

Aus der Klinik Münsterland  
Orthopädisch-traumatologische Rehabilitationsklinik  
Direktor: Prof. Dr. med. B. Greitemann

*„Leiden ohne Liebe? Lieben ohne Leiden!“*

Eine

## **DESKRIPTIVE STUDIE**

zum Sexualverhalten von Patienten, denen  
ein künstliches Hüftgelenk implantiert wurde  
oder  
die an einem lumbalen Bandscheibenvorfall  
operiert worden sind

Dissertation zur Erlangung des doctor medicinae  
der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Vetter-Höltershinken, Catherin

aus Bielefeld

2008

Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-  
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Volker Arolt

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Georg Gosheger
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Bernhard Greitemann

Tag der mündlichen Prüfung: 13.10.2008

Aus der Klinik Münsterland  
Orthopädisch-traumatologische Rehabilitationsklinik  
Direktor: Prof. Dr. med. B. Greitemann  
Referent:  
Koreferent: Prof. Dr. med. Bernhard Greitemann

### **ZUSAMMENFASSUNG**

#### **„Leiden ohne Liebe? Lieben ohne Leiden!“ Eine deskriptive Studie zum Sexualverhalten von Patienten, denen ein künstliches Hüftgelenk implantiert wurde oder an einem lumbalen Bandscheibenvorfall operiert worden sind**

Catherin Vetter-Höltershinken

In der orthopädischen Fachliteratur gibt es keine Angaben zum Sexualverhalten der Patienten, denen ein künstliches Hüftgelenk implantiert wurde oder die an einem lumbalen Bandscheibenvorfall operiert worden sind. Durch verbesserte Operationsmethoden, optimierter Endoprothetik und dem demographischen Wandel nimmt nicht nur die absolute Patientenzahl zu, sondern auch die Altersspannbreite.

Die Leitsymptome in dieser Patientenkohorte sind Schmerz und Bewegungseinschränkung speziell in der Lenden-Becken-Hüft-Region.

Ob sich diese Symptome negativ auf das Sexualverhalten der Patienten auswirken und ob konsequenterweise postoperativ eine Verbesserung eingetreten ist, wurde in dieser Studie deskriptiv untersucht.

Es wurden zwei Fragebögen [FB] erstellt: Der erste bezieht sich auf das Sexualverhalten des Patienten ein halbes Jahr vor der Hüft- beziehungsweise Bandscheiben-Operation, der zweite stellt Fragen zum Sexualverhalten ein halbes Jahr nach der Operation. Die erhobenen Daten wurden in Relation zu klinischen und anamnestischen Fakten gesetzt.

An zwei orthopädischen Rehabilitationskliniken wurden insgesamt 349 1. FB verteilt. Die Rückflussrate betrug 73,6% (257 Responder). Davon zählten 49,4% zum drop out (n=127). In deutlicher Mehrheit waren hier weibliche Patienten des höheren Lebensalters nach Hüft-TEP-Implantation ohne Sexualpartner („treue Witwen“) vertreten. 50,6% der Responder erhielten den 2. FB zugeschickt. Dieser wurde 54 mal nicht zurück geschickt ( 41,5% t2 Non-Responder). 76 Patienten ( 58,5% t2 Responder) machten auch im 2. FB detaillierte Angaben zu ihrem Sexualverhalten postoperativ.

Die Auswertung zeigt, dass - bei adäquater Ansprache – das Thema Sexualität vom Patienten nicht tabuisiert wird. Es besteht ein Bedürfnis nach Aufklärung und Information. Zum Beispiel wollen die Patienten wissen, wann sie nach der Operation wieder Beischlaf haben dürfen und ob es zu vermeidende Stellungen gibt.

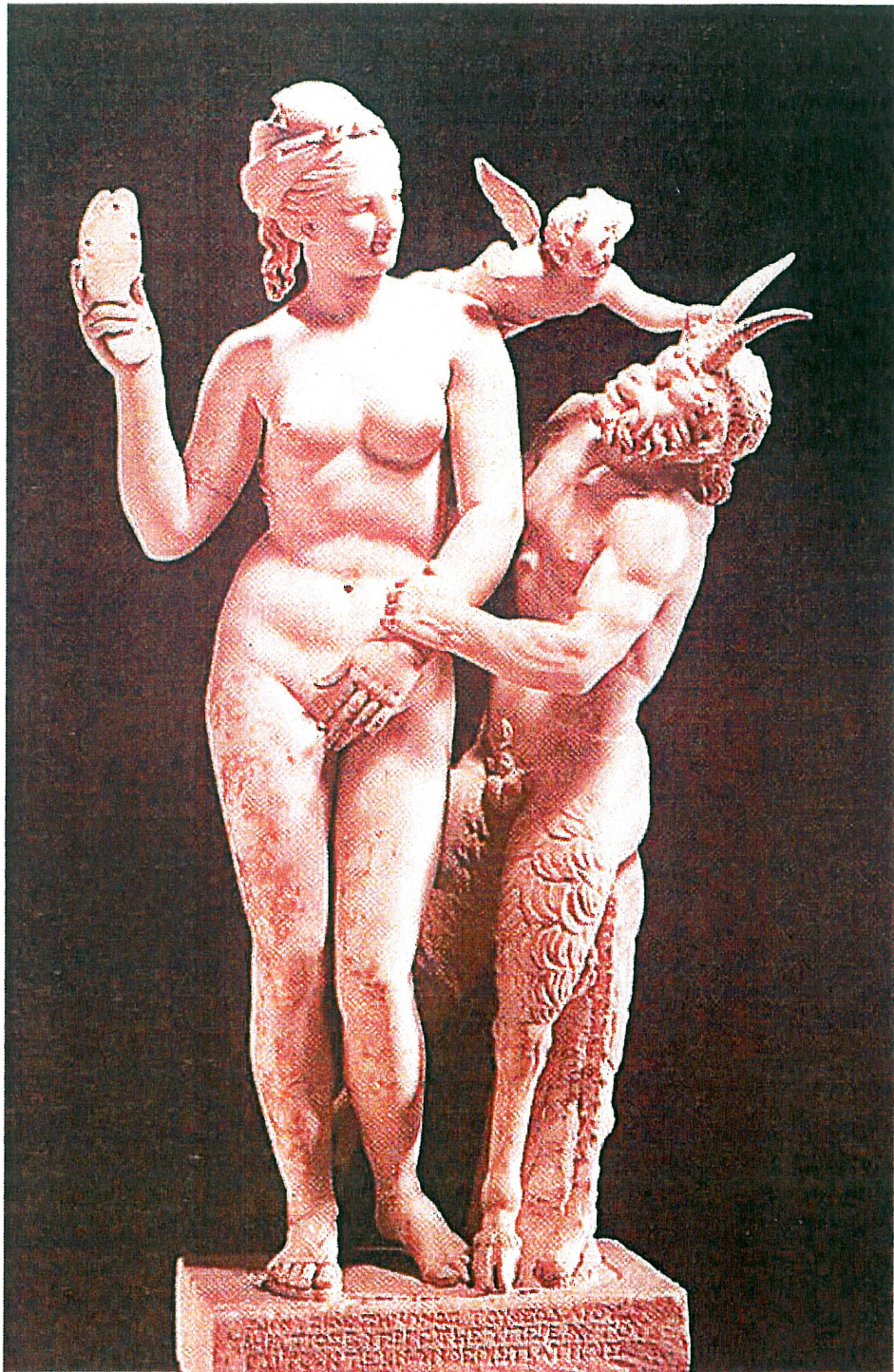
Führend bei den Angaben der Ursachen für die Qualitätseinbuße beim Sex ist die Schmerzhaftigkeit, Frauen leiden hier stärker als Männer. Postoperativ gaben 40% der Patienten an, dass sich ihr Sexualeben qualitativ verbessert hätte.

Die Sexualität eines Menschen kann nicht unicausal betrachtet werden. Vielmehr ist sie eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension. Das heißt für diese Studie, der die Sexualität beeinflussende Faktor war nur in vereinzelt Fällen das orthopädische Grundleiden allein. Es liegt eine multifaktorielle Genese vor.

Für Patienten, die in einer intakten Partnerschaft leben, ist es nicht unmöglich, trotz ihres Hüft- oder Bandscheiben-Leidens, befriedigende Sexualpraktiken zu finden.

Gerade von dem nicht selten multimorbiden orthopädischen Patienten wird eine Sexualberatung erwünscht.

Tag der mündlichen Prüfung: 13.10.2008



Aphrodite, Pan und Eros, Marmorgruppe aus Delos, 100 v. Chr. Archäologisches Nationalmuseum, Athen, 3335.

**Diese Arbeit widme ich**

**meinen Eltern, weil sie mir das  
Studium der Medizin ermöglichten**

**und**

**meinen Kindern, Max, Sissi und Leo,  
damit sie sehen, dass auf eine Ausbildung  
zurückgegriffen werden kann.**

# INHALTSVERZEICHNIS

	SEITE
1. EINLEITUNG	
1.1. Zielsetzung	3
1.2. Geschichtliche Literatur zu Sexualpraktiken	3
1.3. Prüderie und Tabuisierung	6
1.4. „In der Woche zwier schadet weder ihm noch ihr!“ (Zitat des Exmönches Martin Luther)	6
1.5. Heilkraft der körperlichen Liebe	7
1.6. Hypothesen	8
1.7. Hüfttotalendoprothese	9
1.8. Lumbale Bandscheibenoperation	10
1.9. Zusammenfassung aus 1.7. und 1.8.	11
2. METHODIK	
2.1 Die Patienten	13
2.1.1. Kliniken	13
2.1.2. Patienten	14
2.2. Die Datenerhebung / -erfassung	14
2.2.1. Der 1. Fragebogen	14
2.2.2. Daten aus Anamnese und Krankenakte	15
2.2.3. Der 2. Fragebogen	15
2.3. Die Auswertung	16
2.3.1. Zahlenübersicht gesamt	16
2.3.2 t1 Non-Responder	17
2.3.3 Responder	17
2.3.4. drop out	19
2.3.5 Postoperativer Aufnahmetag zur Rehabilitation	19
2.3.6. t2 Non-Responder	21
3. ERGEBNISSE	
3.1. Häufigkeiten Gesamtstichprobe	22
3.1.1. Häufigkeiten der Hüft-TEP-Operierten	23
3.1.2. Häufigkeiten der BS-Operierten	24
3.1.3. T-Test bzgl. Alter und OP-Art	25
3.1.4 Zusammenfassung	25
3.2. Drop out	25
3.2.1. Häufigkeiten im drop out	25
3.2.2. Häufigkeiten der angegebenen Gründe der drop out-Patienten	28
3.2.3. Vergleich der drop out- mit Responder-Patienten bzgl. der Geschlechtsverteilung	30
3.2.4. Vergleich der drop out- mit Responder-Patienten bzgl. der OP-Art	31
3.2.5. Vergleich des Alters der drop out-Patienten mit dem der Responder	31
3.2.6. Fazit der Ergebnisse des drop out-Kollektives	32
3.3. Aufklärungsbedarf	32
3.3.1. Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt	32

	SEITE
3.3.2. Aufklärung durch andere Personen	35
3.3.3. Aufklärungsgespräch mit gleich- oder nicht gleichgeschlechtlichem Partner	36
3.3.4. Fazit Aufklärungsbedarf	36
3.4. Responder minus drop out	36
3.4.1. Altersverteilung	37
3.4.2. Sexualverhalten präoperativ	37
3.4.2.1. „Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität?“	37
3.4.2.2. „Haben Sie im letzten halben Jahr vor der Operation Geschlechtsverkehr gehabt?“	38
3.4.2.3. Quantität und Qualität der präoperativen Beischlafpraktiken	40
3.4.2.4. Stellungen beim Beischlaf	44
3.4.3. Daten aus Anamnese und Krankenakte	50
3.4.3.1. Vorerkrankungen	50
3.4.3.2. Medikamente	51
3.4.3.3. BS-Operiertation	53
3.4.3.4. Hüft-TEP-Implantation	54
3.4.3.5. Rehabilitationsabschluß-Ergebnisse	55
3.4.3.6. Sozial- und Berufsanamnese	57
3.4.3.7. Fazit	58
3.5. t2 Responder	59
3.5.1. Alter-, Geschlechts- und OP-Art-Verteilung	59
3.5.2. Sexualverhalten postoperativ	59
3.5.2.1. „Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität nach der Operation?“	59
3.5.2.2. „Haben Sie in dem halben Jahr nach Ihrer Operation Geschlechtsverkehr gehabt?“	60
3.5.2.3. Quantität und Qualität der postoperativen Beischlafpraktiken	61
3.5.2.4. Stellungen beim Beischlaf postoperativ	64
4. DISKUSION	68
5. EMPFEHLUNGEN	76
6. LITERATURVERZEICHNIS	
7. DANKSAGUNG	
8. LEBENSLAUF	
9. ANHANG: Übersicht, Patientenanreden, Einverständniserklärung, erster und zweiter Fragebogen, Formular Daten aus Anamnese und Krankenakte, Entwurf eines Flyers	



*„Wer dieses Lehrbuchs kundig und darin wohl unterrichtet ist,  
der achtet auf Religion und auf Macht;  
er frönt der Leidenschaft nicht übermäßig  
und hat so in der Rolle des Liebenden Erfolg.“*

(letzte Verszeilen des Kamasutra, Original von  
Vatsyayana Mallanaga, Mitte des dritten Jahrhunderts, Indien)

# 1. EINLEITUNG

## 1.1. Zielsetzung

Die Zahl der Patienten, denen ein künstliches Hüftgelenk implantiert wird oder die an einem lumbalen Bandscheibenvorfall operiert werden steigt jährlich. Auf Grund der verbesserten Operationstechniken und des demographischen Wandels ist die Altersspannweite dieser Patienten größer geworden. Ob und in wie weit diese orthopädischen Patienten einen Leidensdruck in Bezug auf ihr Sexualleben haben wird in keiner orthopädischen Fachzeitschrift thematisiert.

Ziel der vorliegenden Dissertation ist, zu ermitteln, wie durch eine deskriptive Studie signifikante Daten zu prä- und postoperativem Sexualverhalten einer definierten Patienten – Kohorte gewonnen werden können.

Sexualität ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Neben der reinen Fortpflanzungsfunktion beinhaltet sie auch Lebensqualität durch Lust- und Liebeserfahrungen. Sie ist daher ein wesentlicher Faktor der „Teilhabe“, die dem Patienten nach dem SGB IX zusteht. Speziell bei körperlichen Funktionseinschränkungen stellt sich die Frage, ob und in welcher Form Sexualität ausgelebt werden kann.

Der Fokus der Erhebung beim Patienten liegt auf Beischlafpraktiken und ihrer subjektiven Bewertung. Diese Daten werden zu klinischen und anamnestischen Fakten in Relation gesetzt.

Die praktische Umsetzung dieser Studie soll in einer konkreten Patientenberatung münden.

## 1.2. Geschichtliche Literatur zu Sexualpraktiken

In der fachorthopädischen Literatur wird das Thema Sexualität kaum angesprochen, nahezu tabuisiert. Kulturgeschichtlich war das nicht immer so.

Historisch ist das Kamasutra das älteste überlieferte hinduistische Lehrbuch der erotischen Liebe (28). Es ist ein Buch über die Lebenskunst, die Partnerwahl, den Machterhalt in der Ehe und den

Ehebruch, über das Leben als Kurtisane, den Gebrauch von Drogen und über die Stellungen beim Geschlechtsverkehr.

Die beiden Wörter in seinem Titel bedeuten „Begehren/ Liebe/ Lust/ Sex“ (kama) und „Abhandlung“ (sutra).

Es wurde in Sanskrit verfasst, der Schriftsprache des alten Indien.

Das zweite Buch des Kamasutra beinhaltet vornehmlich die verschiedenen Arten des Sex und geht insbesondere auf Stellungsmöglichkeiten ein. Ausschlaggebend gleich zu Anfang ist dabei die sexuelle Typologie nach Körpergröße, Ausdauer und Temperament.

Sehr sachlich wird von Vatsyayana festgestellt, dass sich nicht gleichgeschlechtlich Liebende derselben Spezies in ihrem Vorgehen und in ihrer erotischen Erregung unterscheiden. Als Ursache benennt er ihre „unterschiedliche Körnernatur“. Neben vielen natürlichen Merkmalen arbeitet er pragmatisch die rein körperlichen Beschaffenheiten von Mann und Frau heraus, z.B. die Größe des Geschlechtsteiles, die allgemeine Körperlänge von Frau und Mann und deren Körperfülle.

Diese werden prosaisch durch Vergleiche aus Flora und Fauna symbolisiert. Fast schon mathematisch genau werden dann Stellungsmöglichkeiten miteinander kombiniert, wie sie – durch die rein körperlichen Voraussetzungen - unter der Zielsetzung des lustvollen des lustvollen Beischlafes möglich sind.

