedliche Zugänge zur Unterstützung in dieser Zeit ermöglichten. Sie ist lösungsorientiert und das Paar hat gemeinsam Wege gesucht. Bereits vor der Operation haben sie sehr belastende Erlebnisse gemeinsam überwunden, welches sie zusammengeschweisst hat und Vertrauen schenkte, dass sie auch diese Herausforderung gemeinsam meistern können. Die Erkenntnis, dass sie an medizinischen Fachgesprächen zu zweit mehr sehen und hören, was ihnen im Anschluss eine bessere Grundlage ermöglicht hat, sich auszutauschen, bekräftigte sie, das Richtige getan zu haben. Frau B hat die therapeutische Arbeit betreffend ihrer Körperlichkeit und Sexualität als positiv empfunden und möchte gerne noch mehr darüber erfahren. Sie empfindet sich auf einer persönlichen Reise, die noch nicht zu Ende ist.

Frau B hat ein Umfeld, das viel unterstützendes Wissen teilen konnte und bei welchem ein Austausch über intime Themen gut möglich war.

Das Gefühl für den Partner da sein zu können, stärkt das Paar in seinem Gemeinschaftsgefühl (Kohäsion → näheres Zusammenrücken) und wird in der Literatur als «posttraumatisches Wachstum (positive Veränderungen durch ein belastendes Erlebnis)» beschrieben. Diese positiven Aspekte zum Zeitpunkt der ersten Konfrontation mit der Krankheit oder während einer einschneidenden Behandlungszeit wahrzunehmen ist indes schwierig, aber durch eine bestimmte zeitliche Distanz können diese benannt werden (Ernst & Zimmermann, 2022, S.64).

«hat eine Tiefe ermöglicht (...) die sonst im Alltag gar nicht zustande gekommen

6.9 Der Verlust

Den Wunsch wieder eine Erektion haben zu können, hat den Partner von Frau A nie losgelassen. Frau A belastet dies, sie würde sich wünschen, er könnte sich mit der Tatsache abfinden, damit diese Anstrengung und dieser Druck verschwinden würden. Ihr Partner empfindet diesen Verlust sehr stark, er fühlt sich in der Beziehung geschwächt und auch in seinem Wunsch von einer gelebten Sexualität. Beide Partner stellen sich grosse Fragen betreffend der Männlichkeit ohne Erektion und Penetration in der Sexualität. Es tun sich Fragen auf, die weit über die Funktionsfähigkeit hinausgehen, sondern den Kern des Mann-

seins tangieren. Mit diesen Gedanken waren beide Männer als Patienten auf sich gestellt. Der Verlust eines Teils des Körpers und von Körperfunktionen braucht ebenfalls seinen Platz in einer Begleitung.

6.10 Bedarf

Frau A hatte keinen Ort oder keine Person, an welche sie sich in ihren Fragen und Sorgen hätte wenden können. Was einerseits sicher mit dem von ihr erwähnten Naturell zusammenhängt, dennoch hätte sie in gewissen Phasen den Wunsch gehabt, sich mit jemand anderem als ihrem Mann auszutauschen, sie habe aber nicht gewusst wo. Auch wenn ihr grundsätzlich bewusst war, dass es Angebote gibt.

«Aber es hat natürlich auch nicht Stellen gegeben, die an mich herangekommen sind»

Ob Frau A ein Angebot genutzt hätte, wenn es ihr unterbreitet worden wäre, ist unklar. Den Bedarf einer niederschweligen Möglichkeit scheint jedoch plausibel.

Weshalb sie als Paar kein Angebot gesucht hätten, begründet sie mit der Tatsache ihrer unterschiedlichen Weise mit Situationen umzugehen. Im Verlauf des Interviews erwähnt Frau A, dass sie eine Paartherapie schon früh hilfreich gefunden hätte, aber dass sie es nicht durchgesetzt habe, da er ja gut begleitet wurde. Auf die Idee sich gemeinsam mit einem Buch für Paare nach Krebs zu beschäftigen, welches durch den Psychiater ihres Partners in die Beziehung getragen wurde, reagierte sie offen. In der Umsetzung scheiterte diese Idee dann aber. Frau A selbst sieht dies in der Verantwortung ihres Mannes, ihren Anteil erwähnt sie nicht. Es scheint sich einen Bedarf abzuzeichnen, in welchem das Paar auf diesem Weg unterstützt werden sollte, damit nicht ein Teil alleine die Verantwortung trägt. Wünsche, die sie für eine Beratung zu sexuellen Themen nach einer Prostatektomie äussert, wären der Weg weg vom penetrativen Verständnis von Sexualität, hin zu Erotik. Ebenfalls wünscht sie sich Unterstützung, wie sie als Paar wieder aktiver werden können und wieder einen gemeinsamen Raum erschaffen. Er ist noch mehr ein Nachtmensch geworden, der viel Zeit am Computer verbringt und sie ist ein Tagmensch, der gerne aktiv nach draussen geht. Ihre Lebenswelten überschneiden sich durch die verstärkte Polarisierung immer weniger.

Frau A fände es schön, wieder einen Mann zu haben, der sie auch sexuell anzieht. Dies ausserhalb der Beziehung zu suchen, würde sie sich nicht erlauben. Auch wenn dies während der Krebserkrankung als Paar einmal thematisiert wurde. Sie fühlt sich mit ihrem Partner durch die Liebe sehr verbunden.

Frau B hatte ganz viele Fragen, die sie für sich beantwortet haben musste. Zentral scheint ihr die einfühlsame Begleitung durch den Arzt oder die Ärztin, weil dies auch Vertrauen schuf für die bevorstehende Operation. Fragen zu den Folgen für die Sexualität und die Definition der Männlichkeit drängten sich bereits vor der Operation auf. Einen sicheren Ort diese zu platzieren wäre wichtig, auch wenn die Fragen erst nach der erfolgten Operation dringlicher werden. Anlaufstellen für sie als Partnerin waren ihr keine bekannt, sie hat sich Hilfe aus ihrem persönlichen Umfeld geholt. Allgemein sieht Frau B einen Bedarf, als Partnerin vernetzter begleitet zu werden, in Fragen auf die Vorbereitung auf die Operation und die Unterstützung nach der Operation. Sie empfand die Verantwortlichkeit der jeweiligen Fachpersonen zu stark abgegrenzt, wenn dies auch aus der Fachlichkeit verständlich ist. Der Operateur hatte operiert, aber in die Nachsorge war er dann wenig involviert.

Frau B wünscht sich Unterstützung, die Sexualität als etwas Grösseres anzusehen. Diese Anpassung an die neue Situation mit diesen körperlichen Einschränkungen, ist bei einer langjährigen Partnerschaft mit einer eingespielten Sexualität, nicht einfach.

Nicht einfach nur «was noch geht», sondern etwas Neues dazu. «Dann ist es wieder gleich viel»

Ein Begleitungsangebot zu dieser Aufgabe kann helfen die Sprachlosigkeit zu überwinden und verhindert somit einen Rückzug. Frau B hätte sich dazu Angebote von ärztlicher Seite gewünscht. Das wäre für ihre Paardynamik einfacher gewesen, da sie sich ansonsten sehr stark in die aktivere und handelnde Rolle gedrängt fühlte. Sie ist überzeugt, dass ihr Mann auf Sexualberatungsangebote eingestiegen wäre, hätte der Arzt oder die Ärztin diese unterbreitet. Frau B hat einen bestimmten Aspekt aus dem Buch «Slow Sex» für sich nicht umsetzen können und das passende Paarangebot, das in Workshops vermittelt wird, war nicht vorhanden. Deshalb wurde dieser Ansatz dann nicht genauer verfolgt. Wie bereits bei Frau A erwähnt, zeigt sich ein Bedürfnis, das Wissen nicht nur aus Fachliteratur zu beziehen, sondern fachlich, professionell sexologisch begleitet zu werden. Diese Vertrauensperson nimmt den Druck aus der Paardynamik und beide erfahren Unterstützung. Frau B wünscht sich Anleitungen und Übungen, welche von einem Therapeuten oder einer Therapeutin begleitet werden würden. Frau B findet ebenfalls, dass es sinnvoll scheint, wenn Themen wie der Verlust der Männlichkeit von einem männlichen Therapeuten begleitet werden, damit es authentischer wirkt und weniger auf der Theorie bleibt. Zumal der an Krebs erkrankte Mann sich nicht nur in der Theorie in seiner Männlichkeit bedroht fühlt – die Angst ist real. Ihr hat die Arbeit an Frauenthemen sehr geholfen, dass auch sie als Partnerin den Fokus auf ihre Weiblichkeit setzen darf. Sie ist

sich bewusst, dass nicht jeder Mensch die Energie und Möglichkeit hat, sich selbst zu organisieren, deshalb sollte dies in einem automatisch eröffneten Angebot liegen, dass jede Partnerin zumindest die Möglichkeit bekommt, niederschwellig Beratungsangebote betreffend der Sexualität wahrzunehmen. Dabei denkt sie an eine authentische, professionell fundierte Begleitung mit Fokus auf das eigene Geschlecht bei der Arbeit mit der eigenen Sexualität. Diese individuelle Erfahrung fließt dann bestenfalls in den paartherapeutischen Prozess ein.

7 Sexualberatung

Vielleicht ist sich ein Paar unsicher, ob es sich weiterhin lohnt, sich für die Sexualität einzusetzen, oder ob es jetzt einfach hinnehme soll, dass die Sexualität, die es bis anhin kannte, weg ist. Ist es sinnvoll, mit sexologischer Beratungsunterstützung einen neuen Weg zu gehen?

Auch wenn eine Einschränkung der Sexualität besteht, heisst es nicht, dass die Fähigkeit Sexualität zu erleben verloren geht. «Es gerät in dieser Situation oft in Vergessenheit, dass der ganze Körper ein sinnliches und potentiell sexuelles Organ ist und diese Fähigkeiten lustvoller Berührungen nur in wenigen Fällen völlig verloren geht» (Zettl, 2003, S.11). Da bei einer Prostatektomie die Erektionsfähigkeit verloren gehen kann, ist es wichtig Sexualität genauer zu benennen. Es gibt eine genitale Sexualität, der eindringende (penetrative) Geschlechtsverkehr und die nicht genitale Sexualität, wie z.B. der Austausch von Zärtlichkeiten. Eine Befragung von Paaren nach einer Prostatektomie zeigte, dass lediglich die Bedeutung der genitalen Sexualität abnahm. Die nicht genitale Sexualität blieb in ihrem Stellenwert unverändert hoch (Rösing et al., 2009).

In einer Studie von Schmidtke et al. (2015) wurde mittels eines Fragebogens zur erektilen Funktion nach einer radikalen Prostatektomie unter anderem der Grad der Zufriedenheit des Geschlechtsverkehrs erhoben. Davon ausgehend wurde zudem der Wunsch nach Sexualberatung eruiert. Der Fragebogen beinhaltete geschlossene sowie offene Fragen über neue oder veränderte sexuelle Praktiken und Wünsche. Dabei wurde ersichtlich, dass einige Patienten die Sexualität ohne Penetration als Geschlechtsverkehr benennen. Andere Patienten wiederum werteten die nicht penetrative Sexualität nicht als Geschlechtsverkehr, sondern als alternatives Sexualeben. Somit wurde der Begriff «Geschlechtsverkehr» von den Patienten unterschiedlich definiert. Die Begrifflichkeiten scheinen daher einen Einfluss auf die Bewertung und Einordnung der unterschiedlichen Möglichkeiten von gelebter Sexualität zu haben. In der Studie wurde sexuelle Aktivität als «freiwillig sexuelles Verhalten mit einer anderen Person, mit und ohne GV oder Orgasmus» (Schmidtke et al., 2015, S.697) definiert. Ein aus der Studie gezogenes Fazit für die Praxis war, dass penetrativer Geschlechtsverkehr nicht mit einem erfüllten Sexualeben gleichzusetzen ist. Dies eröffnet einen grossen Spielraum an Möglichkeiten, wenn die betroffenen Personen eine Erweiterung ihrer Sexualität wünschen.

7.1 Erweiterung der Sexualität

Eine Behandlung soll weg vom Defizit, hin zu den Ressourcen des Paares führen. Dabei wird den Fragen nachgegangen: Was ist im Bereich der gelebten Sexualität bereits vorhanden, woran kann das Paar anknüpfen und was kann es daraus weiterentwickeln? Im Zentrum steht dabei nicht das «nicht Können», sondern das «Können». Durch das Erarbeiten von Möglichkeiten führt man das Paar aus seiner Hilflosigkeit heraus (Berberich, 2015, S. 11.) Die Salutogenese (Prozess der Erhaltung der Gesundheit), begründet durch den israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, steht im Gegensatz zur Pathogenese, welche ihr Augenmerk auf die Entstehung von Krankheit richtet und oft ein dominanter Teil der klassischen Medizin ist. Der salutogenetische Ansatz geht davon aus, dass Gesundheit kein Zustand ist, sondern ein Prozess. Die Krankheit beeinflusst die Sexualität immens. Dabei werden keine allgemeinen Anleitungen vorgegeben, sondern es muss ein individueller Ansatz erarbeitet werden, der auf das jeweilige Paar abgestimmt ist. Es geht dabei nicht um die Wiederherstellung der Sexualität vor der Erkrankung, sondern um eine dynamische Anpassung an die neue Situation. Dafür muss die Sexualität ganzheitlicher verstanden werden und sich nicht auf Lustbefriedigung und Reproduktion begrenzen. Erweiternd kommt die Beziehungsdimension durch die Befriedigung von psychosozialen Bedürfnissen (Nähe, Akzeptanz, Geborgenheit) hinzu (Berberich, Rösing & Neutze, 2006).

Nach einer Phase der Trauerarbeit, die in den Prozess gehört, denn schliesslich verabschiedet sich ein Paar von einer ihr vertrauten Paarsexualität, kann das Paar ermutigt werden, neue Perspektiven zu entwickeln. Wie kann Männlichkeit ohne Erektion empfunden werden, welche neuen Liebesfähigkeiten ermöglichen beiden eine gute Paarsexualität? Will das Paar nicht auf penetrativen Geschlechtsverkehr verzichten, soll gemeinsam über adäquate Erektionshilfen gesprochen werden, inklusive Vor- und Nachteile, die abgewogen werden müssen. Es ist hilfreich, wenn bereits präoperativ eine Sexualanamnese erhoben wird, damit die Erwartungen realistisch besprochen werden können und entsprechend eine stimmige Behandlungsart gewählt wird (Heim & Schwerte, 2006).

Die Studie von Schmidtke et al. (2015) gibt durch ergänzende offene Fragen Aufschluss, welche sexuellen Praktiken Paare entwickelt haben, unabhängig von einer penetrationsfähigen Erektion. Genannt wurden Streicheln, Schmusen, manuelle und orale Stimulation und den Einbezug von Liebesspielzeug.

Dabei ist der ganze Körper für zärtliche und erregende Berührungen empfänglich, und zur Liebkosung eignen sich ebenso die Hände, die Lippen, die Zunge oder andere Körperteile. Das Ausprobieren sollte uns alle zur Verfügung stehenden Sinne umfassen, denn sie alle können zur sexuellen Lust beitragen: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken oder Tasten (Zettl, 2003, S. 11).

Ob die Partnerschaft und Sexualität eine Ressource bleiben (oder wieder werden) hängt stark mit der Kommunikation, dem Wissen über die Krankheit, Behandlung, den Hilfsangeboten und einer Beraterischen Begleitung zusammen (Bechtel, 2012). Nebst einer medizinischen Begleitung durch die bereits involvierten Ärzte und Ärztinnen kann eine fachspezifische Begleitung zu Themen der Sexualität eine hilfreichere Methode sein. Sie geht über die Möglichkeit des Versuchs des «Reparieren» der Erektion hinaus.

7.2 Sexualtherapeutische Interventionen

Claus Buddenberg (2005, S.160), ein Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie, der die Sexualmedizinische Sprechstunde am Universitätsspital in Zürich leitete, schrieb in seinem Buch «Sexualberatung, eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater» über wichtige Punkte einer sexualtherapeutischen Begleitung. Im Folgenden sind vier davon genannt. Welche Art der Erkrankung ist irrelevant, denn die Verluste sind oft dieselben oder vergleichbar.