Der Kamasutra gehört zu den ältesten Überlieferungen, die sich fast wissenschaftlich mit dem Sexualverhalten beschäftigen.

Zwei weitere orientalische Liebestexte gab die Kama Shastra Society heraus (2):

1) Das „Ananga Ranga“, im 15. Jahrhundert verfasst von Kalyana Malla. Zielgruppe waren Ehemänner, denen gezeigt werden sollte, wie eine Ehe lustvoll bleibt; Liebestellungen kommen hier nicht zu kurz.

2) „Der duftende Garten“, im 16. Jahrhundert geschrieben von Scheich Nefzawi in Tunis ist deutlich poetischer, erotischer und humorvoller als die beiden vorhergenannten, Kamasutra und „Ananga Ranga“. Hier wird die Anfachung und Bewahrung der Leidenschaft von Frauen und Männer thematisiert. Hauptsächlich durch die Beschreibung der Merkmale sexuell aktiver Frauen und Männer, der Stellungen beim Sex und nahezu nicht abschließender Listen verschiedener Typen von Genitalien.

Im europäischen Kulturkreis hingegen finden sich nur wenige solche direkten, unverblühten und umfassenden Darstellungen.

Lediglich bei den Griechen finde ich Annäherndes in der Antike (29). Die Griechen waren Pioniere in der Philosophie, in der Architektur, in der verfeinerten Bildhauerkunst und Malerei. Sie benutzten eine reiche und flexible Sprache, durch die man mit außergewöhnlicher Leichtigkeit die feinsten Begriffe und Nuancen ausdrücken konnte.

Das deutsche Wort „Liebe“ wird ins Griechische entweder mit „Eros“ oder „Agape“ übersetzt. Dem Wörterbuch nach ist „Eros“ eine „intensive Anziehung zu etwas oder Jemandem, ein starkes Verlangen, Lust“ oder nach Platon, „das gesamte Verlangen nach den Gütern und dem Seligsein“ (21).

Bekanntere Ableitungen des Wortes „Eros“ sind im Deutschen z.B. erogen, erotisch, Erotika, etc..

Agape bedeutet dagegen „tiefe Liebe und Zuneigung“.

Vergleichend entspricht „Eros“ dem Gefühl des Verliebtsein und „Agape“ dem Gefühl der achtenden Liebe.

In antiken Texten kommt „Eros“ nicht nur in zwischenmenschlichen Beziehungen vor. „Eros“ ist überall, z.B. in der Musik, der Philosophie und in der Kunst. Er ist die hinter allem stehende antreibende Kraft.

Jedesmal, wenn das griechische Wort „Agape“ im neuen Testament benutzt wird, bedeutet es Gottes reine und göttliche Liebe.

„Eros“ zielt auf die Offenbarung der absoluten Schönheit, dem Göttlichen hin: „... man beginnt mit dem irdischen, der irdischen Schönheit und nähert sich der absoluten Schönheit, es geht ständig hinauf, Schritt für Schritt, von einem schönen Körper zu zweien, von zwei zu allen schönen Körpern, von schönen Körpern zu schönen Taten von schönen Taten zu beherrschendem Wissen. Schließlich erreicht man die Erkenntnis, welche nichts anderes ist als die Enthüllung der absoluten Schönheit“ (21).

Die pausbäckigen Darstellungen des „Amor“ der römischen Kunst und später des Barock stimmen nicht mit dem klassischen griechischen „Eros“ überein. Dieser war ein dunkelhaariger, kräftiger, nackter Jüngling im besten Mannesalter.

Bereits ab dem 6. Jh. v. Chr. gibt es unzählige erotische Darstellungen aller denkbaren Arten und Stellungen des Beischlafes auf Gefäßen, Skulpturen, Tellern und Vasen. Aber diese Kunst spiegelt die Realität nur zum Teil wieder. Beispielhaft hierfür sind gerade die griechischen

Skulpturen. Da die Griechen die Schönheit liebten, stellten sie den menschlichen Körper idealisiert und ohne Makel dar.

Wenig ist zur erotischen Geschichte aus dem germanischen Raum überliefert.

### 1.3. Prüderie und Tabuisierung

Prüderie war ein kultureller Konsens zwischen der Reformation und der 68iger Bewegung.

Überlieferte Materialien, die diese These belegen, gibt es kaum, aber Beispiele wie die folgende Studie untermauern sie:

Die amerikanische Journalistin Pamela Druckerman erforschte in einer weltweiten Studie, warum und wie sich Partner betrügen (9).

Sie stellte fest, dass jedes Land seine eigene bizarr anmutende Kultur des Fremdgehens pflegt. Nur in Deutschland habe sie kein „wissenschaftliches Material“ gefunden.

Soziokulturell belegt nicht nur die Geschichte eine gewisse Prüderie der Deutschen. Oder anders ausgedrückt: Auch in der modernen Gesellschaft wird das Thema Sexualität nicht öffentlich behandelt oder thematisiert. Es liegt nicht an weniger Interesse oder an weniger vollzogenem Beischlaf. Vielleicht liegt es an mangelnder Phantasie oder an weniger Möglichkeiten des Ausdrucks. Manifestiert sich diese Problematik dadurch, dass die Sexualität zu wenig angesprochen wird?

Dann dürfte eine Patientenbefragung dieser Art keine auswertbaren Ergebnisse erzielen, da sich nicht genügend Studienteilnehmer finden lassen.

### 1.4. „In der Woche zwier schadet weder ihm noch ihr!“ ( Zitat des Exmönches Martin Luther)

Alljährlich beschließen mehr als 210 000 Paare getrennte Wege zu gehen.

Jede dritte Ehe wird geschieden.

So hat die Stuttgarter Sozialwissenschaftlerin Gabriele Schmid-Kloss in einer Untersuchung „Zwischen Sex und Zuverlässigkeit, was hält Paare dauerhaft zusammen?“ festgestellt, dass ein wesentliches Geheimnis stabiler Ehen darin besteht, dass man die Welt auf ähnliche Weise erlebt und mit hoher Qualität miteinander kommuniziert (25). Die gemeinsame Sprache, die gleichen Wertvorstellungen und eine ähnliche Sicht früherer Lebenskrisen begründet die glückliche Partnerschaft älterer Menschen.

Aus dieser Untersuchung geht nicht hervor, ob Partnerschaften länger halten, weil sie beiderseits genussvollen Beischlaf haben.

Gerade bei Paaren, die durch Krankheit eines Partners belastet sind, steht häufig die Krankheit im Vordergrund. Möglicherweise leiden diese Paare unter den Einschränkungen im Sexualleben. Deshalb soll erfragt werden, ob in der befragten Patienten-Kohorte Beischlaf und Sex von Wichtigkeit sind und welchen Stellenwert sie einnehmen.

### 1.5. Heilkraft der körperlichen Liebe

Liebe und Leidenschaft können heilsam sein. Zwar „schwappt“ beim Küssen und beim Sex nicht nur eine wohlige Gefühlswelle durch den Körper, oft geben die Partner auch Krankheitserreger weiter. Dennoch schadet die Leidenschaft offenbar nicht der Gesundheit, im Gegenteil:

Der amerikanische Psychologe Carl Charnetski fand im Blut von College-Studenten, die häufig Sex haben, 30% mehr Antikörper vom Typ IgA. Laut einer dänischen Studie an knapp 140 000 Personen leiden Singles doppelt so häufig an Angina pectoris wie Menschen mit Partner (5).

Sex kann Schmerzen lindern. Wenn die sexuelle Erregung steigt, steigt auch die Endorphinmenge im Blut. Die Muskelkontraktionen beim Orgasmus fördern die Durchblutung. So können z.B. Migräne oder Kopfschmerzen zeitweise verschwinden und Bauchkrämpfe bei der Menstruation nachlassen. Der amerikanische Arzt Dr. James Couch empfiehlt seinen Migräne-Patienten sogar Sex während eines Anfalles (6).

Wie die Befragung eines großen Kondomherstellers an über 26 000 Menschen ergab, bezeichnen nur 38% der Deutschen ihr Sexualleben als sorgenfrei. Sie haben 117 mal Sex pro Jahr. Damit liegen die Deutschen weltweit nicht an der Spitze.

Mit 164 mal pro anno nehmen die Griechen den ersten Platz ein.

Wenn es um den Sex geht, sind die Nigerianer die glücklichsten Menschen. Rund 67% sind mit Art, Dauer und Regelmäßigkeit vollkommen zufrieden. Auch scheinen die Nigerianer nicht nur beim Marathon ausdauernd zu sein, ein Geschlechtsakt dauert bei ihnen im Schnitt 24 Minuten, bei uns Deutschen rund 17 Minuten.

So sind wir Mittelmaß, aber nicht Schlusslicht. Das bilden die Japaner. Sie geben eine Häufigkeit von 48 mal/Jahr mit jeweils 13 Minuten zu Protokoll.

## 1.6. Hypothesen

Das Fazit aus diesem sozio-kulturellen, geschichtlichen Exkurs, der hier nur gestreift werden konnte und sollte, ist: Ein wichtiges Merkmal des Menschen ist seine Sexualität.

Sie ist ein maßgebendes Kriterium für Lebensqualität. Sie beeinflusst die Geschichte, die Kunst und die Soziologie ganzer Kulturen.

Läßt sich das Verhältnis zur Sexualität im Rahmen eines ganzheitlichen Denkmodells bei gesundheitlich beeinträchtigten Patienten erfragen, untersuchen, bzw. erfassen ?

In Anlehnung an den IMET ( Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe) in der Praxis der Rehabilitationswissenschaft, konkretisiert an nur einem item, der Beischlafpraktiken der Patienten, wird untersucht, welche Antworten auf oben genannte Frage gegeben werden können.

Zielgruppe dieser deskriptiven Studie über das Sexualverhalten sind orthopädische Patienten, die einen totalendoprothetischen Ersatz eines Hüftgelenkes erhalten haben oder an einem lumbalen Bandscheibenvorfall operiert worden sind.

Diese Patienten wurden gewählt, weil Leitsymptome der Grunderkrankung Schmerz und Bewegungseinschränkung sind und speziell die Lenden-Becken-Hüft-Region betreffen.

Diese Symptome werden gemeinhin zu den Libidohemmern gezählt und können begrenzend für sexuelle Aktivitäten sein. Die Grundhypothesen sind, dass diesen orthopädischen Patienten das Thema Sexualität wichtig ist, dass es aber im Rahmen ihrer Erkrankung nicht angesprochen, thematisiert, sondern eher verschwiegen wird. Ferner besteht von Seiten der Patienten das Bedürfnis nach Aufklärung und Informationen im Sexualverhalten.

Gibt es für Patienten dieser Diagnosegruppen

***Leiden ohne Liebe oder Liebe ohne Leiden ?***

Lässt sich untersuchen:

- Ob sich eine Verbesserung der Operationsmöglichkeiten auch auf die erlebte Qualität der Sexualität des Patienten auswirkt,
- ob überhaupt ein präoperativ bestandener Leidensdruck vorlag, und in welcher Form er sich zeigte,
- ob sich postoperativ eine messbare Veränderung in Bezug auf die Beischlafqualität des Patienten feststellen lässt,
- ob und durch welche Kriterien lässt sich das Sexualverhalten beeinflussend evaluieren,
- ob überhaupt eine Gesprächsbereitschaft und ein Aufklärungsbedürfnis beim Patienten vorliegt,
- ob Aussagen über ein mögliches drop out getroffen werden können,
- ob sich eine diagnosebedingte Teilhabelimitierung feststellen lässt,
- ob sich Empfehlungen für das postoperative Verhalten des Patienten aus empirischen Daten ableiten lassen,
- ob eine frühe postoperative sexuelle Aktivität Risiken für eine erhöhte Komplikationsrate, wie z.B. Hüftluxation, mit sich bringt,
- ob sich signifikante Unterschiede bei Hüft- oder Bandscheiben-Operierten feststellen lassen.

### 1.7. Hüfttotalendoprothese

Als anerkanntes Verfahren gilt - z. B. bei Coxarthrose oder nach gelenknahen Frakturen - seit Jahrzehnten der totalendoprothetische Ersatz eines Hüftgelenkes, in der Regel nach Ausschöpfung aller gelenkerhaltenden Maßnahmen.

Jährlich werden in Deutschland 150 000 bis 180 000 Hüft - TEPs implantiert (11).

1994 waren es erst 60 000 Patienten, die mit diesem Verfahren therapiert wurden.

Die häufigsten Primärdiagnosen, die zur Operationsindikation führen, sind Coxarthrose, Dysplasiecoxarthrose und Hüftkopfnekrosen.

In den letzten Jahren hat sich eine große Vielfalt von Prothesenarten entwickelt. Das selbe gilt für die Operationstechniken, die mittlerweile auch minimal-invasiv und navigationsgesteuert durchgeführt werden.



Die Prothesen werden meist in zementfreier Version implantiert, das durchschnittliche Operationsalter der Patienten lag 2005 bei etwa 64 Jahren (11).

So erlebte die Implantation der Hüft-TEP in den letzten Jahrzehnten eine enorme Weiterentwicklung. Fortschritte wurden vor allem bei der Verbesserung der Fixierung der einzelnen Komponenten sowie hinsichtlich der Tribologie erzielt. Dies hat positive Auswirkung auf die Lebensdauer des Gelenkersatzes. Von der ursprünglichen, seit 1964 bekannten Implantationstechnik nach Charnley hat man sich heutzutage wegen der Osteotomie des Trochanter major weit entfernt. Unzählige Technikvariationen (Amstutz, Hardinge, Dall, Gibson, Moore etc.) haben zur minimal-invasiven Methode geführt, um den Hautschnitt zu verkürzen, Weichteile weniger zu belasten (Schonung der Hüftabduktoren), die Komplikationsrate zu verringern und die Rekonvaleszenz zu verkürzen. Somit wird eine frühzeitige postoperative Rehabilitation und damit eine rasche Genesung des Patienten ermöglicht (14).

Durch diese Weiterentwicklung und Verbesserung in der Hüftgelenk-Endoprothetik kommt es in zunehmendem Maße bei immer jüngeren Patienten zur Hüft-TEP-Implantation. Die Indikationen bei jungen Erwachsenen unter 35 Jahren, die zur Schädigung der Hüftgelenke führten, sind in über 50% nicht diagnostizierte oder insuffizient behandelte Hüft dysplasien.

Weitere Ursachen sind iatrogene Hüftkopfnekrosen, Dysostosis morquio, Coxarthrosen nach Epiphysiolysis capitis femoris, IcP, PcP und Coxitis (22). Zu einer Fallzahlabnahme mit „nur“ noch 1 bis 2 Eingriffen pro Jahr in Deutschland hat sich die Indikationsstellung zur Hüftarthrodese drastisch eingeschränkt. Der junge, aktive Patient muß darüber aufgeklärt werden, dass die Funktionsdauer der Gelenkendoprothese 15 Jahre und weniger betragen kann, und Folgeoperationen mit entsprechenden Risiken zu erwarten sind (30).

Offensichtlich ist in der Hüftendoprothetik, dass neben immer mehr alten auch immer mehr jüngere Patienten operiert werden. Wird davon ausgegangen, dass der jüngere Patient sexuell aktiver ist als der ältere, müssten es immer mehr Hüft-TEP-Patienten mit Fragen zum Sexualverhalten geben.

### 1.8. Lumbale Bandscheibenoperation

Lumbale Bandscheibenoperationen werden in den westlichen Industrieländern häufig durchgeführt. Etwa 70 000 Eingriffe erfolgen

jedes Jahr in der BRD (17). Die Zahlen sind in den letzten 20 Jahren stetig steigend (1).

Die operative Behandlung eines Bandscheibenvorfalles wurde erstmals 1934 von Mixer und Barr (20) beschrieben.

Als Zugang wurde von den Autoren die Laminektomie empfohlen, der Vorfall selbst wurde transdural entfernt.

1951 betrachtet Junge (16) die halbseitige interlaminäre Fensterung nach Love als Standardzugang zum Spinalkanal.

Auch hier erfolgte im weiteren Verlauf eine zunehmende Perfektionierung der Operationstechnik unter Einbeziehung technischer Weiterentwicklungen. Eine der wichtigsten Verbesserungen ist die Einführung der mikrochirurgischen Technik der Bandscheibenoperation durch Caspar im Jahre 1977 (4). Durch diese Technik sollte der Stabilitätsverlust reduziert werden.

Schmorl und Junghanns stellten bereits 1951 fest, dass nicht nur der „sichtbare Vorfallknoten“ entfernt werden sollte, um die Wurzelreizung zu verhindern und Beschwerdefreiheit zu erzielen. Sondern, dass als weitere Komponente des Krankheitsgeschehens eine „Lockerung des Bewegungssegmentes“ vorliege (27).

Follow – ups zeigen, dass sich ca. 62% der sequestrektomierten Patienten sehr gut behandelt fühlen, ca. 25% fühlen sich im Vergleich zu präoperativ beschwerdegebessert. Rund 13% zeigen keinen eindeutigen Behandlungserfolg (18).

Die postoperative Arbeitsunfähigkeit nach lumbaler Bandscheiben-OP beträgt etwa 12 bis 14 Wochen, die Belastbarkeit der Rumpfwirbelsäule ist vorübergehend qualitativ beeinträchtigt (12).

Die Literatur berichtet einheitlich in etwa 10 bis 20 % der Fälle über ungünstige postoperative Verläufe mit der Ausbildung eines subjektiv teilweise erheblich beeinträchtigenden sogenannten Postnukleotomiesyndromes (19).

Es gibt keine Zahlen, die darüber Auskunft geben, in wie weit sich das Behandlungsergebnis beziehungsweise der Operationserfolg auch auf das Sexualverhalten des Patienten auswirkt.

1.9. Zusammenfassung aus 1.7. und 1.8.

Resumierend lässt sich sagen:

Die Zahl der Hüft-TEP-Implantationen und lumbalen Bandscheiben-Operationen nimmt stetig zu.

Ursachen sind ein demographisch immer höherer Anteil an älteren Menschen in unserer Gesellschaft. Bessere Operations- und Implantat-techniken führen zu einer größeren Spannweite der OP-Indikationen und gleichzeitig zu einer Verschiebung zu jüngeren Jahrgängen.

Die Patienten stellen höhere Ansprüche an die medizinische Versorgung (23).

Der Patient erwartet vom Arzt eine Befreiung von Schmerzen und damit einhergehend eine Verbesserung der funktionalen Gesundheit.

Funktional gesund ist eine Person nach der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, DIMDI 2005), wenn sie das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen und das Konzept der Aktivitäten in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird [Konzept der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen].

Durch frühzeitige, qualifizierte Rehabilitationsmaßnahmen soll eine baldmögliche Wiedereingliederung des Patienten in den Alltag und sein Berufsleben erfolgen.

Hier wird aus volkswirtschaftlicher Sicht eine große Summe Geld investiert, und dieser Einsatz auf Effizienz hin evaluiert.

Eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten durch eine genussvoll erlebte Sexualität ist auch während der Rehabilitation kein angesprochenes Thema.

## **2. METHODIK**

### **2.1. Die Patienten-Kohorte**

#### 2.1.1. Kliniken

Die beiden beteiligten Projektpartner waren

(A) eine niedersächsische Klinik für Rehabilitation - Schwerpunktzentrum für Anschlussheilbehandlungen (AHB), BGSW, Konservative Orthopädie, Rheumatologie und Rehabilitation. Hier wurden im Jahr 2006 insgesamt 2854 Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 21,4 Tagen behandelt.

269 Patienten wurden mit der Leitdiagnose „Coxarthrose“ entsprechend dem ICD-Schlüssel (M16.0,1,2,3,5,7) der Klinik-Verwaltung gemeldet. Der überwiegende Anteil dieser Patienten ist bei entsprechender oben genannter Diagnose mit einer Hüfttotalendoprothese versorgt und im Rahmen einer AHB in dieser Klinik therapiert worden.

286 Patienten wurden mit den Leitdiagnosen M 51.1,2,4,5,9, d.h.

- lumbaler Bandscheibenschaden und Radikulopathie
- sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerungen
- Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet
- Lumboischialgie
- Kreuzschmerz

stationär aufgenommen. Nicht alle diese Patienten sind operativ therapiert worden. Eingeschlossen in diese Zahlen sind auch diejenigen, die konservativ behandelt wurden.

EDV-bedingt war es nicht möglich, allein die Zahlen der Patienten, die operativ versorgt und im Rahmen einer AHB die Klinik besuchten, zu ermitteln.

(B) eine nordrhein-westfälische Rehabilitationsklinik – Schwerpunktzentrum für orthopädisch-traumatologische Rehabilitation. Hier zeigen sich für 2006 annähernd gleiche Patientenzahlen.

In beiden Kliniken wurden Patientendaten erhoben, schwerpunktmäßig jedoch in der unter (A) genannten Klinik. Hier bestand die Möglichkeit der persönlichen Fragebogenverteilung durch die Studienleiterin.

In der Datenverarbeitung wird nicht nach Kliniken unterschieden. Es ging bei der Erhebung darum, durch die Teilnahme von zwei Kliniken in einem überschaubaren Zeitraum möglichst viele auswertbare Daten zu erhalten.

### 2.1.2 Die Patienten

Im Zeitraum vom 15. Januar 2007 bis zum 30. Juni 2007 sollten allen Patienten mit Hüft-TEP oder lumbaler BS-OP bei der Aufnahmeuntersuchung der unter 2.2. beschriebene Fragebogen [FB] ausgehändigt werden. Die Fragebögen wurden durch ärztliche Kollegen verteilt.

Die Verteilung erfolgte unabhängig von Alter, Nationalität, Religion, Kostenträger, Umgangssprache und Geschlecht des Patienten.

Allein ausschlaggebend für die Studienteilnahme war die kurz zuvor abgeschlossene Durchführung der oben genannten Operationen.

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig.

Bei bekannter Homosexualität wurde der FB nicht ausgehändigt.

## **2.2. Die Datenerhebung / -erfassung**

### 2.2.1. Der 1. Fragebogen

Patienten, die für die Studie in Frage kamen, erhielten bei Aufnahme in einer der Rehabilitationskliniken ein erstes Fragebogenpaket. Darin befand sich eine Patientenansprache, die über das Projekt informierte und aufklärte, ferner die juristisch erforderliche Einverständniserklärung und der FB selbst (siehe Anlage).

Der Fragebogen bestand aus 15 Fragen, zum Teil mit Unterpunkten und gliederte sich wie folgt: Die Fragen 1 bis 10 betreffen das Sexualverhalten des Patienten im Zeitraum von einem halben Jahr vor der Operation bis zum OP-Zeitpunkt; die Fragen 11 bis 13 erheben das Aufklärungsinteresse bzw. die Gesprächsbereitschaft des Patienten zum Thema Sexualität; die Frage 14 gibt Antwortmöglichkeiten, warum der Patient den FB ggf. nicht ausgefüllt hat, und Frage 15 lässt Freiraum für Mitteilungen von Seiten des Patienten.

### 2.2.2. Daten aus Anamnese und Krankenakte

Per EDV konnten patienteneigene Daten erhoben werden. Sie bezogen sich auf sieben Themenbereiche:

- a) Alter, Geschlecht, OP-Art
- b) Vorerkrankungen, derzeitige Medikation
- c) Betrifft BS-OP : Lokalisation, OP-Technik, prä-/postoperative Neurologie, Komplikationen
- d ) Betrifft Hüft-TEP: 1. / 2. TEP oder -Wechsel, OP-Technik, Komplikationen, Mobilisation unter Voll - / Teilbelastung
- e) Untersuchungsbefund bei Reha-Abschluss: Schmerzintensität, Hilfsmittelbedarf, Bewegungsausmaß nach Staffelstein Score bei Hüft – TEP, Wundverhältnisse, Sensibilität und Motorik der betroffenen Segmente
- f) Sozialmedizin: Familienstand / Partnerschaft, Berufstätigkeit, GdB
- g) postoperativer Aufnahmetag

Bei allen Patienten, die den 2. Fragebogen zugeschickt bekamen, wurden diese anamnestischen Daten erhoben.

### 2.2.3 Der 2. Fragebogen

Ein halbes Jahr nach dem Operationsdatum erhielten die Patienten, die sich einverstanden erklärt hatten an der Studie teilzunehmen und den 1. FB komplett ausgefüllt hatten, ein zweites Fragebogenpaket per Post. Darin enthalten war eine erneute Patientenansprache, ein adressierter und frankierter Rückumschlag und der 2. FB. Dieser ist in enger Anlehnung an den 1. FB entstanden und bestand aus 8 Fragen und gliederte sich wie folgt:

Die Fragen 1 bis 7 betreffen das Sexualverhalten über den Zeitraum vom OP-Datum bis ein halbes Jahr danach, postoperative Verschlechterung / Verbesserung der Qualität des Sexuallebens des Patienten, Frage 8 lässt Freiraum für Mitteilungen des Patienten.

Nicht angeschrieben wurden die Patienten, die sich nicht einverstanden erklärt hatten und/oder beim ersten FB „nur“ Frage 14 und/oder 15 beantwortet hatten. Diese Patientengruppe wurde als „drop out“ deklariert.

### **2.3. Die Auswertung**

Die Auswertung der erhobenen und verschlüsselten Daten erfolgte über das wissenschaftliche Statistik-Programm SPSS.

#### 2.3.1 Zahlenübersicht gesamt

In dem oben beschriebenen Zeitraum wurden insgesamt 349 erste Fragebögen verteilt (t1). Davon sind 92 Fragebögen nicht zurückgekommen, das entspricht 26,4% (t1 Non-Responder).

257 Fragebögen sind inklusive „drop out“ ausgefüllt zurückgekommen, das entspricht 73,6% (Responder).

Ein halbes Jahr postoperativ wurde an 130 Patienten der zweite Fragebogen verschickt (t2). Davon sind 76 FB ausgefüllt zurückgekommen, das entspricht 58,5% (t2 Responder).

Von 54 angeschriebenen Patienten wurde der zweite FB nicht zurückgeschickt (t2 Non-Responder, 41,5%).

### 2.3.2 t1 Non-Responder

26,4 % der verteilten ersten Fragebögen sind nicht wieder abgegeben worden. Es erfolgte in diesen Fällen keine weitere Intervention, um den Patienten nicht unter Druck zu setzen. Damit wäre eventuell eine erhöhte Anzahl von unehrlichen Antworten und somit eine Verfälschung der Ergebnisse provoziert worden.

Vielmehr wurde respektiert, dass die Teilnahme freiwillig ist, und der Patient seine Intimität bei einem so sensiblen Thema bewahren möchte. Hierbei kann nicht unterschieden werden, ob mehr Hüft-TEP- oder mehr BS-OP-Patienten den Fragebogen nicht abgegeben haben, da keine Registrierung darüber erfolgte, an wen der FB ausgehändigt wurde und wer ihn wieder abgegeben hat oder nicht. So kann auch keine Aussage darüber erfolgen, ob eventuell eher ältere Patienten nicht abgegeben haben oder welchem Geschlecht sie angehörten. Vielleicht lassen sich Aussagen dieser relativ kleinen Gruppe der t1 Non - Responder über die relativ große Gruppe des drop out vermuten.

### 2.3.3. Responder

Die Untersuchung stützt sich somit auf ein Patientenkollektiv von 257 Patienten, von denen im Rahmen dieser Studie Daten erhoben werden konnten.

Darunter waren 161 Frauen und 96 Männer. Bei 180 dieser Patienten wurde das Hüftgelenk alloarthroplastisch ersetzt. Bei 77 Patienten wurde eine lumbale Bandscheibenoperation durchgeführt. Dass heißt in diesem Kollektiv befanden sich generell mehr Hüft-Operierte und deutlich mehr Frauen als Männer.

Das Gesamtkollektiv zeigt zum Zeitpunkt der Operation einen Altersdurchschnitt von 61,37 Jahren (Median 65 Jahre), bei den Hüft-TEP-Patienten von 66 Jahren (Median 69 Jahre), bei den BS-OP-Patienten von 50,55 Jahren (Median 48 Jahre).

Bei den Frauen lag die Altersspanne zwischen 38 und 87 Jahren bei den Hüft-Operierten und zwischen 26 und 83 Jahren bei den BS-Operierten.



Bei den Männern lag die Altersspanne zwischen 40 und 80 Jahren bei Hüft-Operierten und zwischen 22 und 75 Jahren bei BS-Operierten.

	Kollektiv gesamt	Frauen	Männer
Zahl	257	161	96
Jüngster Patient	22	26	22
Ältester Patient	87	87	80
Mittelwert	61,37	56,5	51
Median	65	--	--

**Tab.1: Altersverteilung des gesamten Patientenkollektivs**

	Kollektiv Hüft-TEP	Frauen	Männer
Zahl	180	121	59
Jüngster Patient	38	38	40
Ältester Patient	87	87	80
Mittelwert	66	62,5	60
Median	69	--	--

**Tab. 2: Altersverteilung der Patienten nach Hüft-TEP-Implantation**

	Kollektiv BS-OP	Frauen	Männer
Zahl	77	40	37
Jüngster Patient	22	26	22
Ältester Patient	83	83	75
Mittelwert	50,55	54,5	48,5
Median	48	--	--

**Tab. 3: Altersverteilung der Patienten nach lumbaler Bandscheibenoperation**

### 2.3.4 drop out

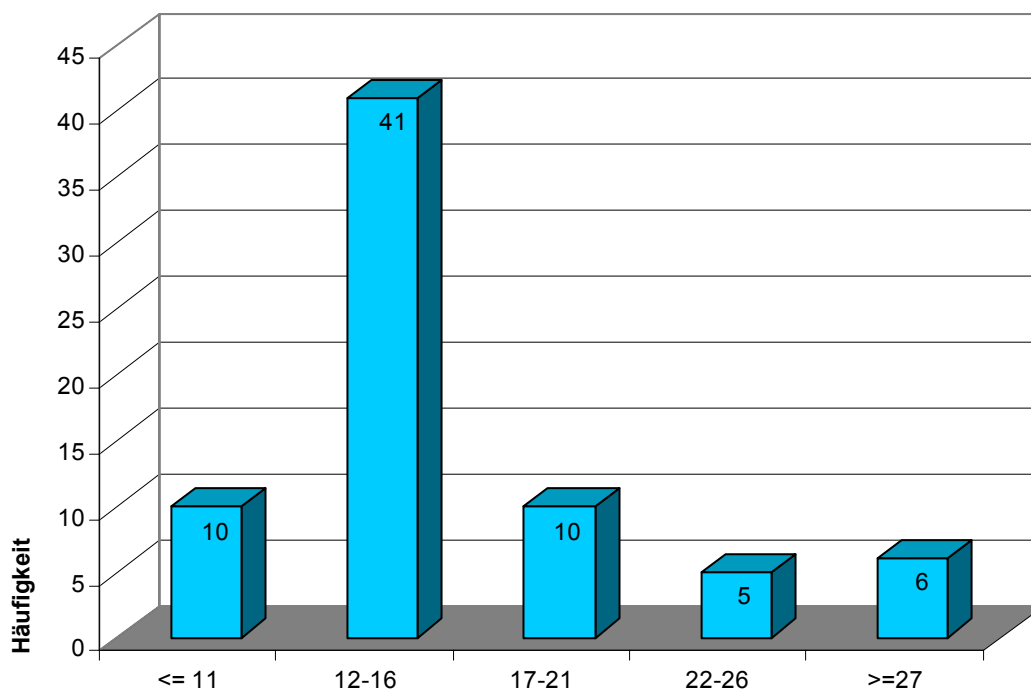
Von den 257 Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgegeben haben, gehören 127 zum so genannten drop out. Diese Patienten haben ausschließlich die Fragen 14 und evtl. 15 des 1. Fragebogens beantwortet. Sie wollten oder konnten nicht an der Studie teilnehmen, z.B. weil sie keinen Sexualpartner hatten.

Die drop out-Rate beträgt damit 49,4 %. In der Studie verbleiben 130 Patienten (50,6%), die den ersten Fragebogen komplett ausgefüllt abgegeben haben, und ein halbes Jahr nach der Operation den zweiten Fragebogen zugeschickt bekamen.