- Je jünger das Erkrankungsalter ist, desto grösser wird der Verlust einer bleibenden Sexualstörung wahrgenommen und umso schwieriger ist es für den Betroffenen sich damit abzufinden. Da beispielsweise beim Prostatakrebs durch eine frühe Diagnostik schneller in den Verlauf der Erkrankung eingegriffen werden kann, werden auch bis dato beschwerdefreie Männer, auch in jüngerem Alter mit den Folgen für ihre Sexualität konfrontiert. Was aber nicht heissen soll, dass nur jüngere Betroffene beim Verlust von Sexualfunktionen einen Leidensdruck erleben.
- Das Ausmass der Einschränkung muss nicht ausschlaggebend sein für die Sexualität. Wenn der Wunsch und die Bereitschaft bestehen, kann die Sexualität durch Alternativpraktiken in Schwung gehalten werden.
- Die Einstellung beider (im Fall der Prostatektomie), vom erkrankten Mann und seiner Partnerin oder seinem Partner hat einen Einfluss, ob die Sexualität weitergeführt wird oder nicht.
- Ebenfalls einen wichtigen Einfluss hat die Einstellung zur eigenen Sexualität der behandelnden Ärzte und Ärztinnen. Werden aus einer Hemmung Themen der Sexualität, gar nicht angesprochen, oder nicht sorgfältig auf die Thematik

eingegangen, kann es dem Patienten das Gefühl vermitteln, dass dieses Thema keinen Platz hat. Eine fundierte Ausbildung und Selbstreflexion sind Voraussetzung für eine gute Begleitung der Sexualität bei Folgen durch eine Krankheit.

Bei einer Umfrage aus Deutschland, welche die Ist-Situation der Sexualmedizin im Alltag von 905 Ärzten und Ärztinnen der Urologie/Andrologie untersuchte, wurde mittels Fragebogen Themen wie die Häufigkeit sexualmedizinischer Themen, Sexualanamnese, Fortbildungswünsche, Überweisungsrate an spezialisierte Kollegen und Kolleginnen etc., erhoben. Sexuelle Funktionsstörungen zeigten sich am häufigsten im Arbeitsalltag der Ärzte und Ärztinnen. Knapp 85% fühlten sich gut genug ausgebildet diese zu begleiten. Ärzte fühlten sich signifikant besser ausgebildet als ihre weiblichen Kolleginnen. Dennoch hätten 80% der Befragten gerne noch mehr Fortbildung im Bereich der sexuellen Funktionsstörungen. Eine Überweisungsrate an spezialisierte Kollegen und Kolleginnen wurde tief angegeben (12,4%). 43,4 % fanden es wichtig, die jeweiligen Partner und Partnerinnen der erkrankten Person mit einzubeziehen (2,8% voll und ganz, 12,1% überwiegend und 28,5% eher). Einige Faktoren, die ein Ansprechen sexueller Themen in der medizinischen Beratung negativ beeinflussen: Zeitmangel, mangelnde Vergütung, keine Notwendigkeit und eine ungenügende Ausbildung, Gefühl von Unwohlsein, bei sich oder beim Patienten oder der Patientin, wenn es zu Fragen über die Sexualität kommt, oder eine unterschiedliche Geschlechterkonstellation (Schloegl et al., 2017, S. 640).

Auch wenn von Seite der Ärzte und Ärztinnen grosses Wissen zur Funktionalität der Sexualität vorhanden ist, ist dies nicht der ganze Teil des Problems, mit welchem das betroffene Paar konfrontiert ist. Im Folgenden werden aufgrund der geführten Interviews eine Selektion von möglichen Ansätzen von sexualberaterischen Interventionen aufgeführt. Diese Interventionen sind keinesfalls abschliessend zu betrachten.

7.2.1 Syndyastische Sexualtherapie

Die syndyastische (bindungsorientierte) Sexualtherapie folgt dem biopsychosozialen Grundsatz der Sexualmedizin. Dabei wird das Gefühl der Bindung, welches die Sexualität erfüllt und die Kommunikation als Quelle der Behandlung genutzt. Der Schwerpunkt liegt auf den psychosozialen Grundbedürfnissen (Nähe, Geborgenheit, Sicherheit und Akzeptanz). Durch den Einbezug der Partnerin oder des Partners, wird erst ersichtlich, wie unterschiedlich oder ähnlich die Vorstellungen des Paares in Bezug auf ihre Paarsexualität ist. Durch diese begleiteten Gespräche, lernt das Paar über sexuelle Herausforderungen

zu sprechen und vielleicht können auch gegenseitige Missverständnisse und Fehlinterpretationen aufgearbeitet werden (Beier et al., 2005, S. 343; 572).

Ein wichtiger Teil der syndyastischen Sexualtherapie ist die genaue Sexualanamnese, bei welcher nicht nur der Patient, sondern auch seine Partnerin oder sein Partner einbezogen werden soll. Die Anamnese sieht sich bereits als Teil der Behandlung. Wichtige Punkte in der Anamnese sind: Die Sexualität zum Thema machen und die Sprachlosigkeit überwinden. Wie ist die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen? Besteht ein Leidensdruck? Was wurde schon probiert? Zudem wird in der Sexualanamnese die Erkrankung, der bisherige Behandlungsstand und verschriebene Medikamente erfasst. Ziel ist nicht die Wiederherstellung der Sexualfunktion, sondern die Sexualität neu zu definieren als Paar und durch neue Erfahrungen neue Arten der Körperkommunikation zu finden (Rösing et al., 2009). Im Gegensatz zur klassischen Sexualtherapie, wird nicht mit einem Stufenprogramm ein Ziel angestrebt. Bei jedem Erfahrungsschritt kann das Ziel bereits erreicht sein (Beier et al., 2005). Sensualitätstraining zur Wiederherstellung der körperlichen Kommunikation sind gleichzeitig Weg und Ziel der Therapie.

7.2.2 Slow Sex

Der von Frau B genannte Versuch mit Hilfe von «Slow Sex» auf ihre Paarsexualität Einfluss zu nehmen, kann eine Möglichkeit sein, den Druck der Leistung aus dem Liebesspiel zu nehmen. Es ähnelt dem Ansatz von «Sensate Focus» (siehe 7.2.3.), kommt aber nicht aus der klassischen Sexualtherapie, sondern aus dem tantrischen Bereich. Diane Richardson (2011) prägte den Begriff. Sie ist eine südafrikanische Körpertherapeutin und Tantra-Lehrerin. Wie der Name bereits sagt, geht es bei Slow Sex um Sexualität für die sich Zeit genommen werden muss. Der Orgasmus ist nicht das Ziel, wichtiger ist die Zeit die miteinander verbracht wird. Dabei sollen neue Lustpunkte entdeckt werden, der eigenen Wahrnehmung wird dabei die Aufmerksamkeit geschenkt. Slow Sex ist das Erleben von Sex ohne den Druck funktionieren zu müssen. Denn es geht um Entspannung, Achtsamkeit (bei sich sein und fühlen, sehen, schmecken, riechen) und Absichtslosigkeit (denn das Erreichen wollen eines Ziels engt ein). Das Erkunden der Langsamkeit soll die Möglichkeit erschliessen aus alten Mustern hinauszuwachsen. Dies geschieht in kleinen Etappen und immer nur soweit, dass das Liebesspiel nicht ins alte, bereits bekannte Muster fällt. Dies beginnt mit dem gegenseitigen Erkunden des Körpers des Partners und der Partnerin (durch streicheln, küssen). Den Geschlechtsteilen sollen dabei zuerst nicht zu viel Aufmerksamkeit geschenkt werden. In der Langsamkeit soll die Lust gesteigert werden und

anschliessend in einer körperlichen Verbindung gebracht werden. Mit oder ohne Ejakulation (es besteht hier im Gegensatz zu den Übungen des Sensate Focus kein Verbot). Wichtig ist dabei eine Stellung, die Entspannung erlaubt (z.B. Löffelchen- oder Scherenposition).

Hilfreich sind detaillierte Sexstellungen, die Richardson (2011) vorschlägt, die ein Eindringen des Penis ohne Erektion ermöglichen (weiche Penetration). Dabei gibt es Grundvarianten (Mittelstellung, Mann kniend auf Händen, liegend nach vorne gebeugt inklusive Unterstützung der Position der Frau durch Kissen), die sich für eine langsame Penetration eignen und konkrete Anleitungen, wie die Partnerin das Eindringen unterstützen kann (S.47;130).

«Viele Paare sind irgendwann aus verschiedensten Gründen (...) gezwungen, Sex aufzugeben. Für sie bietet Slow Sex eine wunderbare Möglichkeit, ihr Sexualleben wieder zu wecken und in einem anderen Rahmen und mit neuem Verständnis noch einmal zu beginnen» (Richardson, 2011, S. 111).

Wie bei Frau B erwähnt, hat sich das Paar einen Film zu Slow Sex besorgt, dies hat aber nicht zum erhofften Erfolg geführt. Die Möglichkeit Slow Sex durch die Angaben aus dem Buch von Richardson selbst umzusetzen, ist möglich, da es einfach beschrieben und gut erklärt wird. Aufkommende Unsicherheiten oder Fragen werden im Buch bzw. Film nicht behandelt. So kann dies, wie bei diesem Paar, zum Abbruch der Option Slow Sex führen. Eine sorgfältige Begleitung in einer fragilen Phase des Paares, sich wieder in der gemeinsamen Sexualität zu finden, scheint der Autorin äusserst wichtig. Um zu vermeiden, dass aktive Bemühungen nicht zu zusätzlichen Frustrationen führen.

7.2.3 Sensate Focus

Bei Sensate Focus handelt es sich um ein Sensualitätstraining. Entwickelt wurde es in seinem Ursprung von Master und Johnson (1970) und stellt einen Meilenstein in der Sexualtherapie dar. Obwohl es in den Anfängen der Sexualforschung entwickelt wurde, wird es in der heutigen Sexualtherapie (oft in adaptierter Weise) immer noch angewendet. Wichtig ist, dass diese Art der Therapie fachlich begleitet werden sollte. In der Sexualberatung werden individuell passende Übungen erarbeitet. Diese werden vom Paar Daheim geübt und die Gefühle und Erfahrungen dazu, wieder in die Beratung zurückgenommen. Die Übungen sollen das Wahrnehmen und Geniessen fördern. Der penetrative Geschlechtsverkehr steht nicht im Zentrum, ist gar bis kurz vor dem Schluss verboten (Koitusverbot). Durch diese aufbauenden Übungen soll Stress und Angst vermieden werden und das Paar kann sich so auf einer neuen Ebene sexuell begegnen.

Stufe 1: Körpererkundung ohne Berührung von Genitalien und Brüsten

In dieser Stufe gibt es einen aktiven und einen passiven Teil, die Rollen wechseln nach einem vereinbarten Zeitpunkt (Timer stellen, oder tageweise wechseln). Wichtig ist in dieser Phase, sich auf den eigenen Körper und seine Empfindungen zu achten (passiver Part) und den Körper des Partners oder der Partnerin zu erforschen (aktiver Part). Genitalien und erogene Zonen sind zu diesem Zeitpunkt tabu.

Stufe 2: Körpererkundung mit Berührung von Genitalien und Brüsten

Die Stufe 2 baut auf der Stufe 1 auf. Neu werden bei der Exploration die erogenen Zonen und die Genitalien einbezogen. Auch in dieser Stufe geht es nicht um sexuelle Erregung, sondern um ein Erforschen der eigenen Empfindungen des Körpers des Partners oder der Partnerin.

Stufe 3: gegenseitiges Berühren mit genitaler Stimulation

Auch in dieser Stufe geht es um das Erkunden, hinzu kommt der Aspekt der Lust und Erregung, die erzeugt und erforscht wird. Dies kann erst durch das bloße Anschauen beginnen und dann durch Berührungen ergänzt werden. Bei Erregung, wird das Streicheln unterbrochen und gewartet bis sie wieder abgeflacht ist. Möglich sind manuelle oder orale Stimulation. Die Beobachtung und Erforschung, der genitalen Erregung steht im Zentrum.

Stufe 4: Einführen des Penis

Ziel dieser Stufe ist nicht die Erektion. Im Anschluss an die Übung kann sich das Paar gegenseitig einen Höhepunkt schenken, aber weiterhin ohne Penetration.

Stufe 5: erkundender und stimulierender Koitus

Hier wird gelernt, sich auch bei einer möglichen Penetration zu entspannen. Nach ein paar penetrierenden Bewegungen, wird eine Pause gemacht, in der der Penis aus der Vereinigung herausgenommen und erst einen Moment später wieder eingeführt wird. Die steigende und sich abflachende Erregung wird gemeinsam exploriert. Nach einer Zeit des Übens, darf es zum koitalen Orgasmus kommen.

(Sigusch, 2000; Weiner et al., 2014; Weiner & Avery-Clark, 2017).

Da diese Übungen bis fast zum Schluss keine Penetration beinhalten, kann zuerst mal Druck aus dem System genommen werden. Das Paar kann sich auf die körperlichen

Empfindungen und den Entdeckergeist konzentrieren. Die Stufen werden immer nur gewechselt, wenn die aktuelle Stufe positiv erfahren wurden und sich das Paar darüber ausgetauscht hat. Dies verhindert eine Überforderung. Dass in diesem Prozess eine sexualberaterische Fachperson involviert ist, hilft dem Paar gemeinsam auf dem Weg zu bleiben und mehr über sich und seinem Partner oder seiner Partnerin zu erfahren.

Über alle Stufen hinweg sind folgende Punkte zentral:

Es soll stets eine Wohlfühlatmosphäre geschaffen werden. Dies kann mit Licht, Wärme, Duft, Musik etc. einladend gestaltet werden. Immer ein Teil des Paares hat die Gestaltung der Atmosphäre in der Verantwortung.

Falls bei einem Wechsel in eine neue Stufe (erneut) Angst und Stress ausgelöst wird, kehrt das Paar auf die vorherige Stufe zurück.

Spezifische Ziele von Sensate Focus im Hinblick auf eine Paarbegleitung nach einer Prostatektomie könnten sein:

Bei Sensate Focus liegt das Augenmerk auf die Wahrnehmung der Berührungen, die man selbst bekommt und die man dem Gegenüber schenkt.

Der Druck eine Leistung erzielen zu müssen, soll durch das Erleben von Intimität und sinnlichen Erfahrungen ersetzt werden.

Gleichzeitig soll eine Kommunikation über die erlebten Gefühle, auch wenn diese negativ sind, stattfinden und das Paar begleiten. Diese ehrliche Kommunikation, gibt den Beteiligten Raum, in seinen/ihren Gefühlen und Empfindungen gesehen zu werden und Ängste können dadurch reduziert werden. Denn nur durch eine aufrichtige Kommunikation, kann das Gegenüber über die Nöte, Wünsche und Empfindungen der Partnerin, des Partners oder die eigenen Bedürfnisse erfahren und gemeinsam etwas Neues daraus erarbeiten.

Durch die Selbstverantwortung für die eigenen positiven sinnlichen Erfahrungen, wird verhindert, dass der Partner oder die Partnerin die Verantwortung für die Sexualität des Gegenübers trägt (Hartmann, 217, S.151).

Wenn nach einer Prostatektomie keine Erregung mehr möglich ist, heisst dies nicht, dass dieses Programm nicht angewendet werden kann. Wichtig ist dann die Selbstbefriedigung die keinen Druck aufbaut, einzubeziehen. Dies kann alleine oder gemeinsam mit der Partnerin erfolgen.

Es geht nicht um eine Symptombeseitigung der Störung, beispielsweise ein Wiederherstellen einer Erektion, die vielleicht nicht wiederhergestellt werden kann, da nach einer Operation die für eine Erektion verantwortlichen Gefässe irreparabel geschädigt sein können. Durch eine reine Therapie der Störung z.B. im Fall dieser Arbeit einer Erektionsstörung nach einer Prostatektomie, wird eine erhebliche Qualität der Sexualität wie «Erotik, Leidenschaft und Spiritualität» übersehen, wie Peggy Kleinplatz⁵ die traditionelle Sexualtherapie kritisiert. Kleinplatz macht in diesem Zusammenhang auf die grossen Unterschiede zwischen den verschiedenen Menschen aufmerksam und dass es dafür ein breites und auf die Diversität bedachtes Angebot braucht, auch im Hinblick auf die Ziele, die durch eine Sexualberatung erreicht werden sollen (Hartmann, 2017, S.159).

Das Hamburger Modell der Sexualtherapie entwickelte Sensate Focus weiter. Hier wurde die Einbindung des nicht betroffenen Partners oder der nicht betroffenen Partnerin stärker gewichtet.