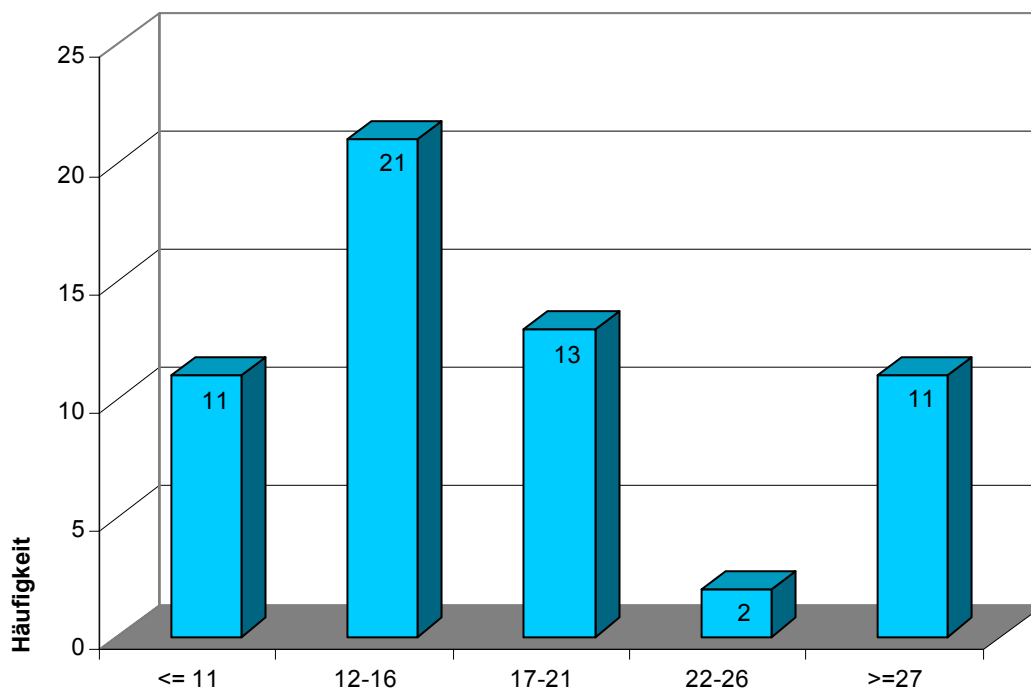
### 2.3.5. Postoperativer Aufnahmetag in der Rehabilitationsklinik

Für die in der Studie verbleibenden 130 Patienten gilt bezüglich des postoperativen AHB-Beginns folgendes:

Die postoperative Aufnahme zur AHB erfolgte bei den totalendo-prothetisch versorgten Patienten überwiegend vom 12. bis 16.Tag. Bei den BS-Operierten wurde die AHB ebenfalls überwiegend am 12. bis 16.Tag angetreten, jedoch ist hier die Spannweite nicht so groß.



**Balkendiagramm 1: Postoperativer Aufnahmetag zur AHB bei Hüft-TEP-Implantierten, n=72**



**Balkendiagramm 2: Postoperativer Aufnahmetag zur AHB bei Z.n. lumbaler BS-OP, n=58**

70,8% der Hüft-TEP-Patienten kommen innerhalb der ersten 16 Tage nach der Operation zur Rehabilitation. Nur 29,1% nach dem 16. Tag. Gründe für den späteren AHB-Beginn sind in der Regel postoperative Komplikationen, Multimorbidität des Patienten und verzögerte Mobilisation, zum Beispiel durch Teilbelastung. Die BS-Operierten treten zu 77,6% die Rehabilitation innerhalb der ersten drei Wochen postoperativ an. Dass 19% erst nach dem 27. postoperativen Tag in der Rehabilitationsklinik aufgenommen wurden, könnte an ähnlichen Gründen wie bei den Hüft-Patienten liegen (Komplikationen, Begleiterkrankungen, verzögerte Mobilisationsmöglichkeiten durch postoperativ erforderliche Bewegungseinschränkungen), aber das Spektrum ist hier sicherlich vielfältiger. Nach einer BS-Operation ist die stationäre Anschlußheilbehandlung eher unüblich. Im Durchschnitt sind diese Patienten jünger, und können im ambulanten Bereich rehabilitative Maßnahmen wahrnehmen. Diese gelangen zur stationären Rehabilitation in der Regel, wenn der Operateur dies aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalles medizinisch für notwendig hält.

Im T-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Operationsart und dem postoperativen Aufnahmetag ( $p=0,538$ ).

#### 2.3.6. t2 Non-Responder

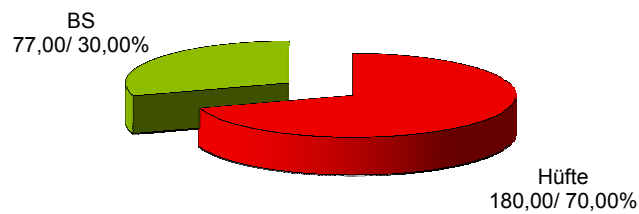
54 Patienten haben sich bereit erklärt an der Studie teilzunehmen, den 1. FB ausgefüllt und diesen während ihres Reha - Aufenthaltes wieder abgegeben. Sie erhielten den 2. FB postalisch, schickten ihn aber nicht zurück. Aus den selben Gründen, wie unter 2.3.2 bereits erwähnt, wurde hier nicht weiter interveniert. Untersucht wird, ob aus den vorliegenden Daten abgeleitet werden kann, warum sie den 2. FB nicht zurückgeschickt haben, zum Beispiel, weil sie im 1.FB angegeben haben, dass ihnen das Thema Sexualität nicht wichtig sei und sie keinen Geschlechtsverkehr hatten.

Detaillierte Fragebögen siehe 9. ANHANG

### 3. Ergebnisse

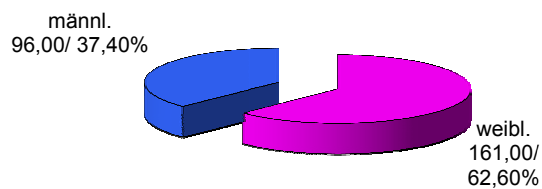
#### 3.1. Häufigkeiten Gesamtstichprobe

Das Gesamtkollektiv besteht aus 257 Probanden. Diese verteilen sich auf 180 Patienten mit Hüft-TEP und 77 Patienten mit BS-Operation.



Kreisdiagramm I :Verteilung OP-Art auf Gesamtkollektiv, n=257

Es haben 161 Frauen und 96 Männer teilgenommen.



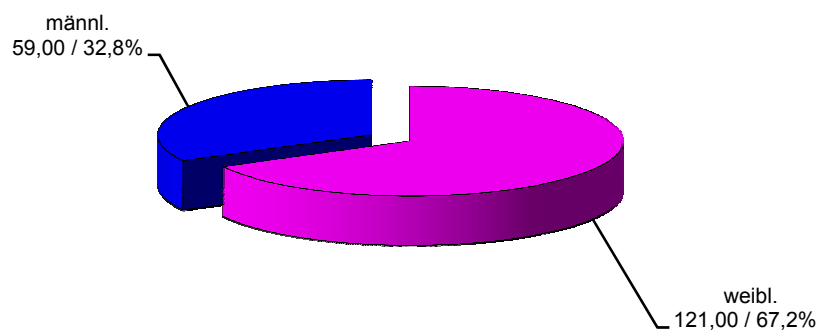
Kreisdiagramm II: Geschlechtsverteilung im Gesamtkollektiv, n=257

### 3.1.1. Häufigkeiten der Hüft-TEP-Operierten

Von den 180 Patienten mit Hüft-TEP sind 121 weiblich, 59 männlich. D.h. mit überwiegender Mehrheit von rund 2/3 sind in dieser Patientengruppe Frauen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weibl.	121	67,2	67,2	67,2
	männl.	59	32,8	32,8	100,0
	Gesamt	180	100,0	100,0	

Tab. 4: Geschlechtsverteilung bei Hüft-TEP-Pat.



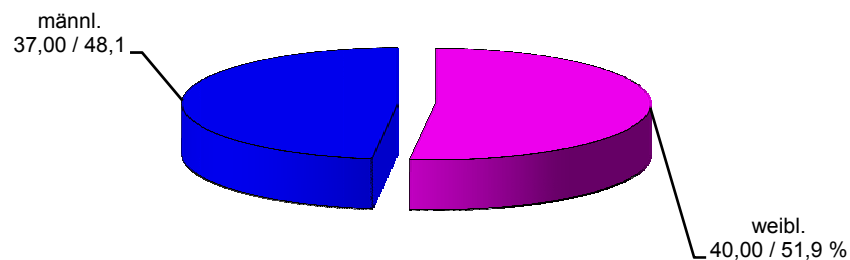
**Kreisdiagramm III: Geschlechtsverteilung bei Hüft-TEP-Pat., n=180**

### 3.1.2. Häufigkeiten der BS – Operierten

Von den 77 Patienten, die an der lumbalen BS operiert worden sind, sind 40 weiblich und 37 männlich, was einem annähernd ausgewogenem Geschlechterverhältnis entspricht.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weibl.	40	51,9	51,9	51,9
	männl.	37	48,1	48,1	100,0
	Gesamt	77	100,0	100,0	

Tab.5: Geschlechtsverteilung bei BS-OP-Pat.



Kreisdiagramm IV: Geschlechtsverteilung bei BS-OP-Pat., n=77

### 3.1.3. T-Test bzgl. Alter und OP-Art

Verglichen wurden die Parameter Mittelwert des Alters bzgl. der Operationsart. Signifikant ist, dass diese beiden Variablen unterschiedlich sind (T 7,707; df 115,194; p= 0,000). So ist der an der BS operierte Patient im Schnitt jünger als der Hüft-TEP implantierte Patient.

### 3.1.4 Zusammenfassung

An der Studie haben überwiegend Hüft-TEP implantierte Patienten teilgenommen (70%). Zwei Drittel der Teilnehmer insgesamt sind weiblich. Der Großteil der Hüft-TEP-Patienten ist weiblich (67,2%), bei den BS-Operierten ist das Geschlechterverhältnis annähernd ausgewogen.

Im Durchschnitt ist der Hüft-TEP-Patient signifikant älter als der BS-Operierte. Einen signifikanten Altersunterschied zwischen Männern und Frauen zum Zeitpunkt der Operation gibt es nicht.

## 3.2. Drop Out

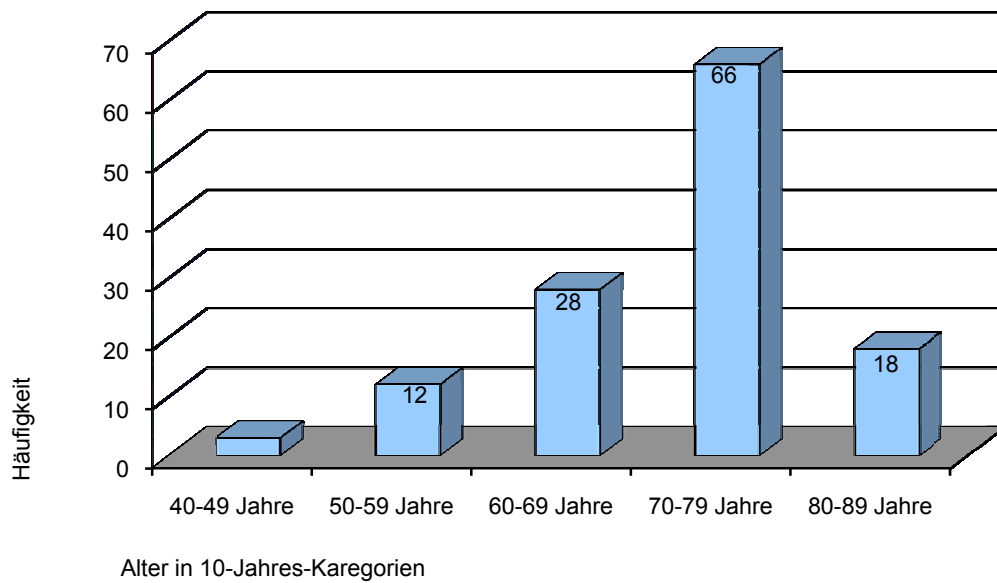
### 3.2.1 Häufigkeiten im drop out

Der drop out setzt sich aus den Patienten zusammen, die den ersten Fragebogen in so weit ausgefüllt haben, dass sie nur die Fragen 14 und 15 beantworteten („14. Wenn Sie diesen Fragebogen nicht ausgefüllt haben, dann hatten Sie dafür folgende Gründe, Mehrfachnennungen erlaubt; 15. Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten- hier ist Platz dafür!“). Dieses Kollektiv umfasst 127 Patienten. Davon sind 108 an der Hüfte und 19 an der BS operiert worden. Es sind 102 Frauen und 25 Männer. Der Altersdurchschnitt ist 71,32 Jahre (Median 72 Jahre). Der älteste Patient ist 87, der jüngste 43 Jahre alt.

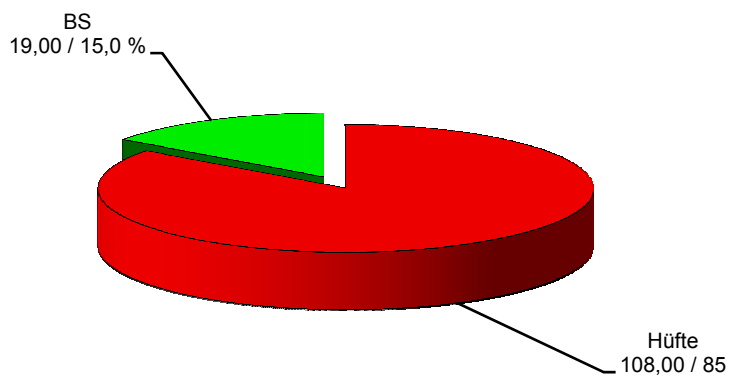
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hüfte	108	85,0	85,0	85,0
	BS	19	15,0	15,0	100,0
	Gesamt	127	100,0	100,0	

Tab. 6: Häufigkeitsverteilung der OP-Art im drop out



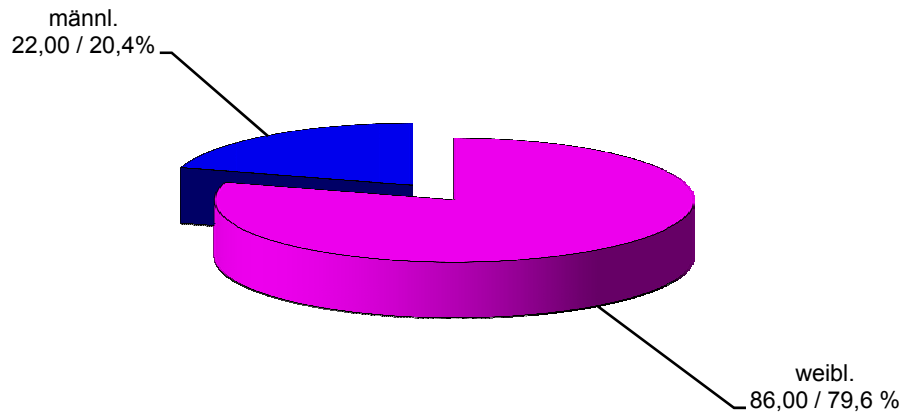


**Balkendiagramm 3: Altersverteilung im drop out, n=127**

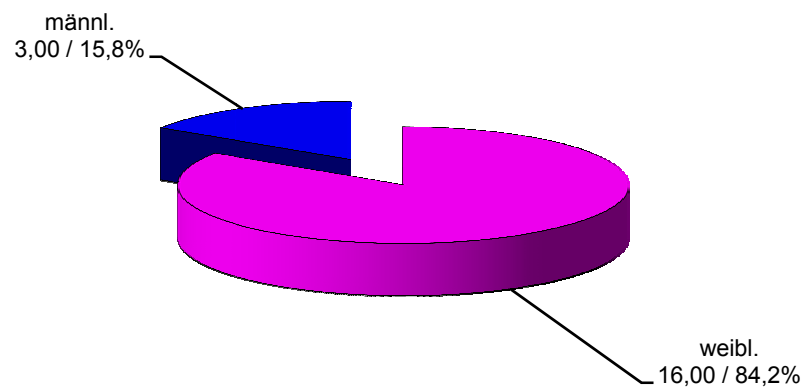


**Kreisdiagramm V: Verteilung OP-Art im drop out, n=127**

Die Häufigkeitsverteilung von Alter und Geschlecht der verschiedenen OP-Arten zeigen die folgenden Kreisdiagramme und Tabellen.



**Kreisdiagramm VI: Geschlechtsverteilung bei Hüft-TEP-Pat. im drop out, n=108**



**Kreisdiagramm VII: Geschlechtsverteilung der BS-OP-Pat. im drop out, n=19**

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Im drop out befinden sich mit deutlicher Mehrheit Hüft-TEP-Implantierte (85%). Unabhängig von der Operationsart ist der Großteil der Patienten weiblich (80,3%). Dieser Gruppe besteht überwiegend aus älteren Patientinnen ( Mittelwert 71,3 Jahre, Median 72 Jahre).

Im drop out finden sich kaum unter 60 Jährige (11,8 %), die meisten sind zwischen 70 und 80 Jahre alt (51,9 %).

3.2.1 Häufigkeiten der angegebenen Gründe der drop out-Patienten  
Die Patienten konnten acht vorgegebene Gründe für die Nichtbeantwortung des Fragebogens ankreuzen. Ferner konnten sie im Freitext zusätzliche Begründungen anführen und individuelle Mitteilungen machen.

Einen Überblick gibt die folgende Tabelle:

Andere Gründe	94x
Kein Sexualpartner/in	60x
Altersgründe	42x
Unangenehm/peinlich od. bringt nichts	19x
Schwierigkeiten mit Sprache/FB/Zeit	4x

Tab. 7: Gründe für die Nichtbeantwortung des Fragebogens

Am häufigsten haben die Patienten „andere Gründe“ angekreuzt (94x). Die Ausführung dieser „anderen Gründe“ erfolgt weiter unten. Die überwiegende Mehrheit dieser Patienten (60x) erklärte, keinen Sexualpartner/in zu haben und deshalb auch keine näheren Angaben im Fragebogen machen zu können. Am zweit häufigsten wurden Altersgründe angegeben (42x). 19 Patienten war es „unangenehm/peinlich“ den Fragebogen aus zu füllen oder waren der Meinung, derartige Untersuchungen sind unnützlich.

Nur bei 4 Probanden lagen Schwierigkeiten mit dem Fragebogen, der Sprache oder der Zeit vor.

Von den insgesamt 127 Patienten des drop out wurde von 94 das item „andere Gründe“ angekreuzt und auch nähererläutert. Einen Überblick dieser Gründe zeigt die folgende Tabelle:

Witwe	49 x
Kein Interesse/möchte nicht teilnehmen	11 x
Kein Sex mehr trotz Partner	12 x
Kein Sex durch Krankheit des Partners	12 x
Ordensschwester/ledig	5 x
Potenzverlust	2 x
Diskretion	1 x
Keine Probleme beim Sex	2 x

Tab.8: Weitere Gründe, warum der FB nicht ausgefüllt wurde

Mit 49 mal liegt hier die Gruppe der Verwitweten vorn. Die meisten Patienten, die angaben keinen Sexualpartner mehr zu haben, haben erklärend hinzu gefügt, verwitwet zu sein.

Am zweit häufigsten wurde erklärt, keinen Sex mehr trotz vorhandenem Partner zu haben (24x). In der Hälfte dieser Fälle wurde diese Situation durch Krankheit des Partners begründet (12x).

Erst an dritter Stelle steht das Argument kein Interesse an der Studie zu haben bzw. nicht teilnehmen zu wollen (11x).

5 mal wurde der fehlende Sexualpartner dadurch erklärt, Ordensschwester u./od. ledig zu sein, d.h. in religiöser Askese oder Zölibat zu leben.

2 Patienten haben Potenzverlust bemängelt, ursächlich war 1 mal Diabetes mellitus und 1 mal Medikamente.

2 Patienten wollten den FB nicht ausfüllen, da sie trotz Operation keine Probleme beim Sex hätten.

Ein Patient bat um Diskretion, da er befürchtete, dass seine Ehefrau, mit der er keinen Sex hätte, sein intimes Verhältnis bemerke, wenn er den 2.FB mit der Post zu geschickt bekäme.

Nicht signifikant häufiger als BS-Operierte haben Hüft-TEP-Patienten angegeben keinen Sexualpartner zu haben.

### 3.2.3. Vergleich drop out–Patienten mit Responder–Patienten bzgl. der Geschlechtsverteilung

Wie die folgende Kreuztabelle und der Chi-Quadrat-Test zeigen besteht ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=33,496;p=0,000$ ) in der Geschlechtsverteilung bezogen auf die Kohorte des drop out und der Responder. Zum drop out gehören signifikant mehr Frauen.

Kreuztabelle

		Geschl.		Gesamt	
		weibl.	männl.		
Drop-Out und Responder T1	Drop-Out T1	Anzahl	102	25	127
		% von Drop-Out und Responder T1	80,3%	19,7%	100,0%
		% von Geschl.	63,4%	26,0%	49,4%
	Responder T1	Anzahl	59	71	130
Gesamt		% von Drop-Out und Responder T1	45,4%	54,6%	100,0%
		% von Geschl.	36,6%	74,0%	50,6%
		Anzahl	161	96	257
		% von Drop-Out und Responder T1	62,6%	37,4%	100,0%
		% von Geschl.	100,0%	100,0%	100,0%

Tab.9: Geschlechtsverteilung im Vergleich drop out zu Responder

### 3.2.4. Vergleich drop out–Patienten mit Responder–Patienten bzgl. der Operationsart.

Signifikant ist, dass in der drop out–Kohorte mehr Patienten mit Hüft–TEP sind als BS–Operierte. Dies verdeutlichen die folgende Kreuztabelle und die Werte des Chi-Quadratstestes ( $\text{Chi}^2=26,922; p=0,000$ ).

Kreuztabelle			OP-Art		Gesamt
		Anzahl	Hüfte	BS	
Drop-Out und Responder T1	Drop-Out T1	108	108	19	127
		% von Drop-Out und Responder T1	85,0%	15,0%	100,0%
		% von OP- Art	60,0%	24,7%	49,4%
	Responder T1	Anzahl	72	58	130
		% von Drop-Out und Responder T1	55,4%	44,6%	100,0%
		% von OP- Art	40,0%	75,3%	50,6%
Gesamt		Anzahl	180	77	257
		% von Drop-Out und Responder T1	70,0%	30,0%	100,0%
		% von OP- Art	100,0%	100,0%	100,0%

Tab.10: Vergleich OP-Art in der drop out- und Responder-Kohorte

### 3.2.5. Vergleich des Alters der drop out–Patienten mit den Responder–Patienten

Der Mittelwert des Alters der drop out–Patienten beträgt 71,3 Jahre, der der Responder 51,6 Jahre. Im T-Test zeigt sich eine Signifikanz bzgl. des Altersunterschiedes in beiden Gruppen ( $T=-14,029; df=220,793; p=0,000$ ).

Fazit: In der Kohorte des drop out sind überwiegend ältere Patienten.

3.2.6. Fazit der Ergebnisse des drop out-Kollektivs  
 Rund die Hälfte der zurückgegebenen ersten Fragebögen waren nur durch Beantworten der Fragen 14. und 15. ausgefüllt. Hier erklärten die meisten, dass sie keinen Sexualpartner mehr hätten, weil sie verwitwet seien und deshalb den Fragebogen nicht komplett beantworten konnten.

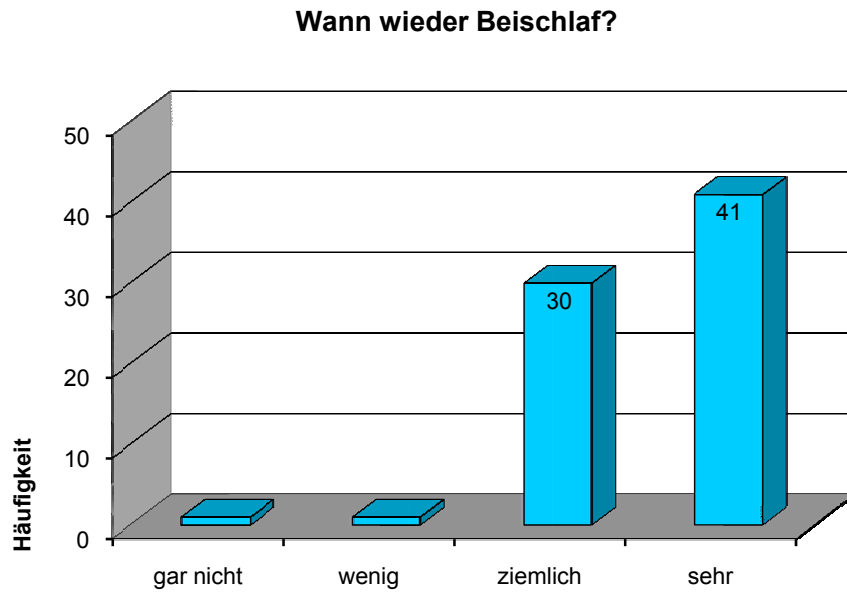
In diesem Kollektiv befanden sich überwiegend an der Hüfte operierte Frauen des höheren Lebensalters, d.h. zwischen 70 und 80 Jahren, die so genannten „treuen Witwen“.

### 3.3 Aufklärungsbedarf

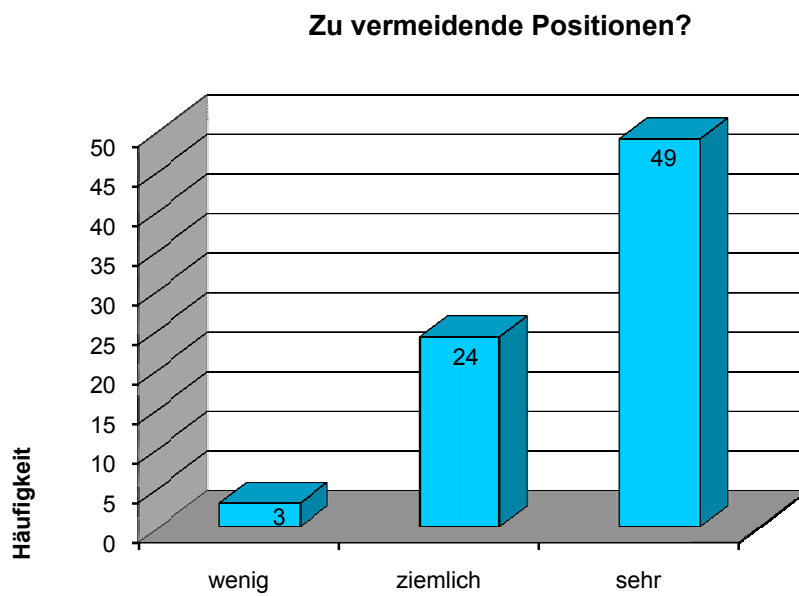
In diesem Kapitel soll das Aufklärungsbedürfnis der Patienten zum Thema Sexualität in Bezug auf ihre Operation ermittelt werden. Gefragt wurde, ob sich die Patienten mehr Aufklärung von ihrer Ärztin/ihrer Arzt wünschten, welche Fragen sie an diese/n hätten, ob sie sich von weiteren Personen (z.B. KrankengymnastIn) Aufklärung wünschten und ob ihnen ein Gespräch mit einem gleichgeschlechtlichen Partner leichter fallen würde. Auswertbare Antworten zu diesem Fragenkomplex haben insgesamt 127 Patienten gegeben ( Responder n=257, minus drop out n=127, minus 3 Patienten, die keine Angaben hierzu gemacht haben).

3.3.1 Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt  
 Mehr Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt wünschten sich 59,8% der Patienten, 40,2% legten keinen Wert darauf.

Folgende Balkendiagramme zeigen, wie interessant welche Fragestellung für die Patienten war:



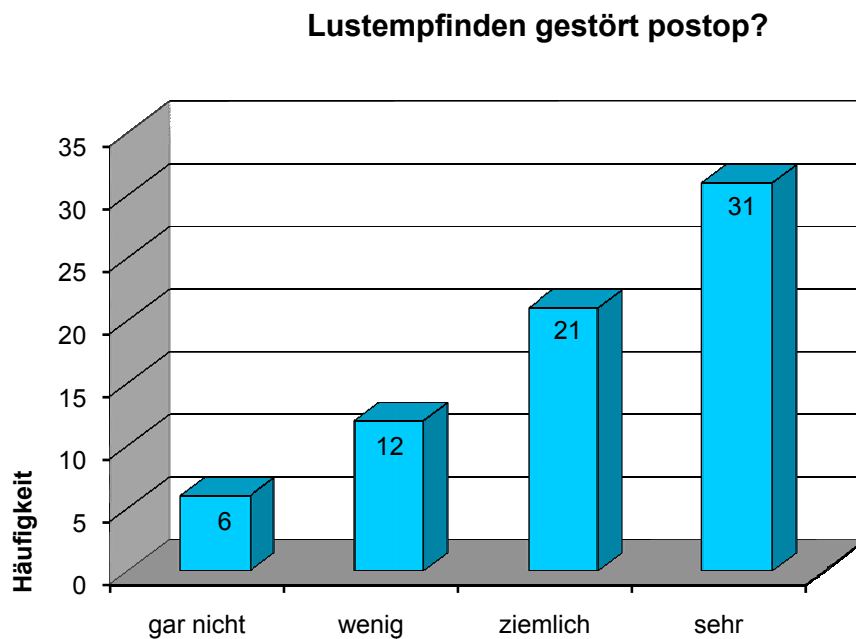
Balkendiagramm 4: Interesse, wann wieder Beischlaf?



Balkendiagramm 5: Interesse, zu vermeidende Positionen?

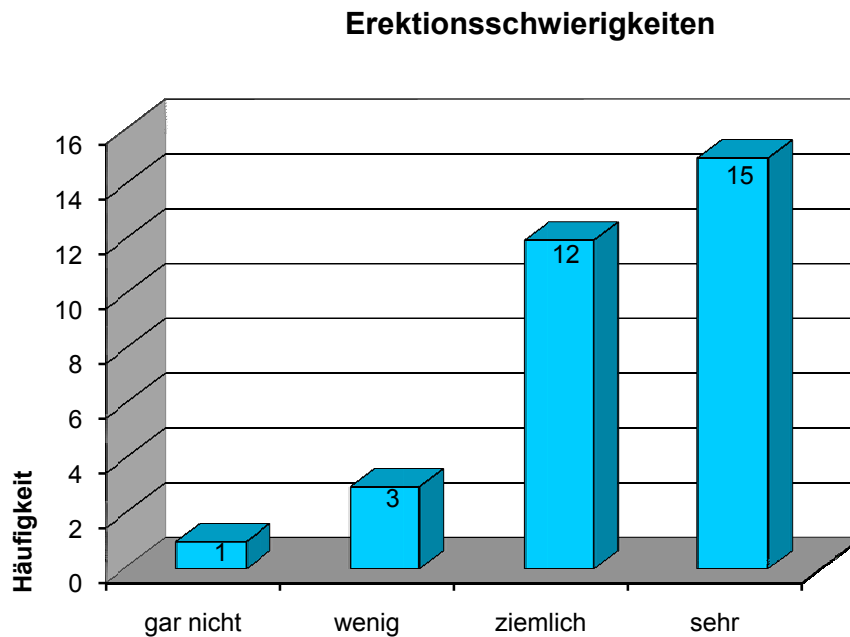


Diese beiden Fragen, wann man nach einer Operation wieder Beischlaf haben dürfe und ob es zu vermeidende Positionen dabei gebe, beantwortete die überwiegende Zahl der Patienten. Ihr Interesse daran war zu über 95% mit „ziemlich“ bzw. „sehr“ angegeben worden.



Balkendiagramm 6: Interesse, postop. gestörtes Lustempfinden?

Ein etwas kleinerer Anteil der Patienten wünscht zum Thema Lustempfinden mehr Aufklärung. Auch zeigt sich hier beim Interessensgrad eine höhere Spannweite. 74,3% zeigen ein ziemliches bzw. sehr großes Interesse.



Balkendiagramm 7: Interesse, Erektionsschwierigkeiten?

Die nur an die männlichen Patienten gerichtete Frage, ob Interesse an Aufklärung betreffend Erektionsschwierigkeiten bestünde, beantworten ungefähr die Hälfte der Männer. Von diesen wird zu 87,1% angegeben, dass es sie „ziemlich“ bzw. „sehr“ interessiert.

Nur 11 Patienten kreuzten an, dass sie andere Fragen zum Thema Sexualität rund um ihre Operation interessieren würden. Nähere Ausführungen darüber, welche Fragen das sein könnten, wurden in keinem der 11 Fälle gemacht.

### 3.3.2. Aufklärung durch andere Personen

Die Mehrheit (64,3%) der Patienten wünschen sich nicht mehr Aufklärung durch andere Personen. 35,7% beantworten diese Frage bejahend. Auf die Frage, von wem sich mehr Aufklärung erhofft würde, wurden an erster Stelle Krankengymnastin und an zweiter Stelle Psychologin genannt.

### 3.3.3 Aufklärungsgespräch mit gleich- oder nicht gleichgeschlechtlichen Partner

Ob dem Patienten ein Gespräch zum Thema Sexualität mit einem gleichgeschlechtlichen Gesprächspartner leichter fiel als mit einem nicht gleichgeschlechtlichen, beantworteten 64,8% aller Patienten mit „nein“ und 35,2% mit „ja“. Untersucht wurde, ob diese Aussage von Frauen und Männern signifikant unterschiedlich beantwortet wurde. Dabei gaben 57,1% der Frauen an lieber von einem gleichgeschlechtlichen Gesprächspartner aufgeklärt zu werden. 83,3% der Männer würde ein Gespräch mit einem gleichgeschlechtlichen Partner nicht leichter fallen. Das heißt, Frauen würden lieber mit Frauen sprechen, den Männern ist es zum größten Teil gleich, ob der Gesprächspartner Frau oder Mann ist ( $\chi^2=21,747$ ;  $p=0,000$ ).

### 3.3.4. Fazit Aufklärungsbedarf

Die überwiegende Mehrheit der Patienten wünscht sich mehr Aufklärung zum Thema Sexualverhalten nach der Operation von ihrer Ärztin/ihrem Arzt.

Starkes Interesse besteht an den Fragen, wann man wieder Beischlaf haben darf und ob Positionen zu vermeiden sind.