7.2.4 Geeignete Sexstellungen mit schlaffem Penis

Die Scherenposition erlaubt es dem Paar sich auch bei fehlender Erektion zu vereinigen. Sich dabei zu entspannen, sich auf die neuen sinnlichen Erfahrungen einzulassen, nachzuspüren und sich darüber auszutauschen, sind wichtig um den Entdeckergeist zu erhalten.

Weiches Eindringen:

Bei der Scherenposition wird der Penis aus der seitlichen Liegeposition des Mannes sanft in die Vagina eingeführt. Die Frau liegt dabei auf dem Rücken und kann den Mann dabei unterstützen, indem sie das dem Mann zugewandte Bein mehr oder weniger anzieht. Sie kann dem Penis auch dabei behilflich sein, den richtigen Ort zu finden. Machen Paare benutzen Gleitcreme, geübte Paare nehmen einfach etwas Spucke (Künzler, 2012, S.65)

7.3 Sexualität. Inkontinenz und Scham

Die Inkontinenz stellt für die Betroffenen die grösste Angst der negativen Folgen nach der Operation dar. Oft ist dies mit grosser Scham verbunden und die Betroffenen ziehen sich allmählich zurück. Dies beeinträchtigt auch die Sexualität. Bei den Partnern der beiden

⁵ Kanadische Psychologin und Sexologin

Interviewpartnerinnen konnte die Kontinenz erhalten bleiben. Diese stellte bei beiden Paaren die grösste Angst der möglichen Folgen nach der Prostatektomie dar.

Als hilfreich bewährt sich laut Zettl (2002) eine geringere Flüssigkeitszufuhr in den Stunden vor dem Sex und die Blasenentleerung gerade davor. Es ist jedoch wichtig, dass der inkontinente Partner, sonst jedoch genügend trinkt, damit der Urin nicht zu konzentriert wird und sich Bakterien in der Blase ansiedeln, was wiederum zu Infektionen führen kann. Diese könnten sich dann beim Sex auf die Partnerin oder den Partner übertragen. Stark harntreibende Getränke wie Alkohol, Tee und Kaffee sollten allgemein vermieden werden. Wichtig erachtet er auch die Information an die Partnerin oder den Partner, dass ein Urinaustritt harmlos ist (Zettl, 2002, S.114). Regelmässiges Beckenbodentraining, kann nach einer Prostatektomie die Inkontinenz verhindern oder abschwächen. Auch kann das Ausprobieren verschiedener Stellungen hilfreich sein, da nicht jede gleich viel Druck auf Blase und Harnröhre ausübt. Allfällige Fragen oder der Umgang mit Harninkontinenz können in einer Sexualberatung aufgenommen werden.

8 Diskussion

Die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit werden angereichert mit Erkenntnissen aus der Literatur verknüpft und diskutiert.

8.1 Der Krebs und die medizinische Begleitung

Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist die erste Ansprechperson für den Patienten und falls die Partnerin oder der Partner ihn begleitet, auch für sie zu Themen der Sexualität. Für viele Ärzte und Ärztinnen ist es neben der rein fachlich medizinischen Begleitung eine zusätzliche Herausforderung, die Mehrdimensionalität der Sexualität in die Sexualanamnese aufzunehmen. Es ist wichtig, dass Fachpersonen die Themen der Sexualität begleiten, auch ihre eigene Sexualität reflektieren, damit sie authentisch auf solche intimen Themen eingehen können und die Patienten sich in ihrer Angst und Frustration abgeholt fühlen. Dies ist nicht Teil der medizinischen Ausbildung per se, kann aber durch Fortbildungen gelernt werden. Hier zu erwähnen ist beispielsweise die syndyastische Sexualtherapie oder sonstige sexualmedizinische Fortbildungen (Rösing, 2009). Wie die Erkrankung des Krebses eine fachliche Begleitung braucht, so brauchen auch sexuelle Störungen, die einen Leidensdruck mit sich bringen, eine fachliche Begleitung und sollte keinesfalls ignoriert oder nur oberflächlich behandelt werden. Ob diese Behandlung alleine in medizinischer Hand mit entsprechender Weiterbildung zu Themen der Sexualität bleibt, oder ob die Begleitung aufgeteilt wird in eine medizinischen und einen sexualberaterischen Betreuung, sind zwei gangbare Wege. Wichtig scheint jedoch, dass Sexualität in einer Partnerschaft niemals nur einen Teil des Paares betrifft, sondern immer beide, sodass auch beide Teil dieser Begleitung sein müssen. Die Partnerin oder der Partner des an Prostatakrebs erkrankten Mannes hat ebenso einen Leidensweg hinter sich und auch sie oder er können Verluste in Bezug auf die Sexualität erleiden. Wie bereits erwähnt, sind die Partnerinnen und Partner nicht krank, aber dennoch mitbetroffen.

Daraus leitet sich bezüglich der medizinischen Begleitung des Prostatakrebs folgender Bedarf ab: Da medizinische Fachpersonen, die ersten Ansprechpersonen sind, mit denen der Patient und seine Partnerin oder sein Partner im Austausch stehen, ist es wichtig, dass diese Fachpersonen für eine Begleitung in Themen der Sexualität nach einer Erkrankung geschult sind. Diese Offenheit ermöglicht dem Paar, bei Bedarf Hilfe zu suchen. Wenn sich die medizinischen Fachpersonen in diesem Bereich unwohl fühlen, oder sie es als ausserhalb ihrer Fachkompetenz betrachten, ist es im Sinne einer ganzheitlichen Vernetzung wichtig, dass sie dem Paar Informationen geben, wohin sie sich wenden können. Wichtig ist dabei, dass diese Informationen über Hilfsangebote an das Paar

gemeinsam und nicht nur an den Patienten gehen. Die Folgen für die Paarsexualität (falls diese ein Teil der Beziehung ist) betreffen ja in jedem Fall beide.

8.2 Information

Beide Interviewpartnerinnen waren zwar an medizinischen Gesprächen anwesend und fühlten sich betreffend medizinischer Fragen gut beraten. Auf die Sexualität und entsprechende Unterstützungsangebote wurde dabei nicht eingegangen. Frau B konnte bei einem Arzt eine grundsätzliche Offenheit erkennen, er sei aber nicht aus seinem Fachgebiet herausgegangen. Frau A hatte ausschliesslich die Informationen, welche ihr Mann ihr zugetragen hatte. Das sexualtherapeutische PLISSIT⁶ Modell kann als Orientierung ein hilfreiches Modell darstellen, mit welchem die Ärzte und Ärztinnen ihre Patienten und Patientinnen über Sexualität ansprechen und gegebenenfalls an entsprechende Fachpersonen weiterleiten könnten. Wird dieses Modell standardmässig angewendet, reduziert sich die Gefahr, dass der Zeitpunkt verpasst wird, dem Paar eine bedarfsgerechte Begleitung zu Themen der Sexualität zu ermöglichen.

PLISSIT

Permission (Erlaubnis): Die Erlaubnis signalisieren, über Sexualität sprechen zu dürfen, Hilfreich sind erste Fragen von Seiten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen.

Limited Information (beschränkte Information): Allgemeine Informationen über mögliche Nebenwirkungen der Behandlung werden gegeben (auf das Problem zugeschnittene Informationen).

Specific Suggestions (spezifische Vorschläge): Konkrete Empfehlungen zum geschilderten Problem werden gegeben.

Intensive Therapy (intensive Therapie): Triagierung zu weiteren Informationsquellen und Behandlungsangeboten

Mamié (2019), empfiehlt bereits nach Stufe 2 (Limited Information) je nach Art des geschilderten Problems, eine Zuweisung an onko-sexologische Fachpersonen (S.21).

Daraus ergibt sich folgender Bedarf: Damit das Paar, dann an weiterführende Unterstützung zur Sexualität kommt, wenn es dazu bereit ist, braucht es eine Signalisation Seitens der Ärzte und Ärztinnen, dass eine Gesprächsoffenheit besteht. Da nicht zu jedem

⁶ Entwickelt von Jack S. Annon

Zeitpunkt die Sexualität die dringlichste Frage darstellt, ist es hilfreich, dieses Angebot während mehreren Behandlungszeitpunkten zu unterbreiten.

8.3 Kommunikation

Die Erkrankung kann durch die gefühlte Angst Stress beim Partner und Partnerin auslösen. Was zur Folge haben kann, dass Situationen, die Angst verursachen, vermieden werden. Ein Beispiel dafür ist die Kommunikation. Um das Gegenüber nicht zu belasten, werden wichtige Gespräche nicht geführt. Frau A beispielsweise vermied über ihre sexuellen Bedürfnisse zu sprechen, um ihren Partner nicht zu belasten oder ihm ein schlechtes Gefühl zu vermitteln. Eine wichtige Grundlage glücklicher Paare ist, dass diese vermehrt über ihre schönen aber auch sorgenvollen Gedanken sprechen (Ernst & Weissflog, 2022, S.16, 72). «Viele betroffene Paare leiden zunehmend mit der Dauer der Erkrankung unter dem Gefühl, ihre sexuellen Bedürfnisse nicht äussern zu dürfen» (Ernst & Weissflog, 2022, S. 78). Diese Vermeidung ist problematisch, da die bekannten sexuellen Muster so nicht mehr funktionieren. Fehlt wegen der Unsicherheit eine offene Kommunikation besteht die Gefahr von Rückzug. Oft behindern unausgesprochene Fragen und Unsicherheiten eine entspannte Sexualität, z.B. «Kann mein Mann noch eigenständig eine Erektion bekommen?» oder «Soll ich ihm mit der Vakuumpumpe helfen oder lieber nicht?» (Ernst, & Weissflog, 2022, S.80).

Auch wenn ein Paar eine positive Kommunikation pflegt, kann es sein, dass dies auf die Kommunikation über Sexualität nicht zutrifft.

Vergleicht man mehrere Studien zu Partnerschaft bei der Diagnose Prostatakarzinom, streichen sich betreffend der Kommunikation folgende wichtigen Punkte heraus: circa ein Drittel der Partner und Partnerinnen gehen davon aus, dass das Reden über Sexualität zu einer Veränderungen beitragen kann. Männer werden circa zu 50 % zu ihrer aktuellen Sexualität (vom Arzt, der Ärztin) befragt, die mitbetroffene Frau gar nicht, obwohl sich ein Drittel der Frauen dies gewünscht hätte. Auch stellt sich der Wunsch eindeutig heraus, dass die Partnerin in die Therapie und Nachsorge mit einbezogen wird, da viele gemeinsam betroffene Bereiche tangiert sind. Diese offene Kommunikation wird von Betroffenen Männern für die Bewältigung der Krankheit und für den Umgang mit der sich verändernden Sexualität als wichtig empfunden (Beier et al., 2005). Kleinplatz und Ménard (2007) haben in einer Interview-Studie mit Frauen und Männern (65 +) «great sex» also guten Sex als einen tiefen taktilen Akt der Kommunikation, als eine zusätzliche Art der Sprache für das Paar aufzeigen können. Sexualität ist ein Teil der Kommunikation und je nachdem wie wichtig diese Sprache im Vorfeld der Operation war, umso sprachloser wird es, wenn das

Paar diese verliert. Es gibt also die Kommunikation über die Sexualität die einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf hat, sowie die Sexualität selbst, die ein Teil dieser Kommunikation ist. Der Mann von Frau B ist verbal ein grosser «Schweiger», wie sie ihn nennt. Sexualität ist ein Teil der «Liebeskommunikation», wenn Worte fehlen. Wenn diese wegfällt und das Paar sonst weniger mit Worten ausgetauscht hat, bleibt eine Sprachlosigkeit auch in körperlicher Hinsicht.

In einer prospektiven Längsstudie (Albert, 2020) wurden Patienten und deren Partnerinnen in Bezug auf die Kommunikation über sexuelle Bedürfnisse und deren Einfluss auf den psychosozialen Stress untersucht. Die 29 Paare (nach Ausschlusskriterien und vollständigen Datensätzen) erhielten zu zwei Messzeitpunkten (vor der Operation und zwei bis drei Monate nach der Operation) je einen Fragebogen. Das Durchschnittsalter der Patienten waren 61,1 Jahre, das der Partnerinnen 58,3 Jahre. Nach der regressionsanalytischen Auswertung zeigte sich, dass die Sexualität zeitpunktunabhängig eine wichtige Bedeutung für die Paare hatte. Paare die nicht über Sexualität sprechen unterscheiden sich nicht von denen die darüber sprechen, in Hinsicht auf die Bedeutung der Sexualität in ihrer Paarbeziehung. Die fehlende Kommunikation hat aber zur Folge, dass Hilfsangebote nicht angeboten oder genutzt werden. Ein dyadisches Coping⁷ hat auf diese Paare einen signifikanten positiven Einfluss hinsichtlich der Stressbewältigung nach der Prostatektomie (Albert, 2020, S.49). Die Dyadische Krankheitsverarbeitung (dyadisches Coping) zielt darauf ab

1. Versuch den externen Stress des Partners oder der Partnerin reduzieren
2. Gemeinsame Coping Strategien entwickeln gegen den Paar-Stress

Diese reduzieren die durch die Krankheit entstandene Belastung (Albert, 2020).

Die Anwendung einer offenen Kommunikation, unterstützendes Verhalten und das Teilen von Gefühlen und Bedürfnissen, führt zu einer höheren Beziehungsqualität und der damit verbundenen Partnerschaftszufriedenheit. Wichtig ist dabei, dass neben den Gesprächen über die Krankheit und deren Einfluss auf die Partnerschaft auch Themen ausserhalb der Krankheit geteilt werden (Ernst & Weissflog, 2017).

Von den Paaren, bei denen der Mann im Untersuchungszeitraum eine Prostatektomie vornehmen musste (59 Paare, 100%) lehnten 24 Paare die Studienteilnahme (Albert, 2020) bereits im Vorfeld ab (40,7 %), wovon die Ablehnung meist durch die Partnerin erfolgte. Der zweite Messzeitpunkt war kurz nach der Operation, zu welchem sich noch kein eindeutiges Bild des bleibenden Einflusses auf die Sexualität zeigt. Dies wurde laut Autor ebenfalls

⁷ dyadisch = paarbezogen, Coping = Bewältigungsstrategien

kritisch bemerkt. Spannend wäre die erneute Erhebung zu einem späteren Zeitpunkt. In der vorliegenden Arbeit sind Frau A und Frau B Betroffene, bei denen die Prostatektomie des Partners bereits einige Jahre her ist. Es gibt bei beiden Paaren eine Person, die auch weiterhin den Wunsch hat, an der Sexualität zu arbeiten. Bei Frau A ist es ihr Partner, sie hingegen würde sich wünschen, dass er diesen Wunsch aufgibt. Gleichzeitig sehnt sie sich nach einem Partner, der sie sexuell anzieht. Frau B möchte hingegen nicht die Sexualität auf das reduzieren was noch geht, sondern eine neue Sexualität gestalten. So empfinde sie es nicht als weniger, sondern als gleich viel. Das Ergebnis der beiden Interviews stützt diese Untersuchung, dass unabhängig ob das Paar über Sexualität spricht oder nicht, der Wunsch nach Sexualität ist, auch Jahren nach der Operation, wenn sich ein klareres Bild der Folgeerscheinungen der Operation ergeben hat.

Eine Längsschnittanalyse von 139 Paaren, die nach der Krebsbehandlung des erkrankten Partners oder der erkrankten Partnerin, zu drei verschiedenen Zeitpunkten innerhalb von sechs Monaten befragt wurden, zeigte in Hinsicht auf die Kommunikation, dass Paare die bereits über eine gute Kommunikation verfügten, später im Verlauf weniger belastet waren insbesondere im Hinblick auf Intimität. Der chronische Stress durch die Krankheit wiederum verringert die Kommunikation des Paares, was sich auf die Intimität und somit das Wohlbefinden auswirkte (Manne, Badr & Kashy, 2012). Vergleicht man die beiden oben genannten Studien, zeigt sich, dass die Wichtigkeit der Sexualität für die einzelnen Betroffenen sich nicht dadurch messen lässt, ob ein Paar über Sexualität reden kann. Die gute Kommunikation hat jedoch einen positiven Einfluss auf die Paarsexualität.