Von weiteren Personen wird kaum mehr Aufklärung gewünscht. Wenn doch, dann von PhysiotherapeutenIn und PsychologIn.

Frauen würden sich lieber von Frauen beraten lassen, Männern ist das Geschlecht des Gesprächspartners nicht wichtig.

## 3.4 Responder minus drop out

Zu diesem Kollektiv gehören die Patienten, die den ersten Fragebogen komplett ausgefüllt und abgegeben haben ( $n=130$ , 50,6% der abgegebenen 1.FB).

Bei diesen Patienten wurden Daten aus Anamnese und Krankenakte erhoben.

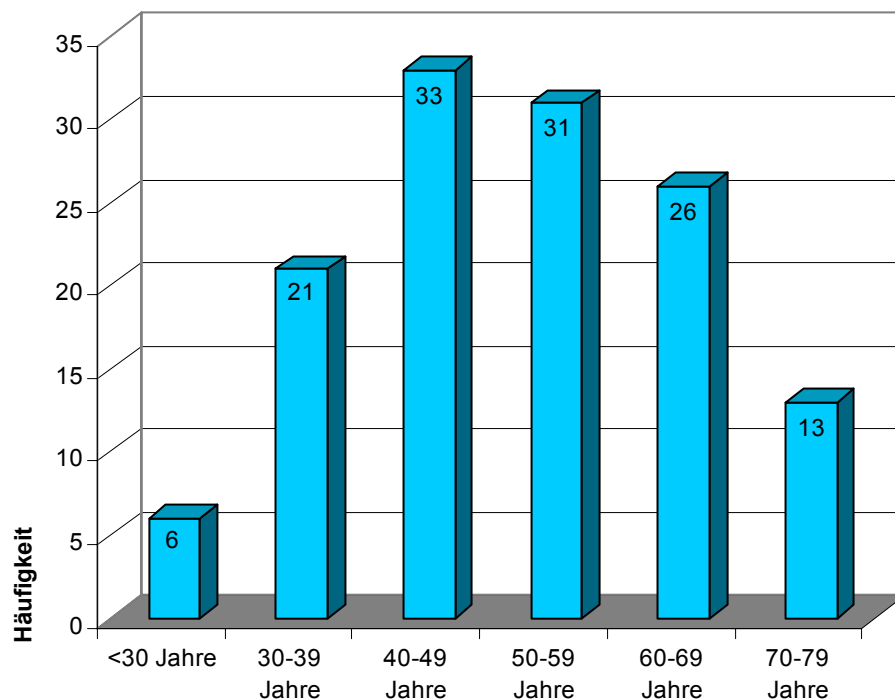
Alle 130 erhielten den zweiten Fragebogen ein halbes Jahr nach ihrer Operation per Post zugeschickt.

Davon schickten 54 (41,5%, t2 Non-Responder) den zweiten Fragebogen nicht zurück. 76 Patienten füllten den zweiten Fragebogen aus und schickten ihn auch zurück (58,5%, t2 Responder).

Es gab keinen signifikanten Unterschied bezüglich des Geschlechtes, des Alters oder der Operationsart, ob Patienten nur den ersten oder auch den zweiten Fragebogen ausfüllten (Kreuztabellen: Geschlecht  $p=0,721$ ; Alter  $p=0,544$ ; OP-Art  $p=0,592$ ).

#### 3.4.1. Altersverteilung Responder minus drop out

Die Altersgruppe ist hier am stärksten mit Patienten zwischen 40 und 69 Jahren vertreten (69,2%). Nur 20,8% sind unter 40 Jahre alt. Kaum vertreten sind über 70 Jährige (10%).

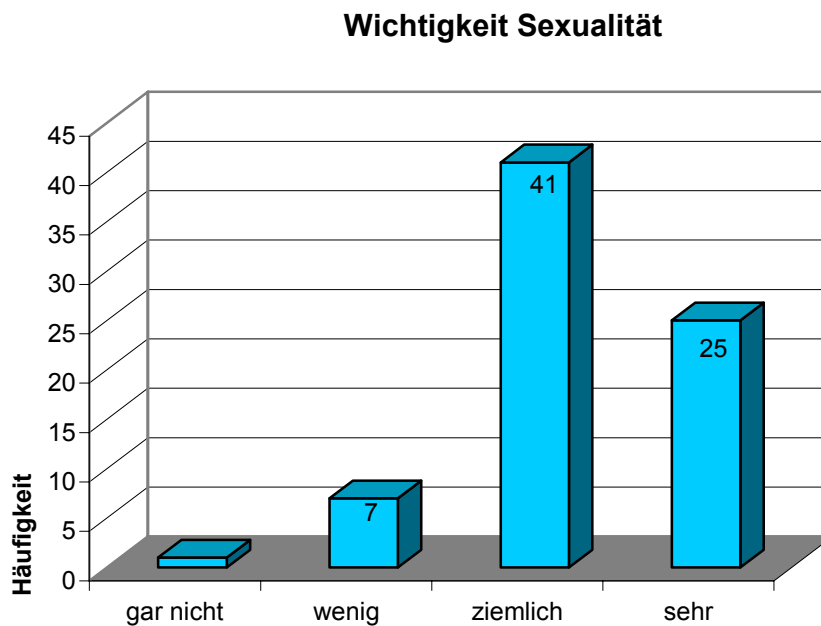


Balkendiagramm 8: Alterverteilung Responder minus drop out, n=130

#### 3.4.2. Sexualverhalten präoperativ

##### 3.4.2.1. „Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität?“

Die Auswertung dieser Frage ergibt, dass der überwiegenden Mehrheit der 130 Patienten, die den ersten Fragebogen ausgefüllten, das Thema Sexualität „ziemlich“ oder „sehr“ wichtig ist (86,8%).



Balkendiagramm 9: Wichtigkeit Sexualität präop., n=74

Es kann kein signifikanter Unterschied bezüglich der Wichtigkeit des Themas Sexualität zwischen den Patientengruppen, die nur den ersten oder beide Fragebögen ausgefüllt haben, festgestellt werden (U-Test nach Mann-Whitney;  $U=1908,000$ ;  $p=0,627$ ). Das heißt, den 54 Patienten, die den zweiten Fragebogen nicht ausgefüllt haben, war das Thema Sexualität nicht weniger wichtig als denen, die den zweiten Fragebogen ausgefüllt haben.

#### 3.4.2.2. „Haben Sie im letzten halben Jahr vor der Operation Geschlechtsverkehr gehabt?“

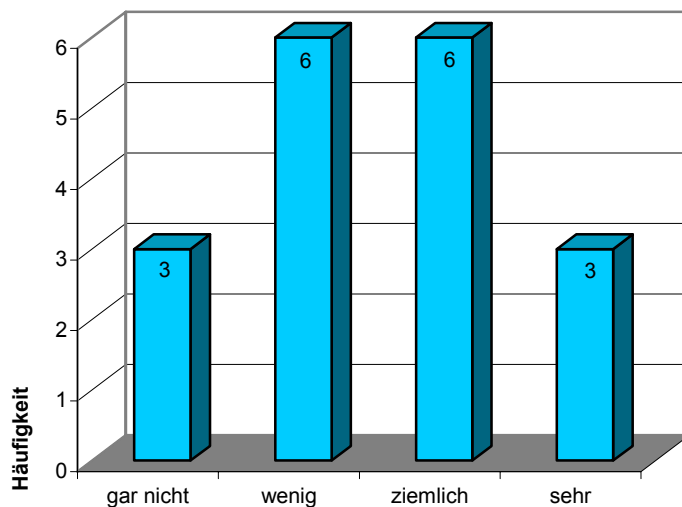
Diese Frage wurde 100x (78,15) mit „Ja“, 28x (21,9%) mit „Nein“ und 2x gar nicht beantwortet. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Patientengruppen, die nur den ersten oder beide Fragebögen ausgefüllt haben, konnte nicht festgestellt werden ( $\chi^2=1,904$ ;  $p=0,197$ ).

Das heißt, die 54 Patienten, die den zweiten Fragebogen nicht ausgefüllt haben, haben dies deshalb nicht gemacht, weil sie präoperativ keinen Geschlechtsverkehr hatten.

Die 28 Patienten, die die Frage, ob sie präoperativ Geschlechtsverkehr hatten, mit „Nein“ beantworteten, wurden gefragt, ob ihre Beschwerden der Grund dafür wären, dass sie keinen Beischlaf hatten. Ein Patient beantwortete diese Frage gar nicht. Ein Drittel beantwortete dies mit „Nein, meine Beschwerden waren nicht der Grund“ ( $n=9$ ; 33,3%).

Zwei Drittel bejahten diese Frage (n=18; 66,7%).

Bei diesen letztgenannten 18 Patienten wurde nachgefragt, ob sie glauben auch in Bezug auf ihr Sexualleben von der Operation zu profitieren. Das Ergebnis hält sich die Waage: 50% glaubten, sie profitieren gar nicht oder wenig; die anderen 50% glaubten „ziemlich“ oder „sehr“ an einen Operationsprofit bezüglich ihres Sexuallebens.



Balkendiagramm 10: Operationsprofit, n=18

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Großteil (knapp 80%) der Patienten präoperativ Geschlechtsverkehr hatte.

Ob die Patienten Beischlaf hatten oder nicht, ist kein Kriterium für das Ausfüllen des zweiten Fragebogens gewesen.

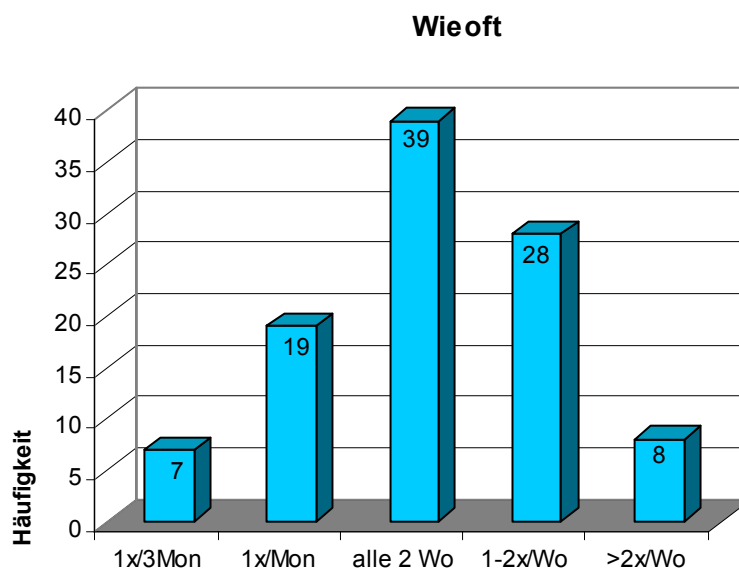
Bei den Patienten, die präoperativ keinen Beischlaf hatten, war in zwei Drittel der Fälle ihr Hüft- oder Bandscheibenleiden der Grund dafür.

Die Hälfte dieser Patienten hofft, dass sich das nach der Operation ändert. Die andere Hälfte glaubt weniger an einen Operationsprofit bezüglich ihres Sexualverhaltens.

### 3.4.2.3. Quantität und Qualität der präoperativen Beischlafpraktiken

Zu der Frage „Wie oft hatten Sie in den 6 Monaten vor Ihrer Operation Beischlaf?“ machten von den 130 Patienten, die den ersten Fragebogen ausfüllten, 101 Patienten Angaben, 29 beantworteten sie nicht.

Etwa alle zwei Wochen haben 30% der Befragten Beischlaf, 27,7% ein- bis zweimal pro Woche und mehr, 20% einmal im Monat und weniger.



Balkendiagramm 11: Wieoft Beischlaf präop.? n=101

Erweiternd wurde nicht nur nach der Quantität des Beischlafes gefragt, sondern auch nach der Qualität.

Ob sich die Qualität ihres Sexuallebens durch das Rücken- oder Hüftleiden beeinflusst hat, wussten 3,2% der Patienten nicht oder machten keine Angaben dazu. 62,1% der Patienten sahen eine Beeinflussung „ziemlich“ bis „sehr“ gegeben. 34,7% der Patienten fühlen sich durch dieses Leiden „gar nicht“ bis „wenig“ qualitativ in der Sexualität beeinflusst. Signifikant ist der Unterschied der empfundenen Qualitätseinbuße beim Sex durch das Leiden bei Frauen und Männern ( $\chi^2=20,024; p=0,000$ ). Frauen fühlen sich durch Ihre Erkrankung stärker beeinflusst als Männer.

	Geschl.		Gesamt
	weibl.	männl.	
Erkrankung gar nicht u. Qualität	4	6	10
wenig	8	25	33
ziemlich	22	26	48
sehr	23	6	29
weiß nicht	1	3	4
Gesamt	58	66	124

Tab. 11: Kreuztabelle Qualitätseinbuße versus Geschlecht

Keine Signifikanz gab es zwischen Qualitätseinbuße beim Sex und den verschiedenen Operations-Arten ( $\text{Chi}^2=1,983; p=0,739$ ).

Differenziert nachgefragt wurde, wenn Schwierigkeiten aufgetreten sind, welche das waren. Ankreuzmöglichkeiten waren „Schwierigkeiten mit der Lage“, „Schmerzhaftigkeit“, „Angst vor Vergrößerung der Beschwerden“, „Durchführungsschwierigkeiten“, „Geringes Vertrauen in mich selbst“, „Probleme mit der Partnerin/dem Partner“ und/oder „Andere Schwierigkeiten“. Mehrfachnennungen waren erlaubt.

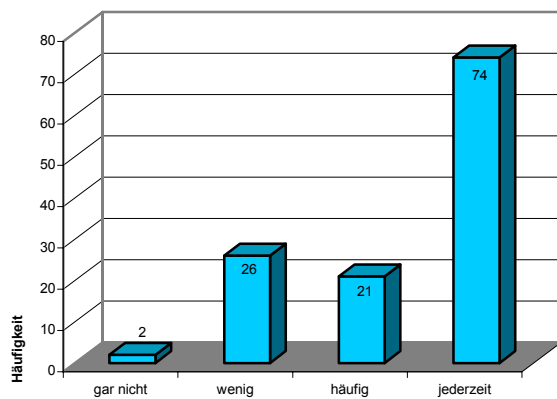
Führend bei den beeinträchtigenden Schwierigkeiten war die „Schmerzhaftigkeit“. 65,1% der hier gemachten Kreuzchen entfielen auf die Felder „ziemlich“ und „sehr“. Nach der „Schmerzhaftigkeit“ hatten die Patienten zu 55,6% „ziemlich“ und „sehr“ bei „Schwierigkeiten mit der Lage“ angegeben. Relativ ausgeglichen waren die Angaben bei „Angst vor Beschwerdenezunahme“ und Durchführungsschwierigkeiten“. Bei diesen beiden Punkten sagte je die eine Hälfte der Patienten, es träte „gar nicht/wenig“, die andere Hälfte „ziemlich/sehr“ auf.

Geringes Vertrauen in sich selbst oder Partnerschaftsprobleme wurden zu über 75% mit „gar nicht/wenig“ angegeben.

Die verschiedenen Schwierigkeitsparameter wurden auf signifikante Unterschiede zwischen Geschlecht und Operations-Art getestet (Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test). In nur einem Punkt kann eine Signifikanz nachgewiesen werden: Frauen leiden häufiger unter dem Schwierigkeitspunkt „Schmerzhaftigkeit“ beim Sex als Männer ( $\text{Chi}^2=8,197; p=0,042$ ).

Eine weitere Frage zielte auf die Gesprächsmöglichkeit über spezielle Probleme und Wünsche mit der Partnerin/dem Partner ab. 123 Patienten machten hier Angaben, 7 nicht.





Balkendiagramm 12: Problembesprechung mit Partner möglich ? n=123

Mit 77,3% kann die überwiegende Mehrzahl „häufig“ bis „jederzeit“ mit der Partnerin/dem Partner darüber sprechen.

Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied die Gesprächsmöglichkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht betreffend ( $\chi^2=6,560; p=0,087$ ).

Wie die folgende Tabelle zeigt, gaben tendentiell eher Männer an „häufig“ oder „jederzeit“ mit ihrer Partnerin über Probleme/Wünsche sprechen zu können.

	Geschl.		Gesamt
	weibl.	männl.	
Problembesprechung gar nicht	1	1	2
wenig	17	9	26
häufig	6	15	21
jederzeit	33	41	74
Gesamt	57	66	123

Tab. 12: Kreuztabelle Problembesprechung versus Geschlecht

Es gibt einen schwach signifikanten Unterschied zwischen der Gesprächsmöglichkeit und der Operationsart ( $\chi^2=7,986; p=0,046$ ).

Tendentiell sagen Hüft-TEP-Patienten eher, sie können „gar nicht“ bis „wenig“ mit der Partnerin/dem Partner sprechen.