Durch die Krankheit verursachte Veränderung der Sexualität, geraten eingespielte Verhaltensmuster des Paares durcheinander, was stark irritierend sein kann. Die Kommunikation des Paares durch die veränderte Sexualität verändert sich ebenfalls, was die Balance der Beziehung ins Wanken bringen kann (Beier et al., 2005, S.570). Das Fundament der Beziehung von Frau A und ihrem Partner ist laut ihrer Aussage die Liebe und Wertschätzung einander gegenüber. Ob das Auseinanderdriften der beiden Lebenswelten (er sitzt viel vor dem Computer und ist ein Nachtmensch, sie ist gerne aktiv und ein Tagmensch) mit den Folgen der Veränderung nach der Erkrankung zusammenhängt und der daraus resultierenden Sprachlosigkeit, ist eine mögliche Option, die aber genauer erfragt werden müsste. In diesem Fall hätte eine Unterstützung in der Kommunikation über Themen der Sexualität und der individuellen Bedürfnisse hilfreich sein können.

Daraus ergibt sich folgender Bedarf: Die Kommunikation scheint ein Schlüssel für das Überwinden der belastenden Veränderung der Sexualität zu sein. Wenn das Paar diese Art der Kommunikation über Intimität und Sexualität nicht gut verankert hat, heisst dies nicht, dass ihnen die Sexualität weniger wichtig ist. Der Bedarf einer sorgfältigen Begleitung in der Kommunikation über Sexualität und sexuelle Bedürfnisse zeigt sich, im Sinne einer Überwindung der Sprachlosigkeit.

8.4 Die Partnerin

In einer Partnerschaft ist der gesunde Teil, stets mitbelastet durch die Folgeprobleme, welche die Krankheit auslösen. Diese Belastungen, die die Partnerinnen und Partner mittragen, können psychisch, seelisch, finanziell, sozial und auch körperlich sein. Ernst und Weissflog (2017) stützten sich auf wissenschaftliche Untersuchungen, welche belegen, dass die Belastung des gesunden Partners, der gesunden Partnerin gleich hoch ist, wie bei der erkrankten Person. Weiter beziffern sie in Studien, dass Partnerinnen höher belastet sind als Partner von an Krebs Erkrankten. Diese Studien sind jedoch nicht einheitlich. Eine Belastung wirkt verstärkend, wenn die Beziehung bereits vor der Erkrankung problematisch war. Protektiv wirkt sich wiederum eine offene Kommunikation aus. Es scheint unwichtig, welcher Teil mehr belastet ist, wichtig ist die Erkenntnis, dass beide Seiten betroffen sind und entsprechend ein Anrecht auf Unterstützung haben. Oft liegt der Fokus in der ganzen Unterstützung bei einer Krebserkrankung alleine beim Patienten. Die Partnerin oder der Partner befindet sich in einer Doppelrolle: Sie unterstützen den kranken Partner oder die Partnerin und sind gleichzeitig selbst belastet, da sie nicht automatisch vom Behandlungsteam Unterstützung bekommen, denn dieses fokussiert sich auf den erkrankten Partner. Wichtig ist, dass die Partnerin oder der Partner ebenfalls Hilfe in Anspruch nehmen kann (Ernst & Weissflog, 2022, S.40;64). Frau A erwähnt wie schwierig sie es fand, dass sich alles immer nur um ihren Partner drehte. Gleichzeitig stellte sie damals nahezu reflexartig ihre Bedürfnisse in den Hintergrund. Ihr Partner hat sich aktiv informiert und Hilfe geholt. So ist er, um sich zu informieren in die USA gereist, hat sich psychologisch begleiten lassen und Körpertherapie (Beckenbodentraining) gemacht. Frau A hat alles alleine mit sich ausgemacht und weder im Freundeskreis noch professionell Unterstützung erfahren. Frau A meint, dass sie dies auch nicht so gesucht habe. Aber wenn es ein Angebot gegeben hätte, hätte sie es vielleicht genutzt. Eine sexualberaterische oder psychologische Begleitung will nicht von allen genutzt werden, es geht viel darum, dass ein angebotener Türöffner ihr unter Umständen eine Hilfe gewesen wäre.

Schönenbergers und Kardorffs (2013) soziologische Fallstudie befasste sich mit den Anforderungen, Belastungen und Leistungen der Angehörigen von Krebskranken. Ziel der Studie ist eine Verbesserung der gezielten Unterstützung der Partnerinnen und Partner. Sie nehmen theoretisch Bezug auf den überwiegenden Teil an Arbeiten aus der Medizin und vergleichsweise wenigen gefundenen Arbeiten, die sich mit den sozialen Phänomenen beschäftigen. 148 Partnerinnen und Partner beteiligten sich an der Befragung, welche an zwei Zeitpunkten erhoben wurde. Der Hauptteil war ein Angehörigenfragebogen bestehend aus 112 Elemente/Items (und einen kürzeren Patienten/Patientinnen Fragebogen). Die Studie wurde mit qualitativen und quantitativen Methoden ausgewertet. Von zwölf Fallstudien ausgehend, wurden die meist genannten Gemeinsamkeiten und Muster herausgearbeitet. Als Entlastung empfanden die Partnerinnen und Partner den Wunsch nach Selbstfürsorge. Den Partnerinnen ist die Wahrung eigener Lebensbereiche in der Tendenz wichtiger als den Partner der Krebserkrankten. Dazu gehören «ich gehe weiter meinen Hobbys nach» und «ich achte auf Zeit für mich». Im ersten Jahr der Erkrankung werden die eigenen Bedürfnisse kaum befriedigt. Danach, wenn sich eine langfristige Situation durch die Krankheit eingestellt hat, oder die neue Situation eine Neu-Balancierung benötigt, tritt diese wieder in den Vordergrund (Schönenberger & Kardorff, 2013, S.69). Beiden Interviewpartnerinnen dieser Arbeit ist es wichtig, weiter den eigenen Raum für Hobbies und Interessen zu wahren. Bei der soziologischen Fallstudie wurden zusätzlich 33 Experten- und Expertinneninterviews geführt (aus Medizin, Psychologie, Physiotherapie, Pflege, Sozialarbeit und der ambulanten Nachsorge), die ebenfalls in diese Studie einfließen. Dabei wurde der oder die «hilfreiche Angehörige» beschrieben, als «hat seine Ängste unter Kontrolle» und «stellt seine eigenen Bedürfnisse zurück». Die Experten und Expertinnen fühlten sich für Sorgen wie Beziehungsalltag und Themen der Sexualität nicht zuständig (Schönenberger & Kardorff, 2013, S.2011). Auch wenn die Partnerin oder der Partner in den Behandlungsverlauf einbezogen wird, scheint sie oder er keinen eigenen Platz für ihre/seine Bedürfnisse zu bekommen. So scheint es wenig erstaunlich, dass es in der Rehabilitationszeit mehr zu Kriseninterventionen des Paares kommt, als zu fachlichen Begleitungen aus dem Bereich der Lebenswelten der Partnerinnen und Partnern. In Bezug auf die Begleitung in der Rehabilitation zeigt sich allgemein ein positiv gewertetes Bild (Austausch, Gespräche, Informationen). Der Umgang in der Partnerschaft mit der Sexualität wird jedoch als Kritikpunkt in der Betreuung des im medizinischen Behandlungsverlaufes genannt. Auch die beiden Interviewpartnerinnen in der vorliegenden Arbeit empfanden die fachliche Begleitung durch die Ärzte und Ärztinnen betreffend ihrer Partner bis zum Operationsentscheid gut. Was für das Vertrauen in die medizinische Begleitung spricht. Frau B berichtet aber auch, dass sie sie sich bei Fragen, welche das

Kerngebiet der Medizin verliessen, wie z.B. welchen Einfluss der Eingriff auf die Männlichkeit und Sexualität haben wird, bei einem Arzt nicht verstanden gefühlt hat. Dies hat zu einem beschädigten Vertrauensverhältnis beigetragen, auch wenn sie seine chirurgische Leistung nicht in Frage stellte. Die Bedürfnisse die hinter ihren Fragen standen, wurden nicht erkannt. Was sich mit der oben genannten Studie deckt, bei der sich die befragten Expertinnen und Experten bei Fragen der Sexualität, die ausserhalb ihres Fachgebietes liegen, nicht zuständig fühlen.

Die Partnerin oder der Partner ist oft die erste Person, welche durch das Prostatakarzinom mitbetroffen ist und dies nicht nur im Moment der Diagnose und der Operation bzw. Behandlung, sondern über einen noch viel längeren Zeitraum. Oft gewährt sie Unterstützung bei der Organisation des neuen Alltags und übernimmt zusätzliche Aufgaben (z.B. in der Familie, oder bei der Pflege). Sie steht wiederum mit den eigenen Ängsten ohne fachliche Begleitung durch das professionelle Versorgungssystem alleine da (Ernst & Weissflog, 2017). Sie findet sich in einem Spannungsfeld zwischen der Sorge um den kranken Partner und der Selbstfürsorge wieder. Letztere leidet oft, da sie ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen, oder als nicht so wichtig erachten, wenn sie an die Krankheit des Partners denken. Oft überschätzen sie auf Dauer ihr eigenes Belastungspotential. In der onkologischen Behandlung haben sie häufig keinen zugewiesenen Platz, sind nicht Teil des Behandlungsplanes. Oft wird patientenzentriert gearbeitet, wünschenswert wäre jedoch auch eine angehörigen- oder familienzentrierte Begleitung (Preisler & Gerling, 2016). Der Wunsch von betroffenen Männern in Fragen der Beratung, zeigt, dass sie sich neben einer individuellen und realistischen Wissensvermittlung, auch der Miteinbezug der Partnerin wünschen (Schmidtke, Dinkel & Gschwend, 2015). Beide Interviewpartnerinnen waren und sind wichtige Stützen im Leben ihrer Partner. Sie haben ihre Partner durch die Erkrankung mitbegleitet und sind auch dann da, wenn die Medizin ihren Anteil geleistet hat und keine engmaschige Behandlung mehr nötig ist. Ihnen einen festen Platz einzugestehen, dass sie gut informiert sind und Hilfe bekommen, scheint offensichtlich. Auch scheint sich die Fachwelt da einig zu sein. Weshalb es dennoch nicht standardmässig so gehandhabt wird, bleibt unklar. Es wäre spannend und sinnvoll, da noch genauer hinzuschauen.

Ein wichtiger Aspekt benannten auch Künzler, Mamié und Schürer (2012), nach der Krankheit gilt es den Weg zurück zur Normalität wiederzufinden und das «Schonklima» abzubauen (S.60). Nach der Operation, wenn die Behandlung weitgehend abgeschlossen ist, und die Angst vor der tödlichen Bedrohung weniger wird, werden andere Themen wieder dringlicher, welche in der akuten Bedrohungssituation vielleicht teilweise in den Hintergrund

geraten sind. Die Rolle von der fürsorglichen und verständnisvollen Partnerin, welche ihre Bedürfnisse zurücknimmt, darf der Rolle der Liebes- und Sexualpartnerin wieder Platz machen. Für die eigenen sexuellen Bedürfnisse einzustehen, kann wieder Bewegung in die Sexualität bringen. Frau B. hat den Wunsch auszuprobieren, was ihnen auf ihrem Weg zu einer sich neu definierenden Sexualität dienlich sein kann. Dafür fordert sie ihren Mann auf, sich ebenfalls zu interessieren, was bis zu einem gewissen Punkt auch gelingt. Ihr Interesse geht aber weiter und sie investiert zusätzlich in die eigene Sexualität und ihre Verankerung in ihrem eigenen weiblichen Körper.

Für die Partnerinnen und Partner zeigt sich folgender Bedarf ab: Die Partnerinnen und Partner von Männern nach einer Prostatektomie sind ebenfalls in ihrer Sexualität mitbetroffen. So wäre es wünschenswert, dass auch sie Zugang zu Unterstützungsangeboten bekommen und verstärkt in den Behandlungsverlauf miteinbezogen werden. Insbesondere dann, wenn klar ist, dass das Paar präoperativ sexuell aktiv ist und sie durch den Einfluss auf die Sexualität automatisch mitbetroffen ist.

8.5 Sex

Auch die Partnerin oder der Partner erlebt die beeinträchtigte Sexualität hautnah und ist mit Unsicherheiten konfrontiert. Diese Unsicherheiten können die sexuelle Zufriedenheit beeinflussen und oft wird ganz auf Intimität verzichtet (Zimmermann, 2019, S.452). Frau A nimmt sich in ihren sexuellen Bedürfnissen zurück, da sie ihren Partner nicht verletzen möchte. Sie äussert, dass sie die Sexualität stets als schön und wichtig empfand, als ein nicht trennbarer Teil der Beziehung, aber dass sie ihr weniger wichtig ist, als ihrem Mann. Sie sichert ihm bereits vor der Operation zu, dass sie damit leben kann, wenn keine penetrative Sexualität mehr gelebt werden kann. In der Phase, in welcher nach der Operation Sexualität wieder «geübt» wurde, empfanden beide Paare einen Leidensdruck, da sich vorerst keine Erektion mehr einstellte und sich der Umgang damit als schmerzlich erwies.

In der Studie von Vahlensieck et al. (2011) wurde in einem Patientenfragebogen mit dem Namen «Impotenz» die präoperative sexuelle Aktivität erfragt. In den Auswertungen hat sich gezeigt, dass der Leidensdruck bei sexuell aktiveren Männern grösser ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass die Sexualität vor der Diagnose in den Behandlungsverlauf standardmässig einbezogen wird. Es darf nicht davon ausgegangen werden, dass das durchschnittlich höhere Erkrankungsalter gleichbedeutend mit fehlender Sexualität ist. Wenn jedoch bereits vor der Diagnose sexuelle Einschränkungen bestanden oder keine Paarsexualität gelebt wurde, ist die Veränderung weniger einschneidend, was

wiederum nicht heissen muss, dass nur präoperativ sexuell aktive Paare, den Wunsch nach Sexualität haben.

Eine japanische Studie hat 162 Paare vor, und ein, drei, sechs und zwölf Monate nach der Operation befragt. Diese Studie zeigt, dass der Stellenwert, den die Sexualität vor der Operation eingenommen hat beim Mann und der Frau einen Einfluss auf die Sexualität nach der Operation hat. Waren die Paare vor der Operation sexuell aktiv, war das Interesse Sexualität zu leben auch nach der Operation gross (Männer 85%, Frauen 62%). Hatten die Paare bereits sechs Monate vor der Operation keinen Sex ($\frac{3}{4}$ der Paare), war das Interesse geringer (Männer 58%, Frauen 22%). Einfluss auf diese Werte können bereits bestehende Probleme in der Sexualität vor der Operation sein. Vor der Operation haben 65% der Männer angegeben, dass ein erfülltes Sexualleben wichtig ist, bei den Frauen waren es nur 13%. Lediglich 33% der Frauen war der Erhalt der Potenz ihres Partners wichtig (hingegen beim Mann $\frac{3}{4}$ der Patienten). Das Interesse der Frau am Erhalt der Sexualität hatte einen positiven Effekt auf die Potenz des Mannes, auch wenn sich die sexuelle Funktion postoperativ vermindert hat (Sato et al., 2013). Die Studie zeigt auf, dass der Stellenwert der Sexualität in der Beziehung vor der Operation einen entscheidenden Einfluss auf die postoperative Sexualität hat. So scheint es sinnvoll, diese genau zu erfragen und zwar beim Mann und der Frau. Sie zeigt aber auch auf, dass nicht für alle der Erhalt der Sexualität wichtig ist. Wichtig scheint hier, dass diese Fragen nur von beiden, jeweils für sich beantwortet werden kann und es in dem Sinne keine Einzellösung gibt. Zettl (2003) zitiert eine Patientin «Endlich habe ich einen Grund, um mich den Wünschen und Anforderungen meines Partners zu entziehen» (S.10).

Betreffend Sexualität zeigt sich folgender Bedarf: es scheint unerlässlich, dass eine genaue Sexualanamnese erfolgt, damit entsprechend behandelt, nachbetreut und wenn angezeigt, das Thema der Sexualität wiederaufgenommen werden kann. Die Paare sind entsprechend zu begleiten, dass sie in ihren Bedürfnissen nach Sexualität und ihren damit verbundenen Ängsten wahrgenommen werden und entsprechende Informationen erhalten, die ihnen als Grundlage dienen, Entscheide zu fällen.

8.6 Ressourcen und Chancen

Eine Studie von Singer et al. (2018) zeigte den negativen, wie aber auch den positiven Einfluss auf, welchen eine Krebsdiagnose und ihre Behandlung, aus Sicht der erkrankten Person auf ihr Leben genommen hat. Die Studie umfasste 447 auswertbare Datensätze und wurde qualitativ erhoben. Die Antworten wurden wörtlich erfasst und erst im Anschluss zu Kategorien zusammengefasst. Untersucht wurden Menschen mit jeglicher

Krebserkrankung, am häufigsten waren jedoch solche mit Prostata- und Mammakarzinomen vertreten. Die Mehrheit der Teilnehmenden (78%) lebte in Partnerschaft im gemeinsamen Haushalt. Bei den positiven Ereignissen wurden Freunde/Verwandte (66%) und Partnerschaft (61%) genannt. Bei den negativen Ereignissen nahm die beeinträchtigte Sexualität (54%) die oberste Stelle ein. Jedoch gaben 14% an, ausschliesslich positive Ereignisse im Bereich der Sexualität erlebt zu haben, während 52% nur negative Ereignisse benannten. Auch wenn für einen Grossteil der Betroffenen die Erkrankung mit einem negativen Aspekt für die Sexualität behaftet ist, so gibt es auch jene, die Positives daraus ziehen können. Spannend wäre, genauer zu erfahren, was sie genau als positiv erachten, was den Betroffenen geholfen hat diese Positivität zu erlangen und welche Ressourcen ihnen dabei zur Verfügung standen. Probleme, welche die Studienteilnehmenden genannt haben, die sich in der Sexualität gestellt haben, waren Impotenz, keine oder weniger Sexualität, eine schlechtere Sexualität, eine verminderte Libido, Einschränkungen wegen Behandlungsmethoden etc. Ein Fazit für die Praxis dieser Studie war, dass in der Nachsorgesprechstunde unter anderem auf die Sexualität besser eingegangen werden sollte und dass der Wunsch und Bedarf nach einer weitreichenden und multidisziplinären Nachsorge besteht (Singer et al., 2018, S. 146; 416). Die Studie von Singer unterstreicht den positiven Einfluss der Partnerschaft, der von den Betroffenen wahrgenommen wird. Beide Interviewpartnerinnen berichteten von der Verbundenheit, die sie fühlen, weil sie diese schwierige Situation gemeinsam bewältigt haben. Diese Verbundenheit, die auch bereits aus früheren gemeinsam gemeisterten Anforderungen erstarkt ist, wirkt mit Abstand betrachtet (nicht während den akuten Phasen der Krankheit) positiv. Weiter haben sich in den Interviews die individuell unterschiedlichen Ressourcen gezeigt, welche gut in eine sexualberaterische Begleitung integriert werden können. Beispiele sind z.B. die Ressourcen von Neugier, Beharrlichkeit, Offenheit, Beständigkeit, Interesse und den sexuellen Ressourcen die bereits bestehen. Der Weg weg von den kranken Teilen hin zu den gesunden. Diese ressourcenorientierte Haltung ist eine Stärke, die in der Sexualberatung genutzt wird.

8.7 Der Verlust

Auch wenn wir im vorherigen Kapitel den Fokus auf die Ressourcen gelegt haben, so ist die Auseinandersetzung mit dem Verlust ebenso ein zentraler Teil für die Verarbeitung.

Der Zeitraum zwischen Diagnose und Therapie ist für betroffene Männer mit ähnlichem Selbstbild häufig geprägt von Gedanken um den drohenden Verlust der Sexualität und folglich auch der Männlichkeit. Bedroht ist in dem Sinne vor allem eine spezielle Spielart

der Sexualität: der penetrierende Geschlechtsverkehr. Sex kann viele verschiedene Formen annehmen, aber diese Art von Sex dominiert in unserer Gesellschaft oftmals (Brüggemann, 2019, S.110).

Im Buch «Der Mann und die Prostata» (2019) werden Strategien genannt welche angewendet werden:

Wiederherstellung: von körperlicher Form und Funktion (Medikamente, Beckenbodentraining gegen Harninkontinenz), damit «es» (=Erektion und die damit verbundene Penetration) wieder funktioniert

Umformulieren: alternative männliche Ideale schaffen, sich als «survivor» definieren, mutig über Krankheit reden, vom Aussenseitertum durch Selbsthilfegruppen weg

Herrschenden Maskulinitätsidealen widerstehen: stattdessen andere Werte betonen, die in einer Paarbeziehung gelebt werden. Intimität und Nähe werden zentral, oder auch ganz andere Themen als Sexualität und Intimität z.B. Freizeit und Familie. Hier hat das Alter einen bestimmenden Anteil, denn so können Einschränkungen, die durch die Krankheit bedingt waren, auf den normalen sich verändernden älteren Körper verschoben werden. (Brüggemann, 2019, S.114;116;117)

In einer schwedischen Studie (Danemalm Jägervall et al., 2016) schilderten mehrere Männer, wie sie gemeinsam mit ihrer Partnerin oder ihrem Partner am Tag vor der Behandlung Abschiedssex hatten. Im Gegensatz zu Frauen, bei denen ähnliche Abschiedsrituale bei Brustkrebs in Studien beobachtet wurden, zeigte sich der Abschied bei ihnen äusserlich, Männer verabschieden sich von einer Körperfunktion, da die Prostata selbst für sie unsichtbar ist.

«Auch wenn viele schon vor der Erkrankung altersbedingt sexuell nicht mehr aktiv waren, empfinden sie die Behandlung und ihre Folgen oft als Verlust der Männlichkeit. Je jünger ein Patient ist, desto schwieriger ist die Situation. Ihre Bewältigung hängt vor allem davon ab, wie die Partnerin damit umgeht» (Zettl, 2002, S.78).

Künzler et al. (2012) benennen als Hilfe zum Umgang mit einer Krankheit, den Teil des gelebten Trauerprozesses. Das Loslassen einer vertrauten Sexualität ist ein psychisch einschneidender Prozess. Durch das Erleben der Trauer und dem damit abschliessen, kann Platz für Neues geschaffen werden. Dafür muss diese Trauer aber zugelassen werden (S. 86). Frau A hat Mühe, dass ihr Partner diesen Wunsch die Erektion wiederzuerlangen auch

nach zehn Jahren nicht aufgeben will. Dieser Wunsch scheint so viel Raum einzunehmen, dass sich kein Platz für eine neu definierte Sexualität einstellen konnte.

Daraus ergibt sich folgender Bedarf: Der Prozess des Loslassens und Betrauens von einem Teil des Körpers, von Körperfunktionen und einer vertrauten Sexualität, ist essentiell um abschliessen zu können und einen Schritt weiter zu gehen. Dies sollte unbedingt ein Teil der sexualberaterischen Begleitung sein. Ebenfalls ist die Frage der Männlichkeit und was eine fehlende Erektion für das Mann-Sein bedeutet aufzunehmen.

7.1. Bedarf

Beim Bedarf wird der in den Interviews direkt erfragte Bedarf aufgenommen, aber auch den aus den unter Kapitel 8 diskutierten Unterkapiteln.

Frau B wünscht sich, dass die medizinische Fachperson, welche die zentrale Informationsquelle war, ihren Mann bereits über mögliche Unterstützungsangebote informiert hätte. Sie geht davon aus, dass dies für ihren Mann leichter gewesen wäre, auf dieses Angebot einzutreten, als auf Angebote, welche sie recherchiert hat. Dies hatte sie in ihrer Paardynamik zusätzlich gefordert. Eine qualitative prospektive Beobachtungsstudie mit qualitativen Aspekten des Universitätsspitals Basel, hat die Gründe untersucht, weshalb an Krebs erkrankte Menschen psychoonkologische Hilfe in Anspruch nehmen oder ablehnen. Wobei die Empfehlung des Onkologen oder der Onkologin ein Hauptprädiktor war, ob Unterstützung angenommen wird oder nicht. Das alleinige Sprechen über die psychosoziale Belastung und das Bereitstellen von Informationen, hatten wiederum keinen Einfluss auf die Inanspruchnahmen von psychoonkologischer Unterstützung (Zwahlen, 2017; Zwahlen, 2019; Frey Nascimento, 2018). Es ist anzunehmen, dass eine Empfehlung des Arztes, der Ärztin für eine Sexualberatung einen vergleichbaren Einfluss auf die Inanspruchnahme von Unterstützung zu Themen der Sexualität hat. Diese Vernetzung und entsprechende Überweisung, hätten einen positiven Einfluss darauf, dass die betroffenen Menschen fachliche Hilfe in Anspruch nehmen würden. Der Bedarf an Unterstützung korreliert oft nicht mit der angegebenen Belastung, sondern erschliesst sich aus dem Bedarf/Belastungswert (Fachpersonen raten zu Unterstützung, aufgrund der Belastung) & dem Bedürfnis/Wunsch ob in Realität dann Unterstützung angenommen wird (Zwahlen, 2019, S. 167). Frau B meldet des Weiteren einen Bedarf an, fachspezifische Unterstützung von einer Person desselben Geschlechts zu bekommen. Sie hat die Arbeit mit einer Frau an Frauenthemen als sehr hilfreich empfunden. Ihrem Mann würde sie dieselbe Erfahrung mit einer männlichen Fachperson wünschen, welche Fragen mit einer gewissen persönlichen Authentizität und nicht nur aus der Theorie aufnehmen könnten. Frau A

wünscht sich eine Begleitung zu Themen der Sexualität welche einen stärkeren Fokus auf Erotik legen würde.

Bedarf aus vorherigen Unterkapiteln:

- Medizinische Fachpersonen sollen zu Themen der Sexualität ausgebildet und sensibilisiert sein, andernfalls sollen sie Informationen betreffend fundierter fachlicher Anlaufstellen weitergeben können.
- Es ist wichtig, dass auch Partnerinnen und Partner standardmässig in den Beratungsverlauf einbezogen werden, damit beide Betroffenen wichtige Informationen und Zugang zu Hilfsangeboten bekommen
- Die proaktive Signalisation der Gesprächsbereitschaft zu Themen der Sexualität von Seiten der Ärzte und Ärztinnen.
- Eine fachliche und sorgfältige Unterstützung in der Kommunikation über Sexualität.
- Partnerinnen oder Partner sollen nicht nur in den kurierenden Informationsteil der Medizin einbezogen werden, sondern auch in die Fragen und möglichen Lösungswege betreffend der Sexualität nach einer Prostatektomie.
- Eine genaue Sexualanamnese soll jeweils als Grundlage dienen, um für den Patienten und seiner Partnerin oder seinem Partner, einen geeigneten Behandlungsplan zu erstellen, welcher im Anschluss an die Operation erneut aktiv von Seiten der Ärzte und Ärztinnen angesprochen werden soll.
- Eine Zeit des Abschied-Nehmens und Betrauerns (der bisherigen Paarsexualität, einer Körperfunktion, etc.) einräumen, die fachlich begleitet wird. Dieser Abschied dient dazu, Platz zu schaffen für Neues.
- Klärung wie «Mann Sein» definiert wird (braucht es eine neue Definition?) und was der Verlust der Erektionsfähigkeit mit dem Mann macht.
- Bedarf an vom Arzt oder der Ärztin empfohlenen Unterstützungsangebot zur Sexualität
- Fachspezifische Unterstützungsarbeit durch eine Person des eigenen Geschlechts.
- Eine Beratung welche den Fokus wegnimmt von penetrativer Sexualität hin zur Erotik.

Fazit für die sexualberaterische Begleitung nach einer Prostatektomie: Es besteht ein Bedarf, dass Ärzte und Ärztinnen als erste Ansprechpersonen bei einer

Prostataerkrankung, das Paar gemeinsam informiert, begleitet und Raum gibt Fragen zu stellen. Eine Gesprächsbereitschaft, die durch eine sorgfältige Sexualanamnese signalisiert wird, hilft den Betroffenen, bei Bedarf das Thema wiederaufzunehmen. Erst wenn der Arzt, die Ärztin eine entsprechende Ausbildung und entsprechend die eigene Sexualität reflektiert hat, ist eine fundierte und authentische Begleitung möglich. Ansonsten zeigt es sich an, dass der Arzt, die Ärztin sich mit Fachpersonen vernetzt, die die Sexualität begleiten können. Eine Empfehlung des Arztes, der Ärztin kann den Betroffenen helfen, sich Unterstützung zu suchen. Die Partnerinnen und Partner wünschen sich Unterstützung in der Kommunikation, eine Neudefinition ihrer Paarsexualität und eine adäquate Begleitung durch den Prozess. Das Bearbeiten von Themen der Trauer, Erotik mit Fachpersonen des eigenen Geschlechts, werden für eine hilfreiche Sexualberatung gewünscht.

9 Persönliches Schlusswort

Gestartet habe ich mein Studium mit einer Zukunftsvision, wie ich sexualberaterisch Arbeiten möchte und wie wichtig mir dabei ein ganzheitlicher Ansatz ist. Nach dieser intensiven Zeit des Auseinandersetzens mit Sexualität, Krankheit und Partnerschaft ist dieser Wunsch stetig gewachsen. Die mir signalisierte Offenheit seitens der Ärzte und Ärztinnen, welche die vorliegende Arbeit unterstützt haben und das Thema als äusserst relevant und viel zu wenig beachtet empfinden, motivieren mich in diesen spezifischen Bereich der Sexologie zu investieren. Die Zurückhaltung der betroffenen Partnerinnen sich Hilfe zu holen, zeigt mir einen zusätzlichen Bedarf für meine künftige Arbeit auf. Im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung von Menschen, die sich der Herausforderung Krebs direkt oder indirekt stellen müssen, kann diese Lücke geschlossen werden. Dafür braucht es eine fächerübergreifende professionelle Zusammenarbeit und eine gegenseitige aktive Vernetzung. Die Partnerinnen und Partner leisten einen enorm wichtigen Unterstützungsbeitrag, werden aber selbst viel zu wenig in ihren Ängsten und Nöten fachlich begleitet. Die Auseinandersetzung mit der Sicht der betroffenen Frauen, hat mich für ihre Ängste und Sorgen sensibilisiert. Ich sehe einen grossen Bedarf, ihnen in einer sexualberaterischen Begleitung einen eigenständigen Platz anzubieten. Auch hat mir die Arbeit gezeigt, dass es nicht nur die eine klar definierte Herausforderung gibt, sondern, dass diese so individuell ist, wie die beiden Menschen, die gemeinsame Unterstützung suchen. Die sorgfältige und ressourcenorientierte Unterstützung dieser Paare in ihrer Kommunikation, über intimste Fragen und Bedürfnisse, erachte ich als zentral. Ich sehe darin einen wertvollen und wichtigen Beitrag, den die Sexologie leisten kann. Durch die Verbindung von Krebs und Sexualität, begegnen sich zwei Tabuthemen, die durch die starke Verankerung der Männlichkeit durch die Erektionsfähigkeit zusätzlich eine Herausforderung darstellt. Ich war tief beeindruckt von den Begegnungen mit diesen beiden Frauen und dankbar für die Erfahrungen, die sie mit mir geteilt haben, in der Hoffnung, dass ihr Beitrag die Versorgung zukünftig verbessern wird. Wenn die Sexualberatung den Menschen helfen kann, die Sexualität als Teil der Partnerschaft neu zu entdecken, überlässt man der Krankheit nicht einfach das Feld. Somit bleibt ein wichtiger Faktor für die Gesundheit, die Lust und Verbundenheit im Leben beider Betroffener erhalten. Wir alle sind zeitlebens mit Veränderungen konfrontiert und die Sexualität macht da keine Ausnahme. Durch eine Krankheit werden diese Veränderungen bezüglich Sexualität schnell ersichtlich. Ich spreche bewusst von Veränderung, da wir die Möglichkeit der gelebten Sexualität Zeit unseres Lebens bewahren, auch wenn Krankheitsbetroffene dies vielleicht an diesem

Punkt im Leben als abgeschlossen betrachten. Ich bin motiviert und neugierig noch viel mehr zu erfahren und meinen Weg als Sexualberaterin zu gehen.

Die Aussage eines an Prostatakrebs erkrankten Mannes, der seine Geschichte unter einem Pseudonym veröffentlicht hat: «Die Frauen, die mir in dieser Zeit nah waren, halfen mir aktiv dabei, nicht in eine anhaltende dunkle Depression und Selbstaufgabe zu verfallen. Es gab schreckliche, verzweifelte Momente». Eine Krebsdiagnose erschüttert die Betroffenen bis ins Innerste. Umso erfreulicher ist es für uns Fachpersonen der Sexologie zu hören, dass der Genesungsprozess und das aktive Auseinandersetzen mit der Sexualität für die Persönlichkeitsentfaltung heilsam sind: «Im Rückblick gesehen, war nicht alles negativ, manches sogar sehr positiv» (Lutra, 2015, S.126). Ich möchte diese Arbeit gerne mit den Worten einer Interviewpartnerin schliessen. Als ihr Mann ihr vorschlug: «Komm, wir können doch zurück zu dem gehen, was wir gekannt haben, einfach so gut wie es jetzt gerade geht", wurde ihr klar: „nein, dann ist es für mich ein Verlust, ich möchte gern etwas Neues. Dann ist es wie neu, und dann ist es wieder wie voll“. Diese positive Bild einer wieder «vollen», erfüllenden Paarsexualität nach einer Erkrankung des Partners, werde ich in meine künftige Arbeit mitnehmen.