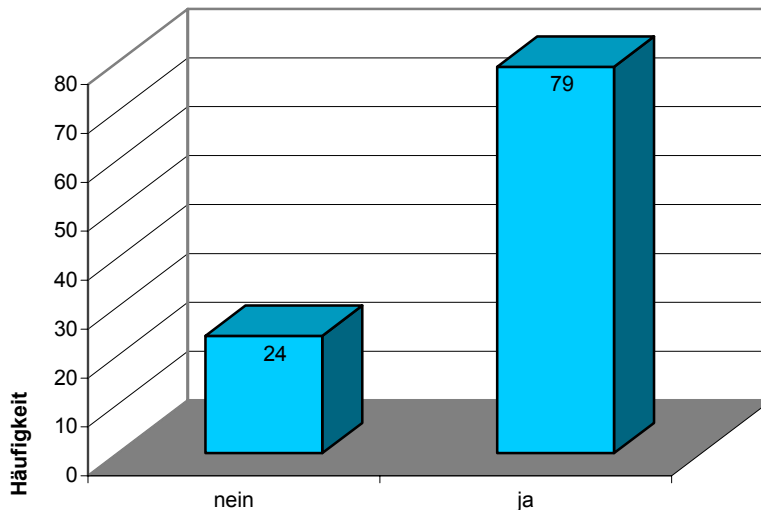
	OP-Art		Gesamt
	Hüfte	BS	
Problembesprechung gar nicht	2		2
wenig	20	6	26
häufig	9	12	21
jederzeit	39	35	74
Gesamt	70	53	123

Tab. 13: Kreuztabelle Problembesprechung versus OP-Art

Die Probanden, die angeben, mit ihrer Partner/ihrem Partner über ihre sexuellen Probleme und Wünsche sprechen zu können, geben ebenfalls eine höhere subjektive Bedeutsamkeit der Sexualität an. Diese beiden Parameter zeigen einen signifikanten, aber relativ schwachen Zusammenhang (Kendalls Tau=0,225;p=0,007\*\*).

Die meisten Patienten (86%) haben eine Partnerin/einen Partner, die/der kein Hüft- oder Rückenleiden hat.

Die Frage „Haben Sie vor Ihrer Operation Sexualpraktiken mit Ihrem Partner finden können, mit denen Sie trotz Ihres Leidens genussvoll Beischlaf haben konnten?“ wurde von 76,7% der Befragten bejaht, 23,3% verneinten.



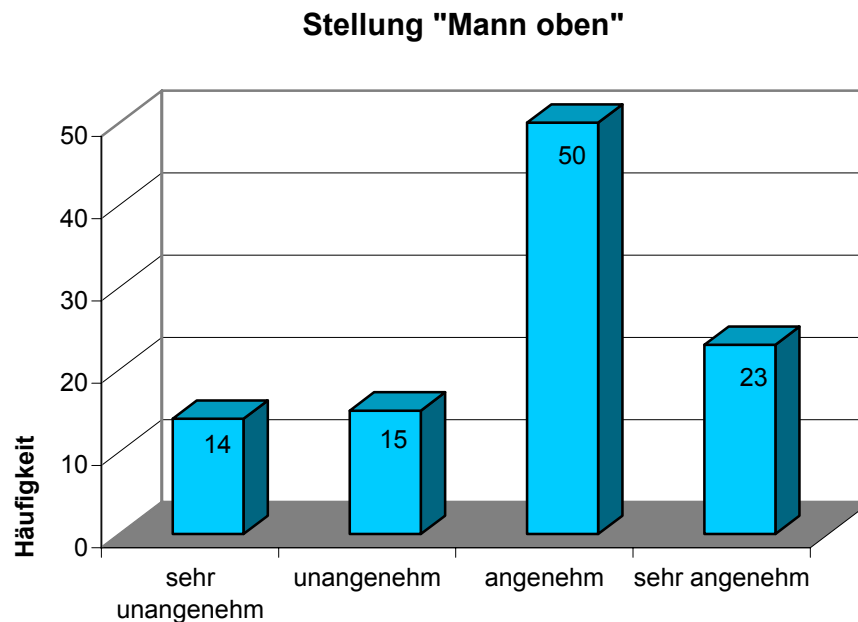
Balkendiagramm 13: Genussvoller Beischlaf präop.? n=103

In der Zusammenfassung kann festgehalten werden: Die Mehrheit der Probanden hatte präoperativ mindestens alle zwei Wochen Beischlaf. Allerdings fühlen sich knapp zwei Drittel durch ihr Hüft- oder Rückenleiden in der Qualität beim Sex beeinflusst. Frauen leiden häufiger unter der Qualitätseinbuße als Männer. Als führende Problematik beim Sex wird die Schmerzhaftigkeit angegeben. Unter der Schmerzhaftigkeit leiden mehr Frauen als Männer. An zweiter Stelle der Probleme beim Sex werden Schwierigkeiten mit der Lage benannt. Der Großteil der Patienten kann häufig bis jederzeit mit seiner Partnerin/seinem Partner über Probleme/Wünsche beim Sex sprechen. Tendenziell ist dies beim Patienten mit Hüft-TEP nicht so oft der Fall.

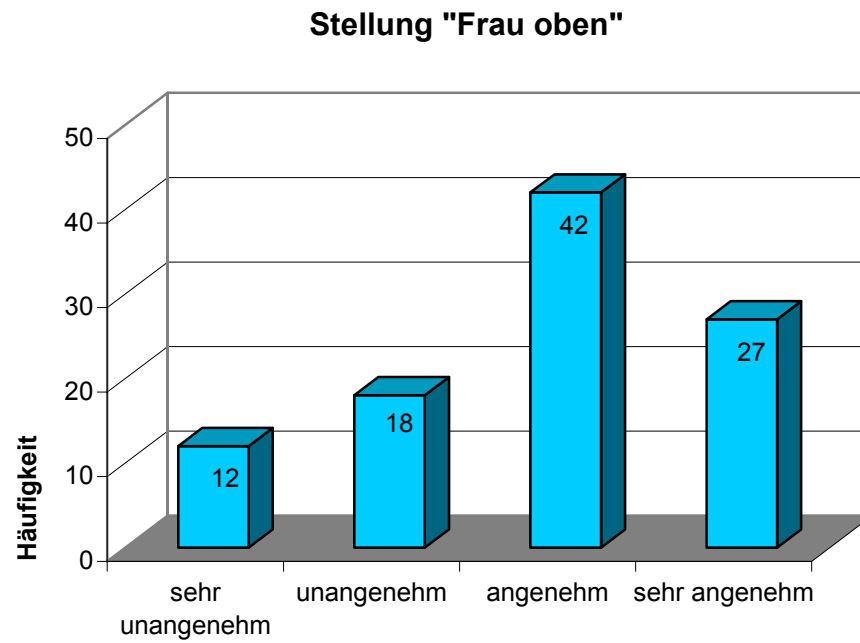
Die Probanden, die angeben oft mit der Partnerin/dem Partner über Sex sprechen zu können, geben auch eine höhere subjektive Bedeutsamkeit der Sexualität an. Rund drei Viertel der Patienten haben trotz ihres Leidens Sexualpraktiken für genussvollen Beischlaf gefunden.

#### 3.4.2.4. Stellungen beim Beischlaf

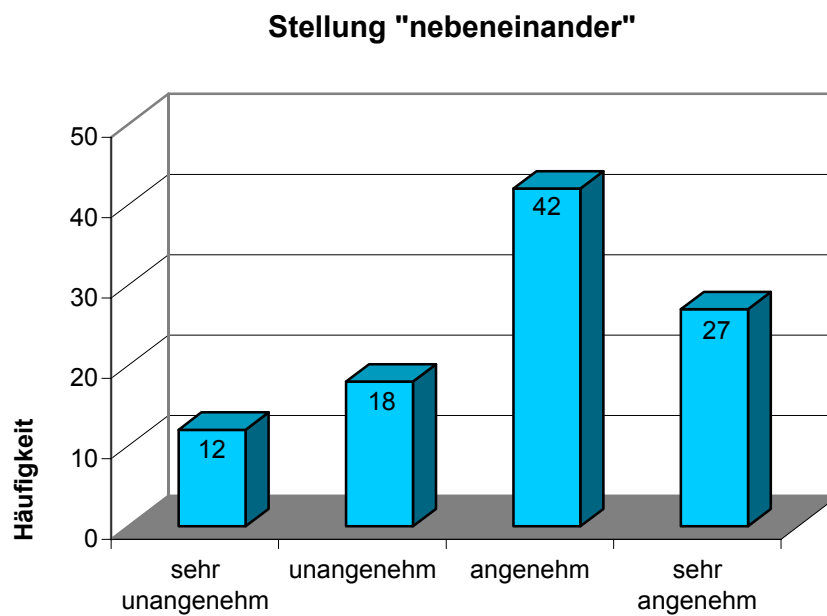
In diesem Fragenkomplex konnten die Patienten angeben, wie angenehm die Stellungen „Mann oben“, „Frau oben“, „Nebeneinander“ und „Von hinten“ beim Beischlaf für sie im halben Jahr vor der Operation waren. 102 Patienten haben sich zu diesem Fragenkomplex Angaben gemacht, 28 nicht.



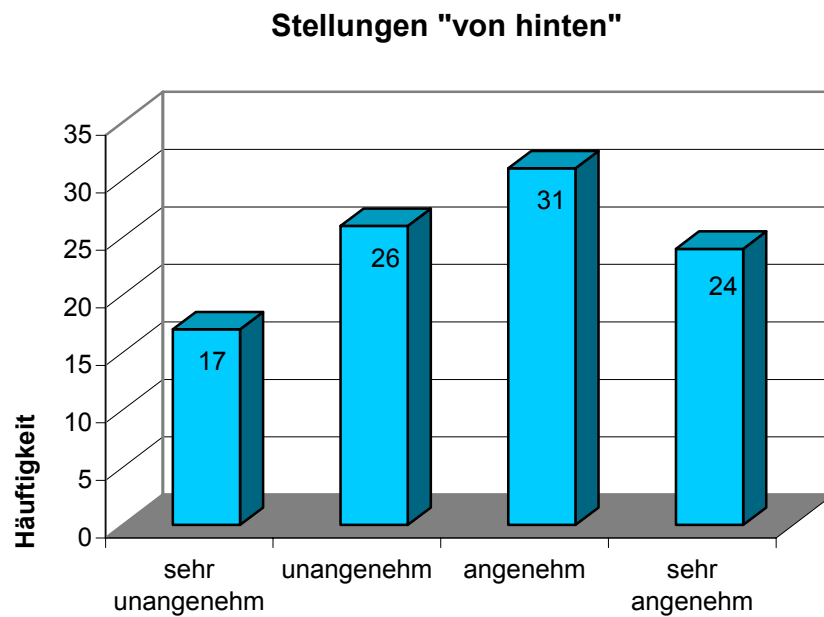
Balkendiagramm 14: Präop. Stellung „Mann oben“, n=102



Balkendiagramm 15: Präop. Stellung „Frau oben“, n=99



Balkendiagramm 16: Präop. Stellung „Nebeneinander“, n=99



Balkendiagramm 17: Präop. Stellung „Von hinten“, n=98

Insgesamt werden die drei erstgenannten Stellungen überwiegend als angenehm bis sehr angenehm empfunden („Mann oben“ 71,5%, „Frau oben“ 69,7%, „Nebeneinander“ 65,7%). Nicht ganz so deutlich ist das Ergebnis bei der Stellung „Von hinten“. Die Verteilung zwischen unangenehm und angenehm war hier ausgewogener (43,8% eher unangenehm, 56,1% eher angenehm).

Ferner wurde ausgewertet, ob bestimmte Stellungen mehr von Frauen oder mehr von Männern als angenehm empfunden wurden.

Statistik für Test						
	Stellung "Mann oben"	Stellung "Frau oben"	Stellung "nebeneinan der"	Stellung "von hinten"		
Mann- Whitney-U	1204,500	548,500	936,500	775,500		
Wilcoxon- W	2857,500	1538,500	1797,500	1678,500		
Z	-,565	-4,922	-1,911	-2,982		
Asymptotis che	,572	,000	,056	,003		
Signifikanz (2-seitig)						
Gruppenstatistiken						
	Geschl.	N	Mittelwert	Standardab weichung	Standardfeh ler des Mittelwerte s	
Stellung "Mann oben"	weibl.	45	2,87	,94	,14	
	männl.	57	2,75	,95	,13	
Stellung "Frau oben"	weibl.	44	2,32	,96	,14	
	männl.	55	3,27	,73	9,87E-02	
Stellung "nebeneinan der"	weibl.	41	2,56	,95	,15	
	männl.	58	2,91	,80	,11	
Stellung "von hinten"	weibl.	42	2,26	1,08	,17	
	männl.	56	2,91	,92	,12	

Tab. 14+15: Stellungen versus Geschlecht

Keinen Signifikanz gibt es zwischen Geschlecht und den Stellungen „Mann oben“ ( $U=1204,500; p=0,572$ ) und „Nebeneinander“ ( $U=936,500; p=0,056$ ).

Das heißt, diese beiden Stellungen finden Männer wie Frauen annähernd gleich angenehm.

Signifikant ist der Unterschied zwischen Geschlecht und den Stellungen „Frau oben“ ( $U=548,500; p=0,000$ ) und „Von hinten“ ( $U=775,500; p=0,003$ ).

Diese beiden Stellungen finden mehr Männer als Frauen als angenehm.

Weiterhin wurde ausgewertet, ob es signifikante Unterschiede zwischen den als angenehm empfundenen Stellungen beim Beischlaf und der Operations-Art gab, jeweils getrennt für Frauen und Männer.

Das Ergebnis ist, dass bei den Frauen kein signifikanter Unterschied zwischen Hüft- oder BS-Patienten bezogen auf eine als angenehm empfundene Stellung besteht.

„Mann oben“, „Frau oben“ und „Nebeneinander“ werden durchweg als angenehm empfunden, lediglich die Stellung „Von hinten“ wird ungefähr gleich oft als unangenehm wie angenehm bezeichnet. Männer finden generell eher alle vier genannten Stellungen als angenehm. Frauen dagegen bevorzugen nicht eindeutig eine oder mehrere Stellungen.

Auf eine bevorzugte Stellung beim Beischlaf hat bei Frauen weder die Hüft- noch die Bandscheibenerkrankung einen maßgebenden Einfluss.

Bei den Männern ist das ähnlich. Nur bei der Stellung „Mann oben“ empfindet der Hüft-Patient diese als angenehmer als der BS-Patient.

### Mann-Whitney-Test Frauen

Ränge	OP-Art	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Stellung "Mann oben"	Hüfte	25	21,74	543,50
	BS	20	24,58	491,50
	Gesamt	45		
Stellung "Frau oben"	Hüfte	24	21,71	521,00
	BS	20	23,45	469,00
	Gesamt	44		
Stellung "nebeneinander"	Hüfte	21	19,43	408,00
	BS	20	22,65	453,00
	Gesamt	41		
Stellung "von hinten"	Hüfte	22	19,11	420,50
	BS	20	24,13	482,50
	Gesamt	42		

Statistik für Test	Stellung "Mann oben"	Stellung "Frau oben"	Stellung "nebeneinan- der"	Stellung "von hinten"
Mann-Whitney-U	218,500	221,000	177,000	167,500
Wilcoxon-W	543,500	521,000	408,000	420,500
Z	-,764	-,468	-,901	-1,371
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,445	,640	,367	,170

Tab. 16+17: Stellungen bei Frauen bezogen auf OP-Art

Das Ergebnis bei den Männern sieht so aus, dass kein signifikanter Unterschied zwischen Hüft- oder BS-Patient bezogen auf die Stellungen „Frau oben“, „Nebeneinander“ und „Von hinten“ festgestellt werden kann. Aber bezogen auf die Stellung „Mann oben“ ist der Unterschied insofern signifikant, dass der männliche Hüft-Patient diese Stellung als angenehmer empfindet als der BS-Patient.

#### Mann-Whitney-Test Männer

Ränge	OP-Art	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Stellung "Mann oben"	Hüfte	27	35,22	951,00
	BS Gesamt	30 57	23,40	702,00
Stellung "Frau oben"	Hüfte	25	30,16	754,00
	BS Gesamt	30 55	26,20	786,00
Stellung "nebeneinan- der"	Hüfte	28	31,86	892,00
	BS Gesamt	30 58	27,30	819,00
Stellung "von hinten"	Hüfte	27	26,50	715,50
	BS Gesamt	29 56	30,36	880,50



Statistik für Test	Stellung "Mann oben"	Stellung "Frau oben"	Stellung "nebeneinan- der"	Stellung "von hinten"
Mann-Whitney-U	237,000	321,000	354,000	337,500
Wilcoxon-W	702,000	786,000	819,000	715,500
Z	-2,927	-1,018	-1,119	-,931
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,003	,309	,263	,352

Tab. 18+19: Stellungen bei Männern bezogen auf OP-Art

### 3.4.3. Daten aus Anamnese und Krankenakte

Bei allen 130 Patienten, die den ersten Fragebogen ausgefüllt wieder abgegeben haben, wurden Daten per EDV aus Anamnese und Krankenakte erhoben.