10 Quellen

- Albert, Alexander. (2020). *Rolle der offenen Kommunikation bezüglich sexueller Bedürfnisse im Rahmen einer Partnerschaft nach Prostatektomie* [Dissertation, Medizinische Fakultät Universität Ulm]. Open Access Repositorium der Universität Ulm. Abgerufen von https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/36855/Dissertation_Albert.pdf
- Beier, Klaus, Bosinski, Hartmut & Loewit, Kurt. (2005). *Sexualmedizin* (2. Auflage). München, Jena: Urban & Fischer.
- Berberich, Hermann J., Rösing, Dirk. & Neutze, Janina. (2006). Salutogenese und Sexualmedizin. *Urologe*, **45**, 960–966. <https://doi.org/10.1007/s00120-006-1092-9>
- Berberich Hermann J. (2015). Sexualität und Alter. *Sexuologie*, **22**(1-2), 5-12.
- Berner, Michael & Briken, Peer. (2013). *Praxisbuch Sexuelle Störungen: Sexuelle Gesundheit, Sexualmedizin, Psychotherapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Brechtel, Anette. (2012) Veränderung von Partnerschaft und Sexualität nach Krebstherapie. *Forum*, **27**, 110–114. <https://doi.org/10.1007/s12312-011-0750-z>
- Brüggemann, Jelmer. (2019). Ein potenzielles Problem: Zur Maskulinität und Behandlung bei Prostatakrebs. In Maria Björkman (Hrsg.) *Der Mann und die Prostata: Kulturelle, medizinische und gesellschaftliche Perspektiven*. (S.103-120). Bielefeld: transcript Verlag.
- Buddeberg, Claus. (2005). *Sexualberatung - Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2021). *Schweizerischer Krebsbericht 2021. Stand und Entwicklung*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.assetdetail.19305696.html>
- Danemalm Jägervall, Carina, Gunnarsson, Birgitta & Brüggemann, Jelmer. (2016) Orgasmen förändras negativt men uteblivet ejakulat ingen stor förlust – tio män om orgasmupplevelse och ejakulationsbortfall efter radikal prostatektomi. In

Läkartidningen, **113**, 1470-1472. Abgerufen von <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1077801/FULLTEXT01.pdf>

Danemalm Jägervall, Carina. (2019). Die Prostata – Fluch oder Segen. In Maria Björkman (Hrsg.) *Der Mann und die Prostata: Kulturelle, medizinische und gesellschaftliche Perspektiven*. (S.33-50). Bielefeld: transcript Verlag.

Drekker, Anne, Matthiesen, Silja, Cerwenka, Susanne, Otten, Mirja, & Peer, Briken. (2020). Gesundheit, sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit. *Deutsches Ärzteblatt*, **39**, 645-652.

Dudle, Simone & Häusermann, Sara. (2017) Sexualität bei Krebs. *Heilberufe*, **69**, 30–32. <https://doi.org/10.1007/s00058-017-3033-ym>

Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit [EKSG] (2015). *Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz*. Abgerufen von <https://www.sexuelle-gesundheit.ch/assets/docs/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz-1.pdf>

Ernst, Jochen & Weißflog, Gregor. (2017). Partnerschaft und Krebs. *Forum*, **32**, 144–147. <https://doi.org/10.1007/s12312-017-0216-z>

Ernst, Jochen & Zimmermann, Tanja. (2022). *Mein Mann hat Krebs - Wie gehen wir als Paar mit der Erkrankung um*. Wiesbaden: Springer.

Frey Nascimento, Antje, Tondorf, Theresa, Rothschild, Sacha, Koller, Michael, Rochlitz, Christoph, Kiss, Alexander, Schaefer, Rainer, Meinschmidt, Gunther, Hunziker, Sabina, Gaab, Jens & Zwahlen, Diana. (2018). Oncologist Recommendation Matters! - Predictors of Psycho-Oncological Service Uptake in Oncology Outpatients. *Psycho-Oncology*. **28**. <https://doi.org/10.1002/pon.4948>

Gilbert, Emilee, Ussher, Jane M., & Perz, Janette. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer - the experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior*, **39**(4), 998-1009. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9416-z>

Graefen, Markus, Michl, Uwe, Hammerer, Peter & Huland, Hartwig. (2000). Potenz und Kontinenz nach radikaler Prostatektomie. *Onkologe* **6**, 123–129 <https://doi.org/10.1007/s007610050024>

Guercio, Cailey & Mehta, Akanksha. (2018). Predictors of Patient and Partner Satisfaction Following Radical Prostatectomy. *Sexual Medicine Reviews*, **6** (4), 295-301.

- Hauch, Margret. (2019). *Paartherapie bei sexuellen Störungen - Das Hamburger Modell - Konzept und Technik*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Hartmann, Uwe. (2017). *Sexualtherapie - Ein neuer Weg in Theorie und Praxis*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
- Hautmann, Richard & Gschwend, Jürgen E. (2014). *Urologie*. Wiesbaden: Springer.
- Heim, Manfred E. & Schwerte, U. (2006). Rehabilitation bei Patienten mit Prostatakarzinom. *Onkologie* **12**, 434–443. <https://doi.org/10.1007/s00761-006-1043-5>
- Hölzel, Dieter, Engel, Jutta & Löhrs, Udo. (2008). Sind elektive Lymphknotendissektionen in der Karzinomchirurgie noch zeitgemäß? *Zentralblatt für Chirurgie*, **133**. 582-5899. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1098738>
- Hofmann, Rainer. (2011). *Prostata - Was Männer wissen sollten*. Stuttgart: Hirzel.
- Holling, Anne. (2017). *Sex und Krebs – 2 Tabus treffen aufeinander. Eine Perspektive der Integrativen Therapie*. Saarbrücken: Akademiker Verlag.
- Jellouschek, Hans. (2016). *Paare und Krebs - Wie Partner gut damit umgehen*. Munderfing: Fischer & Gann.
- Kleinplatz, Peggy, Ménard, Dana A. (2007). Building blocks toward optimal sexuality. *The Family Journal*, **15**, 72-78. <https://doi.org/10.1177%2F1066480706294126>
- Kleinpoppen, Hans, Schneider, Andreas & Hoppe, Barbara (Hrsg). (2011). *Prostata ade - Scheiden tut weh. Ein Ratgeber für Menschen mit Prostatakrebs und eine persönliche Abrechnung mit dem Tumor*. Norderstedt: BoD – Books on Demand.
- Krebsliga (2017). *Männliche Sexualität bei Krebs*. [Broschüre]. Bern Wabern: Ast & Fischer AG.
- Krebsliga (2020). *Prostatakrebs*. [Broschüre]. 4. Auflage. Abgerufen von <https://shop.krebsliga.ch/broschueren-infomaterial/praevention/prostatakrebs/prostatakrebs>
- Krull, Freyja, Pahernik, Sascha & Pandey, Abhishek. (2019). Inkontinenz nach radikaler Prostatektomie. *Journal für Urologie und Urogynäkologie/Österreich*, **26**, 98–102. <https://doi.org/10.1007/s41972-019-00081-7>

- Künzler, Alfred, Mamié, Stefan & Schürer, Carmen. (2012). *Diagnose-Schock: Krebs*. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Kürbitz, Viola. (2019). Krebs und Sexualität. *Uro-News*, **23**, 36–38.
- Kusch, Michael, Labouvie, Hildegard, & Hein-Nau, Birgitt. (2013). *Klinische Psychoonkologie*. Springer-Verlag.
- Lee, David M., Tetley, Josie & Pendleton, Neil. (2018), Urinary incontinence and sexual health in a population sample of older people. *BJU Int*, **122**, 300-308. <https://doi.org/10.1111/bju.14177>
- Lenzen, Julia & Feldmann, Horst Jürgen. (2019). Operation vs. Watchful Waiting beim Prostatakarzinom. *Onkologe*, **25**, 930–931. <https://doi.org/10.1007/s00761-019-0621-2>
- Lutra, Rainer (2015). *Liebe, Sex & Prostatakrebs - Eine persönliche Erfahrung*. Norderstedt: BoD – Books on Demand.
- Maar, Klaus (2015). *Die Wahrheit über Prostatakrebs - Neue Wege in Diagnostik und Behandlung*. Kamphausen: Aurum Verlag.
- Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*, (12. überarbeitete Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Mamié, Stefan. (2019). Erkrankungsfolgen, über die nicht gesprochen wird. *Info Onkologie & Hämatologie*, **7/4**. 20-21.
- Manne, Sharon, Badr, Hoda & Kashy, Deborah A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of behavioral medicine*, **35,3**, 334-46. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9349-1>
- Menche, Nicole (Hrsg.). (2020). *Biologie Anatomie Physiologie* (9. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Nalbant, Bahar, Karger, André & Zimmermann, Tanja. (2021). Cancer and Relationship Dissolution - Perspective of Partners of Cancer Patients. *Frontiers in Psychology*, **12**, 624902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624902>
- Preisler, Martina & Goerling, Ute. (2016). Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen. *Onkologe* **22**, 336–341. <https://doi.org/10.1007/s00761-016-0006-8>

- Richardson, Diana. (2011). *Slow Sex - Zeit finden für die Liebe*. München: Integral Verlag.
- Rösing, Dirk & Berberich, Hermann J. (2004). Krankheits- und behandlungsbedingte Sexualstörungen nach radikaler Prostatektomie - Eine biopsychosoziale Betrachtung. *Der Urologe*, **43**(3), 291–295. <https://doi.org/10.1007/s00120-003-0508-z>
- Rösing, Dirk, Klebingat, Klaus-Jürgen, Berberich, Hermann J., Bosinski, Hartmut A.G., Loewit, Kurt & Beier, Klaus M. (2009). Sexualstörungen des Mannes. *Deutsches Ärzteblatt Int.*, **106**(50), 821-828. <https://doi.org/10.3238/aeztebl.2009.0821>
- Salter, Carolyn, Bach, Phil, Katz, Darren, Schofield, Elisabeth, Nelson, Christian & Mulhall, John. (2020). The Relationship and Psychosocial Impact of Arousal Incontinence After Radical Prostatectomy. *The Journal of Sexual Medicine* **17**/1, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.001>
- Sato, Yoshikazu, Tanda, Hitoshi, Nakajima, Hisao, Nitta, Toshikazu, Akagashi, Keigo, Hanzawa, Tatsuo, Tobe, Musashi, Haga, Kazunori, Uchida, Kosuke & Honma, Ichiya. (2013). Expectation for sexual life after radical prostatectomy. *International Journal of Urology*, **20**(3), 322-328. <https://doi.org/10.1111/iju.12022>
- Schloegl, I., Koehn, FM., Beier, Klaus M., Bosinski, Hartmut, Dinkel, Andreas, Gschwend Jürgen & Herkommer, Kathleen. (2017). Sexualmedizin im ärztlichen Alltag. *Urologe* **56**, 637–644. <https://doi.org/10.1007/s00120-016-0297-9>
- Schmidtke, Marie Lena, Dinkel, Andreas & Gschwend, Jürgen. (2015). Sexualität nach radikaler Prostatektomie. *Urologe* **54**, 696–702. <https://doi.org/10.1007/s00120-014-3699-6>
- Schönberger, Christine & Kardorff, Ernst. (2013). *Mit dem kranken Partner leben - Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker*. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag.
- Schütz, Esther Elisabeth & Kimmich, Theo. (2000). *Sexualität und Liebe – Praxis der Sexualpädagogik Band II*. Weinfelden: Wolfau-Druck.
- Shahrokh, Shariat F. & Hübner, Nicolai. (2018). *Prostatakrebs – Vorbeugen. Diagnose. Therapie*. Wien: Manz Verlag.
- Sigusch, Volkmar. (2000). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt*, **97**, 777-781.

- Singer, Susanne, Claus, Sylke, Briest, Susanne, Stolzenburg, Jens-Uwe, Papsdorf, Kirsten, Gockel, Ines, Köhler, Uwe, Oestereicher, Gabrielle, Hess, Georg, Schmidt, Marcus & Almstedt, Katrin. (2018). Positive und negative Veränderungen im Leben nach der Krebsdiagnose. *Onkologie* **24**, 411–419. <https://doi.org/10.1007/s00761-018-0369-0>
- Stolzenburg, Jens-Uwe, Holze Sigrun, Arthanareeswaran, Vinodh-Kumar-Adithyaa, Neuhaus, Peter, Minh Do, Hoang, Haney, Caelàn Max, Dietel, Anja, Truss, Michael C., Stützel, Karin Daniela, Teber, Dogu, Hohenfellner, Markus, Rabenalt, Robert, Albers, Peter & Mende, Meinhard. (2022). Robotic-assisted Versus Laparoscopic Radical Prostatectomy - 12-month Outcomes of the Multicentre Randomised Controlled LAP-01 Trial. *European Urology Focus*. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2022.02.002>
- Ussher, Jane M., Perz, Janette, & Gilbert, Emilee. (2015). Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men - a mixed method study. *BMC cancer*, **15** (268), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1243-8>
- Vahlensieck, Winfried, Sommer, Frank, Mathers, Michael, Gilbert, Thomas & Waidelich, Raphaela. (2011). Beratung zur erektilen Dysfunktion während stationärer Rehabilitation nach radikaler Prostatektomie. *Urologe* **50**, 417–424. <https://doi.org/10.1007/s00120-010-2476-4>
- Weiner, Linda, Cannon, Neil & Avery-Clark, Constance. (2014). Reclaiming the Lost Art of Sensate Focus: A Clinician's Guide. *Family Therapy Magazine*, **15/5**. S. 46-48.
- Weiner, Linda & Avery-Clark, Constance. (2017). *Sensate Focus in Sex Therapy - The Illustrated Manual*. New York: Routledge.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Developing sexual health programmes - a framework for action*. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>
- Zettl, Stefan. (2002). *Krebs und Sexualität - Ein Ratgeber für Krebspatienten und ihre Partner*. Berlin: Weingärtner.
- Zettl, Stefan (2003). Krebs und Sexualität. *Leben? Leben! Das Magazin für Menschen nach Krebs*, **2**, 6-12.
- Zettl, Stefan. (2011). Krebs und Partnerschaft. *Forum*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12312-010-0572-4>

- Zimmermann, Tanja. (2019). Partnerschaft und Sexualität bei Tumorerkrankungen. *Onkologe*, **25**, 451–455. <https://doi.org/10.1007/s00761-018-0506-9>
- Zwahlen, Diana, Tondorf, Theresa, Rothschild, Sacha, Koller, Michael T., Rochlitz, Christoph, & Kiss, Alexander. (2017). Verstehen, warum Krebspatienten psychoonkologische Unterstützung akzeptieren oder ablehnen - eine prospektive Beobachtungsstudie, die die Perspektiven von Patienten und Klinikern auf die Kommunikation über Stress einschließt. *BMC-Krebs*, **17**(1), 385. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3362-x>
- Zwahlen, Diana. (2019). Vom Graben zwischen psychosozialer Belastung und Inanspruchnahme von Unterstützung – Resultate einer psychoonkologischen Studie zum Belastungsscreening. *Schweizerisches Krebsbulletin*, **02**, 167-169.

11 Anhang

- I. Einverständniserklärung
- II. Interviewleitfaden
- III. Kodierleitfaden
- IV. Ausschnitte Transkript (vollständiges Transkript ist in der elektronischen Version)
- V. Selbständigkeitserklärung

I. Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit

Paarsexualität vor und nach einer Prostatektomie aus der Sicht betroffener Frauen

Erleben der Paarsexualität aus Sicht von Frauen vor und nach der Prostatektomie des Partners sowie Befragung anhand von Interviews bezüglich sexualtherapeutischer Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wirkung

- Ich wurde von der unterzeichnende Interviewleiterin mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie sowie über die zu erwartenden Wirkungen, über möglich Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter und pseudonymisierter Form gespeichert werden. Bis zum 30.07.2022 kann das Löschen der Daten per E-Mail an steffiachermann@hotmail.com verlangt werden.
- Das Interview beinhaltet das Erstellen einer Audioaufnahme, die in der Folge transkribiert und für die wissenschaftliche Analyse auszugsweise in anonymisierter Form verwendet wird.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
- Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Interviewende Person jederzeit von der Studie ausschliessen

Luzern, den _____

II. Interviewleitfaden

Inhalte: Welche Herausforderungen stellen sich Partnerinnen von Männern welche eine Prostatektomie vornehmen mussten in Bezug auf ihr sexuelles Erleben? Inwieweit wurden sie als durch die «Wir-Krankheit» Mitbetroffene fachlich begleitet? Besteht ein Bedarf nach sexualberaterischer Begleitung?

Leitfragen:

- Inwieweit unterscheidet sich das Erleben der Paarsexualität vor und nach einer Prostatektomie des Partners der betroffenen Frauen?
- Welche Unterstützung bekommen die Frauen rund um die Operation ihres Partners?
- Welchen Einfluss hat die allfällige Unterstützung auf das Erleben und Gestalten der Paarsexualität?
- Welchen Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten gibt es? (Welcher Bedarf wurde nicht abgedeckt?)

Leitfrage	Bereiche	Konkrete Fragen	Checkliste	Steuerung/Nachfragen
<p>Einstiegsfrage</p> <p>Einbezug der Partnerin</p>	<p>Weg zum Entscheid der OP</p> <p>Wir Krankheit</p> <p>Information</p> <p>Kommunikation</p>	<p>Ihr Mann hat vor ... Jahren eine Prostatektomie gehabt & mein Thema ist ja, wie deren Partnerinnen in Bereichen der Sexualität fachlich begleitet/unterstützt werden.</p>	<p>Erste Auseinandersetzung mit der Krankheit</p> <p>Entscheidung als Paar oder alleine?</p>	<p>Wie haben sie sich als Paar über die neue Situation ausgetauscht?</p> <p>Wie war der Verlauf bis zum Punkt, dass sie sich</p>

		<p>Es gab diese Diagnose und plötzlich waren sie die Frau an der Seite eines an Krebs erkrankten Mannes, wie ging es ihnen damit?</p>		<p>für eine Operation entschieden?</p> <p>War dies ein gemeinsamer Entscheid?</p> <p>Wie wurden sie in den Behandlungsverlauf einbezogen?</p>
--	--	---	--	---

<p>Unterstützung rund um die Operation und deren mögliche Auswirkung für das Paar und deren Sexualität</p>	<p>Information über Folgen für die Sexualität</p> <p>Kommunikation</p>	<p>Welche Informationen haben sie von Seite der Ärzte/Ärztinnen im Hinblick auf die möglichen Folgen der Operation bekommen?</p>	<p>Infos zu möglichen Nebenwirkungen</p> <p>Bedarf nach mehr Info?</p> <p>Austausch als Paar</p> <p>Kommunikation</p>	<p>Über welche Nebenwirkungen wurden sie informiert?</p> <p>Wie wurden sie über die Folgen für die Paarsexualität informiert?</p> <p>Inwieweit wurde ihnen Hoffnung gemacht auf ein Ausbleiben der Nebenwirkungen?</p> <p>Haben ihnen die Informationen im Moment ausgereicht?</p> <p>Was hat allenfalls gefehlt?</p>
--	--	--	---	---

				<p>Wo konnten sie ihre Fragen und Sorgen platzieren?</p> <p>Was haben diese Informationen mit ihnen als Paar gemacht?</p> <p>Wie haben Sie sich darüber ausgetauscht? (alleine, im Beisein des Arztes/der Ärztin)</p>
--	--	--	--	---

<p>Kommunikation</p>		<p>→Wie würden sie ihre Paarkommunikation in einer Skala von 1-10 einschätzen?</p>		<p>→(allgemein/in Bezug auf Sexualität) → hat sich dies durch die Krankheit verändert (wenn ja in welche Richtung?)</p> <p>Können Sie Beispiele nennen?</p>
<p>Sexualität vor der Operation</p>	<p>Stellenwert der Sexualität Kommunikation</p>	<p>Gab es vor der Operation bereits andere Einschränkungen in der Paarsexualität? Wenn ja welche?</p>	<p>Sexualität vor der Operation Angst vor Verlust Welche Bedürfnisse erfüllte die Paarsexualität?</p>	

		<p>Wie wichtig war die Sexualität für sie als Paar vor der Operation?</p> <p>Die Sexualität beinhaltet ein breites Spektrum an Möglichkeiten, für viele ist der eindringende Sex jedoch sehr zentral. Wie war dies in ihrer Beziehung?</p>	<p>Was (welche Bedürfnisse) erfüllte die Sexualität in ihrer Partnerschaft?</p> <p>Wie wichtig ist die Penetration im Vergleich zu anderen Anteilen der Sexualität gewesen?</p> <p>Gibt es da einen Unterschied zwischen ihnen und ihrem Partner?</p> <p>Hat sich dies verändert?</p> <p>Wie hat sich die Sorge dies zu verlieren sich</p>
--	--	--	--

				<p>geäußert? (bei ihnen/bei ihm?)</p> <p>Konnten sie als Paar darüber sprechen? (andere Ansprechpersonen)</p>
<p>Unterstützungsangebot</p> <p>Unterstützungsbedarf</p> <p>Sexualberatung</p> <p>Partnerin</p>	<p>Die Operation</p> <p>Unterstützende Angebote</p> <p>→ Medizinisch</p> <p>→ Sexualberatung</p>	<p>Wie haben sie sich auf die Operation und die möglichen Folgen vorbereitet?</p>	<p>Vorbereitung auf mögliche Folgen</p> <p>Möglichkeit der Sexualberatung</p> <p>Wurden beide Informiert?</p>	<p>Haben Sie vor der Operation eine Art Abschiedsritual gelebt? (möglicher Abschiedssex)</p> <p>Wurden sie beide informiert/einbezogen?</p>

	<p>Partnerin nicht krank aber auch betroffen</p>	<p>Wie wurden sie über medizinische Hilfsmittel informiert?</p> <p>Wie wurden sie über die Möglichkeit von weiteren Unterstützungsangebote in Bezug auf die Sexualität informiert</p>		<p>z.B. Sexualberatung, Sexoonkologie, Selbsthilfegruppen, Beckenbodentraining</p> <p>Wo habe sie sich hauptsächlich informiert?</p> <p>Gab es einen bestimmten Zeitpunkt, an welchem der Wunsch nach Unterstützung dringlicher/stärker wurde?</p> <p>(zeitlich)</p>
--	--	---	--	--

		<p>Was haben diese möglichen Nebenwirkungen bei ihnen ausgelöst?</p>		<p>Wurden sie selbst aktiv?</p> <p>Was hätten sie sich gewünscht?</p> <p>Gab es mögliche Nebenwirkungen die sie besonders geängstigt haben?</p> <p>Was war der Unterschied, was es bei ihnen ausgelöst hat und was bei ihrem Mann?</p>
--	--	--	--	--

<p>Sexualität nach der Operation</p> <p>Die Partnerin (sexuelles Erleben)</p>	<p>Nach der Operation →</p> <p>Eine Prostatektomie kann grossen Einfluss auf die Sexualität haben (häufig Verlust der Erektionsfähigkeit, kein Samenerguss, Schmerzen, Inkontinenz)</p> <p>Herausforderungen</p> <p>Einschränkungen</p> <p>Veränderungen</p> <p>Ressourcen</p>	<p>Dann kam die Operation und in Folge wurden sie in der Realität mit möglichen Folgen konfrontiert. Wenn es Folgeerscheinungen gab, welche haben sich anfangs gleich gezeigt?</p> <p>Wie schnell wurde die Paarsexualität wieder ein Thema?</p> <p>Was hat sich für sie als Paar in der Sexualität verändert?</p>	<p>Nebenwirkungen erfassen</p> <p>Wie ist die Sexualität jetzt?</p>	<p>Sind (alle) Nebenwirkungen geblieben?</p> <p>Was hat sich nach einer Zeit wieder eingestellt?</p> <p>Welche Einschränkungen in Bezug auf die Sexualität sind geblieben?</p> <p>Wie sind sie nach der Operation aufeinander zugegangen?</p> <p>Was hat ihnen geholfen in Bezug auf die</p>
---	--	--	---	--

		<p>Was hat sich für sie persönlich im Erleben der Sexualität verändert?</p>	<p>Paarsexualität? (Neue Ideen/Strategien, Hilfsmittel, Therapien?)</p> <p>Was war herausfordernd?</p> <p>Was ist ihnen gut gelungen?</p> <p>Haben sie sich in ihren Bedürfnissen wahrgenommen gefühlt?</p> <p>Welche Gefühle hat diese Situation in ihnen ausgelöst?</p>
--	--	---	---

		Gibt es für sie sexuelle Bedürfnisse die nicht mehr erfüllt werden können?		<p>Was hätten sie sich gewünscht?</p> <p>Was hätten sie gebraucht?</p> <p>Wie gehen sie damit um?</p>
<p>Bedarf</p> <p>Erwartungen an eine Sexualberatung</p>	<p>Genutzte Hilfsangebote</p> <p>Was hat gefehlt?</p> <p>Bedarf für Sexualberatung?</p>	<p>Hatten sie neben der Unterstützung durch die Ärzte und Ärztinnen auch noch andere fachliche Angebote genutzt in Bezug auf die Sexualität?</p> <ul style="list-style-type: none"> → Beckenbodentraining → Sexualberatung → Selbsthilfegruppe 	<p>Hilfsangebote erfassen</p> <p>Wünsche an Sexualberatung</p> <p>Bedarf</p> <p>Positive Aspekte für das Paar</p>	<p>Nein: woran liegt dies?</p> <p>Ja: wie wurden sie darauf aufmerksam? Welche Erwartungen wurden erfüllt?</p>

		<p>→ Evtl. Austausch mit anderen Paaren?</p> <p>Welche Erwartungen hätten sie an eine hilfreiche Sexualberatung?</p> <p>Was würden sie rückblickend sagen was hat ihnen geholfen?</p>		<p>Was wären ihre Hauptfragen an die Sexualberatung?</p> <p>Haben/hätten sie dieses Angebot genutzt?</p> <p>→ alleine</p> <p>→ als Paar</p>
--	--	---	--	---

		<p>Was hat ihnen gefehlt?</p> <p>Eine Krankheit hat einen einschneidenden Einfluss auf das Leben. Die Folgen konfrontieren die Betroffenen mit grossen Herausforderungen, bergen aber auch Chancen auf positive Veränderungen. Haben sie auch solche Erlebt?</p>		<p>Was würden sie anders machen?</p> <p>Besteht dieser Bedarf immer noch?</p>
--	--	--	--	---

		Hat die Erkrankung auch einen positiven Einfluss auf sie als Paar gehabt?		In Bezug auf die Sexualität?
Rolle der Partnerin Sexuelles Erleben	Nicht an Krebs erkrankt, aber betroffen	Mit welchen speziellen Herausforderungen haben sie sich konfrontiert gesehen in der Rolle der Partnerin?	Was war hilfreich? Wunsch nach Unt	Hätten sie mehr Unterstützung gebraucht oder gewünscht? Was hat geholfen?

				<p>Was wäre hilfreich gewesen?</p> <p>Können sie mir dies genauer erklären?</p>
Abschluss	Träume erfragen	Haben Sie in Bezug auf die Paarsexualität noch Träume die sie gerne erfüllt hätten?	Wünsche für die Zukunft	<p>Können sie mir dies genauer erklären?</p> <p>Würden sie aktiv daran arbeiten wollen?</p>

III. Kodierleitfaden

KATEGORIE	UNTERKATEGORIE	DEFINITION	ANKERBEISPIEL	KODIERREGEL
INFORMATION	<ul style="list-style-type: none"> • Über Krankheit • Über Folgen der Krankheit • Mögliche Unterstützungsangebote • Anlaufstellen für Partnerinnen 	<p>Da in einem Paar beide von der Krankheit und deren Auswirkungen betroffen sind, ist es auch wichtig, dass beide darüber informiert sind. Wo hat die Partnerin Information bekommen und wieviel?</p>	<p>Also ich bin gar nicht informiert worden, (...) er ist immer im Gespräch gewesen mit (...) seinem Arzt (Frau A. 368-369)</p>	<p>Alles was bezüglich Information betreffend der Erkrankung,, der Auswirkung auf die Sexualität, deren mögliche Behandlung und spezifischen Informationsangebote für Partnerinnen beinhaltet</p>
BEDARF	<ul style="list-style-type: none"> • Über Paarunterstützungsangebote • Möglichkeit der Partnerin Unterstützung zu bekommen • Informationen über Sexualität nach der Operation • Hilfe bei der Kommunikation • Fachliche Begleitung zu sexuellen Fragen • Vor- und Nachsorge • Vernetzung • Vermittlung von Wissen • Ideen für neue Möglichkeiten in der Sexualität 	<p>Eine Prostataerkrankung wird oft weitgehend medizinisch begleitet. Dies deckt aber nicht alle Bedürfnisse ab. Der Einfluss auf die veränderte Sexualität und wie damit gut umgegangen werden kann.</p>	<p>Und zwar vom Arzt verschrieben oder von der Onkologin verschrieben. Und zwar aus dem Grund, weil dann wäre es gekommen von einer anderen Stelle und dann wäre mein Mann wahrscheinlich anders darauf eingestiegen. (Frau B. 844-847)</p>	<p>Wünsche die eine Partnerin an eine gute Beratung zu sexuellen Themen nach einer Prostatektomie ihres Partners hat.</p>

SEXUALITÄT	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Wert hatte die Sexualität vor der Operation in der Beziehung • Welche Bedürfnisse wurden befriedigt • Sexualität nach der Erkrankung • Neue Sexualität (Veränderung) • Einschränkung nach OP 	<p>Welchen Stellenwert die Sexualität vor der OP hatte, hat einen Einfluss, ob der Einstieg nachher wieder gelingt.</p>	<p>Und mit unserer Sexualität wurde es nicht einfacher, weil der Stress etwas ausgelöst hat. Mit Erektionsfähigkeit, mit Lust und mit (...) sich ein bisschen zurückziehen also es war schon ein grosser Prozess in dem Jahr. (Frau B. 253-255)</p>	<p>Sexualität vor und nach der OP (Stellenwert, Veränderung, Entwicklung, Bedürfnisse</p>
RESSOURCEN POSITIVES	<ul style="list-style-type: none"> • Als Paar • In der Sexualität • Im Umfeld • Stärkung der Beziehung 	<p>Eine Erkrankung kann viele negative Aspekte in eine Beziehung bringe, dennoch ermöglichen Ressourcen des Paares eine gute Unterstützung. Oft gehen Paare gestärkt aus einer bewältigten Krise hinaus.</p>	<p>Aber es hat so wie Raum aufgetan, den wir vorher vielleicht nicht aufgetan hätten. (Frau B. 738-739)</p>	<p>Auf alles, auf dass das Paar als Ressource zurückgreifen konnte (individuell, als Paar) und positive Erfahrungen aus dem Krankheitsprozess</p>
KREBS /MEDIZINISCHE BEGLEITUNG	<ul style="list-style-type: none"> • die persönliche Geschichte • der Verlauf • die Begleitung • die medizinischen Möglichkeiten • Medizin und Sexualität 	<p>Paare werden durch die Krebserkrankung stark gefordert. Nicht jedes Unterstützungsbedürfnis kann medizinisch abgeholt werden.</p>	<p>Er hat sich auch eh, sich auch durch diese Hormonbehandlung hat er sich halt körperlich verändert. (Frau A. 572-573)</p>	<p>Alles im Zusammenhang mit der Krebserkrankung, der medizinischen Begleitung</p>

DIE PARTNERIN	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse • Mit-Betroffene • Rolle 	<p>Partnerinnen und Partner von an Krebs erkrankten Menschen, sind ebenfalls mitbetroffen und leisten einen grossen Unterstützungsaufwand. Sie werden oft nicht genügend mit einbezogen und unterstützt.</p>	<p>...ich arrangiere mich damit, und bliebe ihm auch soweit treu, weil ich weiss, er wäre verloren, wenn ich weg wäre. (Frau A.588-589)</p>	<p>Die Folgen der Erkrankung für die Partnerin, in der Sexualität, für ihre Rolle in der Beziehung, welche Bedürfnisse sie hat und welche Unterstützung sie dabei erlebt</p>
KOMMUNIKATION	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene Paarkommunikation • Sensible Themen • Austausch über Krankheit • Bedürfnis • Veränderung 	<p>Die Kommunikation kann eine grosse Ressource darstellen. Eine bereits gut etablierte Fähigkeit, ist ein guter Prädiktor. Das Bedürfnis und die Ausprägung der Fähigkeiten sind individuell unterschiedlich.</p>	<p>Weil mit ihm konnte ich nicht, oder wollte ich nicht reden. Weil ich habe gewusst, das löst irgendwie nochmals fast ein schlechtes Gewissen, weil er nicht mehr kann, oder aus. Und das wollte ich nicht. (Frau A. 416-418)</p>	<p>Wie das Paar kommuniziert, Muster, Grenzen, Veränderung in der Kommunikation</p>
VERLUST TRAUER	<ul style="list-style-type: none"> • Erektion/Penetration • Mannsein • Teil des Körpers/Körperfunktion • Paarsexualität wie sie war 	<p>Körperfunktionen die einen Einfluss auf die bisher gelebte Paarsexualität haben und auf das Gefühl des «Mann-seins» haben loszulassen, ist ein schwieriger Prozess. Ein</p>	<p>Also es hat sich eh verändert für uns. So Sex wie wir ihn hatten, haben wir nicht mehr. Ist aber wie, ich würde nicht sagen, es ist kein Verlust. Aber ein guter Ersatz. (Frau B. 781-783)</p>	<p>Wovon das Paar/er/sie Abschied nehmen muss. Trauer, Schmerz, Loslassen</p>

Trauerprozess als Abschluss,
ermöglicht Raum für Neues

IV. Ausschnitte Transkript

Interview 1 (Int.1) mit Frau A

Interview 2 (Int.2) mit Frau B

I = Interviewerin

Information

Int. 1 (264-283)

I: Und er hat noch Ansprechpersonen im ärztlichen Bereich gehabt?

A: Ja, das hat er sich auch genommen, eigentlich.

I: Und andere Ansprechpersonen, hat es auch (A: Ja, er hat-.) gegeben?

A: Er hat eh, er ist schon viele, viele Jahre, ist er im, im Kontakt mit eine, ehm, Psychotherapeut, aber wirklich, schon bevor wir zusammen gewesen sind. Wo er, ehm, auch gewisse Gespräche regelmässig geführt hat. Und ehm, das ist für ihn auch eh, eine Ansprechperson gewesen, die hat er dann auch ab und zu konsultiert. Das macht er auch heute noch, nicht mehr intensiv. Diese Person ist in der Zwischenzeit pensioniert. Aber wenn er das Bedürfnis hat, um, für ein Gespräch, dann ist sie nach wie vor, eh, für ihn da. Und eh diese Gespräche hat er schon gesucht und sucht er auch jetzt noch. Wobei das geht, generell, das ist jetzt nicht nur um die Sexualität gegangen. Das ist für ihn auch eine Ansprechperson gewesen.

I: Haben Sie sich noch mit jemandem ausgetauscht, wo vielleicht diese Situation schon kennt, oder ehm (A: Nein.) eine Fachperson, Familie und Freundschaften, oder ehm-?

A: Nein. Ich habe auch niemanden gekannt, und ärztliche, und habe ich, keine Beziehungen gehabt, zu irgendwelchen Leuten, wo man hätte darüber reden können. Ehm, sonst hätte ich das vielleicht gemacht. Ich habe es aber auch nicht gesucht, weil ich bin jemand, wo sich ein bisschen gewöhnt ist (I: Mhm.), selber zu Recht zu kommen.

Bedarf

Int. 1 (409-422)

I: Aber ich sehe es macht jetzt gerade etwas mit Ihnen?

A: Aber ich weiss nicht genau, was es ist (I: Okay.) Ja, ich weiss nicht genau, was es ist (beginnt zu weinen). Ob es einfach das war, dass sich alles nur um ihn gedreht hat (erzählt mit weinerlicher Stimme), (3 Sek.) weil eh, sexuell bin ich nicht, eh, in meiner bin ich ja nicht beeinträchtigt gewesen. Aber es ist, es ist dann manchmal auch nicht mehr, also spontan ist sowieso nichts mehr möglich gewesen. Und das hat mir natürlich schon gefehlt. Und das wäre vielleicht gar nicht so schlecht gewesen, wenn man ab und zu hätte darüber reden können (I: Mhm.). Weil mit ihm konnte ich nicht, oder wollte nicht reden. Weil ich habe gewusst, das löst irgendwie nochmals fast ein schlechtes Gewissen, weil er nicht mehr kann, oder, aus. Und das wollte ich nicht. Das hätte die Situation auch nicht unbedingt gut gemacht, also die Situation auch nicht besser gemacht.

I: Also Sie haben sich total zurückgenommen mit Ihren Bedürfnissen, in dem Fall?

A: Ja. Ja. (6 Sek.) ...

Sexualität

Int. 2 (303-326)

I: Aber es war ein fester Bestandteil. (B: Ja. Ja.) Ähm könnten Sie vielleicht wie ähm erklären, welche Bedürfnisse es denn erfüllt hat in der Partnerschaft?

B: Ähm-. Also als erstes Mal einfach körperliche Entladung ist sicher ein ein Aspekt. Und was bei uns besonders wichtig war, ist, dass dadurch, dass mein Mann eben eher nicht ein so wahnsinnig gesprächiger ist, (lacht.) ist-, und auch nicht so viele Komplimente macht immer, (lacht.) ähm war das immer eine Verbindung, wo wir uns einfach wieder nahe waren. Also wo wir-, wo wo wir beide voneinander wieder wussten: "Ah ja, genau. Du und ich ... #00:33:33# spürt etwas, wir sind-, da ist eine gute Verbindung da. Und über über die Sexualität haben wir das immer wieder beleben können eigentlich, auch wenn es manchmal etwas sprachlos war, vielleicht, oder ähm wir beide unseren Geschichten nach sind oder eben mein Mann noch in der Trauerzeit war von dem Verlust in der Familie, haben wir uns dort immer wieder gefunden, so.

I: War eine Art von Kommunikation. Von-. (B: Ja. Ja.) Und eine verbindende (?Liebeskommunikation) ...

B: Ja, genau. Auch, ja. Ich muss gerade überlegen, ob ich noch etwas vergessen. Ob noch sonst etwas dazugehört. Ja, ist einfach schön. Also ja, ist einfach auch zu genießen. Ja. Ja.

I: Sexualität beinhaltet ja ein ganz breites Spektrum an Möglichkeiten, aber ganz viele Menschen ähm benennen wie als Sex den eindringenden Sex. (B: Ja.) Wie war das in Ihrer Beziehung?

B: Ja also da hatten wir schon also noch Alternativen. Also da waren schon ein bisschen ähm freestyliker unterwegs auch noch. (lacht.) Ähm so ein ein einen gewöhnlichen Sex mit Eindringen hat es natürlich gegeben, aber das war nicht die einzige Variante, die wir so gelebt haben. Was und später zugutegekommen ist. Ja.

Ressourcen

Int.2 (684-702)

I: Was was sind Ihre Ressourcen, worauf sie zurückgreifen konnten? Wo Sie jetzt sagen, das hat uns geholfen in Bezug dazu?

B: Also äh für-, also eine Ressource innerhalb vom Paar ist, dass wir uns gut verstehen, dass wir schon unglaublichste Geschichten miteinander gemeistert haben. Das sind glaube ich schon Ressourcen. (I: Mhm.) Auch, dass wir-, vielleicht ist es wirklich auch eine Ressource, dass wir uns in einem Altern kennengelernt haben, wo wir auch ganz anderes zuvorderst hingestellt haben als jetzt Sexualität. Wenn man vielleicht so jung ist, dann ist man verliebt, und dann sitzt man den ganzen Tag im Bett oder-, wir sind anders zueinander gestossen damals. Und das war vielleicht wirklich eine Ressource. Wir haben uns getroffen und wir haben gewusst, wir tun uns zusammen. Durch alle Widrigkeiten, die damals waren.

Und das ist so ein ganz tief verankertes Gefühl. Und das ist-, hat uns dann natürlich schon als Ressource gedient. Ähm halt da durchzugehen und vielleicht, als ich jung war, hätte ich gedacht: "Ach komm, mit dem, nein es macht jetzt also keinen Spass mehr so, nein, ich mache es anders". Ich meine, das hat es durchaus gegeben, in früheren Situationen. Wenn der Sex nicht mehr so spannend war, dann war auch die Beziehung nicht mehr so spannend. Das ist jetzt, wo wir uns halt wirklich schon mit mit einem Stück Leben hinter uns begegnet sind, war das anders, also diese Fragen haben sich so gar nicht mehr gestellt. Das ist-, haben wir als Ressource nehmen können glaube ich, einfach dass unsere Beziehung ein anderes Fundament hat. Was ein Hauptfundament ist.

Krebs

Int.2 (113-152)

B: Also, spannenderweise, wir sind ja noch einmal bei einem anderen Arzt gewesen, der irgendeine spezielle Operationsmethode durchführt. Ich weiss nicht mehr, was das war, einfach eine andere Methode, die nur dieser Arzt hat. Und der hatte dann irgendwie Termine im Kantonsspital, arbeitet aber sonst in einem anderen Spital. Und da habe ich diese Frage auch gestellt, was denn passiert, wenn wenn wenn Sexualität so nicht mehr funktioniert, also wenn man damit rechnen muss, dass-. Ah, irgendwie ist es um eine Methode gegangen, die-, ich weiss es nicht mehr, auf jeden Fall war es für mich-, ist die Frage aufgekommen, ja, wenn es dann so nicht klappt und und und dann funktioniert das mit der Sexualität nicht mehr? Und dann hat er gesagt: "Ja, also das ist ja das kleinste Problem, also da gibt es ja noch Viagra", und in dem Moment hatte ich das Gefühl, ah nein, er weiss gar nicht, wovon ich rede. Also es gibt ja-, es gibt ja nicht nur einfach Viagra, das helfen würde, es geht ja auch um um das Gefühl von Männlichkeit für meinen Partner, es geht um unsere Sexualität. Also ich war dermassen schockiert anhand von dieser wirklich groben Antwort, dass ich meinem Mann gesagt habe: "Also bei dem machst du die Operation nicht, das kommt überhaupt nicht infrage". Ich hatte null Vertrauen zu dem Chirurgen. Null.

I: Und dort hat er nachher die Operation auch nicht gemacht in dem Fall?

B: Nein. (I: Okay.) Nein, also ihm ist es gleich gegangen. Das war dermassen schräg, das war dermassen unpersönlich, unmenschlich. Vielleicht ist er ja als operierender Chirurg super, aber es hat wie-, also es hat uns wie zurückgespickt, von von von von diesem Mensch und von von-, ja es braucht ja auch immer Vertrauen in jemanden, der einem so nahe kommt und und das ist ja eine sehr invasive Sache und und mit so jemandem wäre das gar nicht gegangen. Unmöglich.

I: Und das Gespräch mit dem ähm anderen Arzt? (B: Das war sehr schön.) Waren die Fragen dieselben? (B: Ja.) Ja. Und er hat die Ihnen anders äh beantworten können in dem Fall?

B: Er hat sie nicht beantwortet, aber ich habe gesehen, dass er-, also die Frage verstanden hat. Er hat er hat es allgemein gehalten, ist ja auch nicht sein Gebiet, er hat dann gesagt, ja, das gäbe es dann Möglichkeiten, und vielfach brauche es Geduld, und dann käme das dann schon wieder, und am Anfang müsse man schon damit rechnen, dass es in der Sexualität nicht so klappe, wie man sich das gewohnt ist. Und dass es eben halt mit Inkontinenz auch sein kann, das es bis zu einem Jahr oder ich weiss nicht mehr, was er gesagt hat. Er hat sehr, sehr gut erklärt, hat sich aber nicht wirklich auf die Äste rausgelassen und gesagt: "Sie, da habe ich Ihnen eine gute Adresse und da sind Sie gut betreut und da können Sie hin mit Ihren Fragen und-", so nicht. Aber sehr menschlich zumindest. Und einfach nicht zu seinem-, nicht aus seinem ähm Hauptgebiet hinaus so, was die Operation anbelangt und das ganze Technische, aber ich habe so gemerkt, er er würde wie den Link machen, um-, nach nach aussen. Also es hat sich einfach anders

angefühlt. Aber konkret Ideen hat er nicht ähm präsentieren können oder oder Unterstützung bieten so mit-, ja.

Partnerin

Int.1 (707-718)

I: Mit welchen speziellen Herausforderungen haben Sie sich konfrontiert gesehen in dieser Rolle als Partnerin?

A: Mit welchen Herausforderungen? Einfach, dass ich mich vor allem zurücknehmen muss.

I: Denken Sie, dass Sie sich zurücknehmen mussten, oder mussten Sie sich zurücknehmen? Manchmal ist es so, man denkt, jemand denkt. (beide lachen)

A: Ehm, (4 Sek.) Das ist noch, ja, eh, ist noch eine gute Betrachtungsweise. Es ist wahr, man denkt, man hat das Gefühl, man muss. Müsste ich vielleicht nicht. Ehm. Ich habe das Gefühl, ich musste. Aufgrund von seinen Äusserungen, aufgrund von seinem Verhalten. Aber ich habe auch mir, ehm, mir auch andere Rechte herausgenommen. Aber das hat jetzt mit der Beziehung zu tun, nicht, eh, nicht auf der sexuellen Seite. Ehm. Ja, weil eh, unsere, eh, Bedürfnisse im Alltag sind einfach andere.

Kommunikation

Int.2 (217-234)

I: Ich höre stark heraus, dass Sie viel kommuniziert haben, miteinander, dass das eine ganz grosse Basis war. Ähm wie würden Sie Ihre Paarkommunikation, jetzt sagen wir auf einer Skala von eins bis zehn. Also eins wäre-, hätte noch ganz viel Luft noch nach oben, zum Verbessern, und eine zehn ist, wo Sie sagen, das ist wirklich top. Unsere Kommunikation. Also jetzt vielleicht so ein Unterschied, wie so im Allgemeinen, oder jetzt auch in Bezug auf Sexualität.

B: Ähm. Ja also das ist jetzt schwierig. (lacht.) Also mein Mann ist ein grosser Schweiger. Und ich ähm arbeite auch therapeutisch in der Beratung, und ich muss immer Sachen ganz, ganz fest besprechen. Also zwischen uns sind Welten. Und ähm für mich könnte es natürlich immer mehr sein. Aber wenn ich es so aus der Sicht meines Mannes anschau, dann würde ich sagen, dass er wahrscheinlich noch gar nie so viel gesprochen hat wie damals. Und jetzt weiss ich gar nicht, ob ich dem eine Nummer geben muss. (lacht.) Weil weil ja-, für mich reicht es wie nie so wirklich ganz, weil ich könnte sehr viel mehr diskutieren und mehr abfragen. Hatte aber das Gefühl, dass sehr viel gekommen ist von Seiten meines Mannes, was ähm für ihn anstrengend war, aber was er gemacht hat. Und darum würde ich ihm ja dort schon etwa eine Acht geben, aber äh, wenn ich mir so wünschen könnte, dann möchte ich auch einen Mann haben, der einem viel mehr erzählt. Ist jetzt halt einfach bei uns nicht so. Aber waren Bemühungen sind extra, extra.

Verlust

Int.2 (675-683)

B: (...) Und ich habe gemerkt, ja, das ist ein Riesenverlust. Es hat auch etwas mit mir gemacht. Und dann haben wir so gemerkt, ja, wir wir wir stellen wie ein bisschen an miteinander, weil mein Mann hatte dann so ein bisschen das Gefühl: "Komm, wir können doch zurück zu dem, was wir gekannt haben, einfach so gut wie es jetzt gerade geht", und

ich habe gemerkt, nein, dann ist es für mich ein Verlust, ich möchte gern etwas neues. Dann ist es wie neu, und dann ist es wieder wie voll.

I: Dann ist es gleich viel wie vorher.

B: Ja, dann ist es wieder gleich viel. (I: Ja.) Und so wie früher aber einfach das, was noch geht, ist für mich, ja, ein Verlust.

V. Ehrenwörtliche Erklärung/Selbständigkeitserklärung

Stefanie Achermann Kälin

Matrikel-Nr. 25764

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Paarsexualität vor und nach einer Prostatektomie aus der Sicht betroffener Frauen

Erleben der Paarsexualität aus Sicht von Frauen vor und nach der Prostatektomie des Partners sowie Befragung anhand von Interviews bezüglich sexualtherapeutischer Unterstützungsmöglichkeiten und deren Wirkung

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werke oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder nach dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht.

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

Horw, Schweiz, 20. August 2022

Stefanie Achermann Kälin