#### 3.4.3.1. Vorerkrankungen

32,3% (n=42) der Patienten haben keine Vor- oder Begleiterkrankungen, 67,7% (n=88) haben welche.

Folgende Tabelle zeigt wie oft welche Vor-/Begleiterkrankungen bei den Patienten gefunden wurden:

Diabetes mellitus	8x
Art. Hypertonie	42x
Osteoporose	1x
Rheumat. Erkrankungen	4x
Psychosomat./Psych. Erkr.	4x
Mamma-/Prostata-Ca	7x
Z.n. Varikoz./Hernien-OP	9x
Adipositas	21x
Gebärmutter-/Hoden-Ca	0x
Andere	67x

Tab. 20: Vorerkrankungen

Neben den heute häufig vorkommenden Erkrankungen arterielle Hypertonie und Adipositas, werden oft noch andere Erkrankungen angegeben:

Bösartige Erkrankungen	7x
Cardiale Erkrankungen	14x
Degenerative Arthropathien	15x
Z.n. BSV (konservativ od. OP)	12x

Tab. 21: Weitere Vorerkrankungen

Diese Angaben sind mit Vorbehalt bezüglich ihrer Vollständigkeit zu betrachten. Denn die schriftliche Fixierung aller Vor- und Begleiterkrankungen eines Patienten erfolgt bei einem derzeit hauptsächlich orthopädischen Grundleiden nicht immer. Schriftlich wird eine Art Rangliste der Erkrankungen erstellt. Ausschlaggebend ist hierbei die derzeitige Therapiekonsequenz.

Dennoch können diese Vor- und Begleiterkrankungen das Sexualleben des Patienten beeinflussen.

In dieser Patienten-Kohorte werden bei 32,3% eine arterielle Hypertonie und/oder bei 16,1% Adipositas und/oder bei 11,5% degenerative Arthropathien und/oder bei 10,8% cardiale Erkrankungen, wie zum Beispiel Koronare Herzkrankheit, Z.n. Myokardinfarkt oder Herzrhythmusstörungen, als die vier häufigsten Begleiterkrankungen festgestellt.

#### 3.4.3.2. Medikamente

28,5% (n=37) der Patienten bedürfen keiner Grundmedikation.

71,5% (n=93) nehmen regelmäßig Medikamente ein.

Folgende Tabelle zeigt, welche Medikamente von den Patienten als Therapie der Begleiterkrankungen eingenommen werden:

Beta-Blocker	26x	20,0%
Analgetika	61x	46,9%
Psychopharmaka	5x	3,8%
Corticoide	3x	2,3%
Ovulationshemmer	0x	0%
Andere	61x	46,9%

Tab. 22: Medikamente

Nicht aufgeführt sind hier die Medikamente, die nur kurzfristig in der peri- oder postoperativen Zeit verabreicht werden mussten.

Gezielt wurde in der Krankenakte zunächst nachgesehen, ob schriftlich fixiert war, dass der Patient eines oder mehrere dieser oben angeführten fünf Medikamente einnimmt, da diese erwiesenermaßen einen Einfluss auf Libido oder Potenz haben.

Diese Tabelle zeigt, welche Medikamente unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst werden:

Antihypertensiva	24x	30,4%
Marcumar/ASS	13x	16,4%
Uricosurika	7x	8,9%
Diuretica	6x	7,6%
Antidiabetica+Insulin	6x	7,6%
Weitere Medikamente	23x	29,1%

Tab. 23: weitere Medikamente

Entsprechend der Häufigkeit der Begleiterkrankungen ist konsekutiv die Häufigkeit der „Begleitmedikation“. Am häufigsten sind die Patienten antihypertensiv eingestellt, 20% der Patienten nehmen einen beta-Blocker ein, der als Nebenwirkung eine Potenzminderung hervorrufen kann. 46,9% nehmen regelmäßig Analgetika ein. D.h. der libido-/lusthemmende Schmerzfaktor spiegelt sich in der Häufigkeit der Analgetikaeinnahme wieder.

Relativ hoch (16,4%) vertreten sind die blutverdünnenden Medikamente Marcumar und ASS. Diese werden oft zur Therapie, beziehungsweise bei cardialen Grunderkrankungen eingesetzt.

Fazit ist, dass die in der Studie befindlichen Patienten neben ihrem Hüft- oder Bandscheibenleiden nicht selten Begleiterkrankungen haben, die einer regelmäßigen medikamentösen Therapie bedürfen.

### 3.4.3.3. BS-Operation

Bei den Patienten, die an der lumbalen Bandscheibe operiert wurden, werden aus der Krankenakte nähere Informationen bezüglich der genauen Lokalisation der Diskektomie gewonnen. Ferner wurde ermittelt, ob die Operation minimalinvasiv durchgeführt wurde oder nicht, ob eine Stabilisierung der angrenzenden Wirbelkörper erfolgte oder nicht, wie der neurologische Befund prä- und postoperativ war und ob es zu postoperativen Komplikationen kam.

Zu 55,2% wurde im Segment LWK 4/5 operiert, in 32,8% war die Lokalisation LWK 5/ SWK 1. Nur in 12% waren höhere lumbale Etagen betroffen (LWK 3/4 8,6%, LWK 2/3 5,2%, LWK 1/2 1,7%).

In 48,2% der Fälle ist im Entlassungsbrief der operierenden Klinik explizit erwähnt worden, dass die Operation minimalinvasiv durchgeführt wurde. D.h. nicht, dass in den verbleibenden 51,8% die Operation nicht minimalinvasiv erfolgte, sondern nur, dass es in diesen Fällen nicht im Entlassungsbrief erwähnt wurde.

Bei nur zwei Patienten (3,4%) wurde diskektomiert und eine Stabilisierung der angrenzenden Wirbelkörper durchgeführt.

Prä- und postoperative neurologische Symptome stellten sich wie folgt in ihrer Häufigkeit da:

Neurologie	präoperativ	postoperativ
Lumboischialgie	96,6%	56,9%
Parästhesien	34,5%	27,6%
Paresen	22,4%	15,5%
Cauda-Syndrom	6,9%	0%
Blasen-/ Mastdarmstörungen	0%	0%

Tab. 24: prae- und postoperative neurologische Symptome

Von diesen 58 an der Bandscheibe operierten Patienten traten bei vier Patienten postoperative Komplikationen auf. Bei dreien (5,2%) wurden Nervenläsionen, in einem Fall (1,7%) ein Hämatom/Serom beschrieben. Eine postoperativ aufgetretene Anämie, Thrombose oder Wundheilungsstörung wurde bei diesen Patienten nicht beobachtet.

Zusammenfassend kann dieses Patientenkollektiv wie folgt beschrieben werden: Der Großteil (88%) der Patienten wurde in den zwei untersten lumbalen Segmenten diskektomiert. Die Operationsmethode war mindestens in der Hälfte der Fälle minimalinvasiv. Eine gleichzeitige Stabilisierung der Wirbelsäule erfolgte nur bei zwei Probanden. Die neurologischen Symptome haben sich postoperativ im Vergleich zu präoperativ deutlich vermindert, das heißt die Patienten haben überwiegend von der Operation profitiert. Postoperative Komplikationen wurden bei nur vier Patienten (6,9%) beschrieben.

#### 3.4.3.4. Hüft-TEP

Bei den 72 Patienten, die einen totalendoprothetischen Ersatz des Hüftgelenkes erhalten haben, wurde in der Krankenakte nachgelesen, ob es sich um die erste oder zweite Hüft-TEP (das heißt ob die kontralaterale Seite zuvor schon endoprothetisch versorgt worden war) handelte. Weiterhin wurde nachgelesen, ob ein TEP-Wechsel, zum Beispiel nach Lockerung der Primärprothese vorlag, und ob die Operation minimal invasiv durchgeführt wurde. Ferner wurde nachgesehen, ob postoperativ Komplikationen auftraten und ob vom Patienten eine Teilbelastung der operierten Extremität eingehalten werden musste.

72,2% der Patienten hatten ihre erste Hüft-TEP erhalten, bei 27,8% der Patienten war bereits die kontralaterale Seite endoprothetisch versorgt worden.

Nur in 9 (12,5%) Fällen ist die Hüft-TEP gewechselt worden.

Bei 10 (14,1%) der insgesamt 72 Patienten ist im Entlassungsbrief der operierenden Klinik erwähnt worden, dass die Operationsmethode minimalinvasiv war.

Bei 12,5% der Hüft-TEP-Patienten wurde postoperativ eine Anämie, bei 8,4% ein Hämatom/Serom oder eine Wundheilungsstörung und in einem Fall (1,4%) eine Nervenläsion als Komplikation diagnostiziert. Keiner dieser Patienten hatte postoperativ eine Thrombose.

Der überwiegende Teil (77,8%) der Patienten wurde postoperativ umgehend unter Vollbelastung der operierten Extremität an Unterarmgehstützen mobilisiert. Die übrigen Patienten mussten eine Teilbelastung zwischen zwei bis sechs Wochen ( für 2 Wochen 4,2%, für 4 Wochen 6,9%, für 6 Wochen 11,1%) einhalten.

Zusammenfassend kann über die Hüft-TEP-Patienten berichtet werden, dass ca. dreiviertel der hier teilnehmenden Probanden ihre erste Hüft-TEP erhalten haben. Ein Viertel erhielt eine zweite Hüfte auf der kontralateralen Seite. In nur wenigen Fällen (n=9) lag ein TEP-Wechsel vor. Die minimalinvasive Operationstechnik war nicht führend (14,1%). Postoperative Komplikationen traten bei gut einem fünftel der Patienten auf. Der Großteil der Patienten (knapp 80%) wurde zügig postoperativ unter Vollbelastung mobilisiert.

#### 3.4.3.5. Befunde bei der Rehabilitationsabschluß-Untersuchung

In diesem Kapitel wird betrachtet wie das Rehabilitationsergebnis bei der Abschlußuntersuchung der Patienten war; ob sie mit oder ohne Schmerzen entlassen wurden und ob sie Gehhilfen benutzten. Es wurde nachgelesen, wie die Beweglichkeit des operierten Gelenkes bei den Hüft-TEP-Patienten war, mit welchen Wundverhältnisse die Patienten die Klinik verließen und ob bei den BS-Operierten neurologische Symptome volagen.

Genau die Hälfte der Patienten – diese Aussage betrifft Hüft-TEP- und BS-Patienten – verläßt die Rehabilitationsklinik schmerzfrei und nimmt keine Analgetika mehr ein. 33,1% haben gelegentlich noch Schmerzen und benötigen Analgetika. 16,9% der Patienten geben an, dauerhaft unter Schmerzen zu leiden und nicht ohne eine Analgetikadauermedikation auszukommen.

Keiner der hier teilnehmenden Patienten hat die Rehabilitationsklinik bettlägerig, im Rollstuhl oder unter Benutzung eines Rollators verlassen. Aus orthopädischer Sicht wird Patienten nach Hüft-TEP-Implantation für längere Wegstrecken für 3 Monate postoperativ bei regelrechtem Heilungsverlauf der Gebrauch von Unterarmgehstützen empfohlen. So verließen von den 72 Hüft-TEP-Patienten 68 (94,4%) die Klinik an UAGST, vier Patienten benutzten keine mehr. Von den BS-Patienten gebrauchten nur zwei bei Rehabilitations-abschluß UAGST, 96,6% bedurften keinerlei Gehhilfen.

Bei den Hüft-TEP-implantierten Patienten wurde das Bewegungsausmaß der operierten Hüfte anhand des Staffelstein- scores zum Rehabilitations-Abschluß beurteilt. Die Flexion lag bei 98,6% der Patienten deutlich über 75° ( Flexion 75-95° 75%, >100° 23,6%). In 97,2% der Fälle betrug das Extensionsdefizit der operierten Hüfte  $\leq 5^\circ$ . In 97,2% konnte die operierte Hüfte mehr als 15° abduziert werden (Abduktion 15-25° 19,4%,  $\geq 25^\circ$  77,8%).

In 90,1% betrug die gluteale Muskelkraft der operierten Extremität 4/5 bis 5/5.

Von allen 130 Patienten waren bei nur zweien die Wunden gerötet, die übrigen 128 Wunden waren reizlos.

74,6% aller 130 Patienten zeigten zum Rehabilitationsabschluß einen unauffälligen neurologischen Befund.

Von den BS-Operierten waren 53,4% neurologisch unauffällig. 24,4% gaben ein Taubheitsgefühl an, 17,2% hatten Parästhesien und 12,1% Paresen.

91,7% der Hüft-TEP-Patienten waren bei Rehabilitationsabschluß neurologisch unauffällig. Jeweils zwei ( je 2,8%) der Patienten hatten Paresen, Parästhesien oder Taubheitsgefühl in der operierten Extremität.

Zusammenfassend kann über den Rehabilitationsabschluß gesagt werden, dass die Patienten mit guten bis sehr guten Ergebnissen entlassen werden konnten.

Die Hälfte aller Patienten war schmerzfrei.

Nur die Hüft-TEP-Patienten verließen die Klinik obligatorischen an UAGST. Das Ergebnis bezüglich der Beweglichkeit der operierten Hüften ist durchweg gut bis sehr gut.

Fast ausnahmslos hatten alle 130 Patienten bei der Entlassung reizlose Wundverhältnisse.

Dreiviertel aller Patienten waren zum Rehabilitationsabschluß neurologisch unauffällig. Bei den BS-Operierten hatten über 50% zum Entlassungszeitpunkt einen komplett unauffälligen neurologischen Befund.

### 3.4.3.6. Sozialmedizin

Sozialmedizinisch wurden bei allen Patienten Daten bezüglich des Familienstandes erhoben. Weiter wurde gefragt, ob der Patient in einer Partnerschaft lebt, ob er berufstätig ist und ob ein Grad der Behinderung (GdB) besteht.

Von den 130 hier untersuchten Patienten waren 68,5% verheiratet, 16,2% ledig, 8,5% geschieden, 1,5% verwitwet und 5,4% haben keine Angaben zum Familienstand gemacht.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Geschlecht und Familienstand ( $\text{Chi}^2=2,117$ ;  $p=0,548$ ). Annähernd gleich viele Männer wie Frauen sind ledig, geschieden oder verwitwet.

Tendenziell kann man sagen, dass etwas mehr verheiratete Männer ( $n=51$ ) als verheiratete Frauen ( $n=38$ ) in diesem Kollektiv sind.

Auch wenn man verheiratet ist, muss man nicht zwingend mit dem Partner zusammenleben oder wenn man geschieden oder ledig ist, kann man trotzdem in einer Partnerschaft leben. Deshalb wurde hier noch genauer nachgefragt.

83,8% der befragten Patienten bejahten, in einer Partnerschaft zu leben. 10% verneinten die Frage und 6,2% beantworteten sie nicht. Zwischen gelebter Partnerschaft und Geschlecht gab es keine nachweisliche Signifikanz ( $\text{Chi}^2=1,433$ ;  $p=0,231$ ). Tendenziell kann auch hier gesagt werden, dass mehr Männer ( $n=61$ ) als Frauen ( $n=48$ ) in einer Partnerschaft leben.

Von den 130 Patienten konnten 121 mal Daten zur Berufstätigkeit erhoben werden; bei 9 Patienten (6,9%) war das nicht möglich.

56,9% der Patienten gaben an erwerbstätig zu sein, 26,2% befanden sich in Altersrente, 7,7% waren arbeitslos; nur 2,3% bezogen EU-Rente oder waren in einer Umschulung.

Die 9 oben genannten Patienten ohne Angabe zur Erwerbstätigkeit sind wahrscheinlich der Kategorie Hausfrau/-mann zuzuordnen.

Von den 56,9% der erwerbstätigen Probanden waren 38,6% in Vollzeit, der verbleibende Rest von 12,4% in Teilzeit beschäftigt.

Bei 122 der 130 untersuchten Probanden konnte eine Aussage zum Grad der Behinderung (GdB) gewonnen werden, bei 8 (6,2%) Probanden nicht. 64,6% hatten keinen GdB. Von den 38 (29,2%) Patienten mit GdB, hatten 16 (12,3%) Patienten eine Höhe von 10 bis 40 GdB, und 22 (16,9%) von 50 bis 100 GdB.



Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den GdB-Kategorien und den Angaben zur Wichtigkeit der Sexualität ( $\text{Chi}^2=0,789$ ; ANOVA Mittelwertsvergleich  $p=0,804$ ).

Es besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen den GdB-Kategorien und dem Parameter, ob der Patient präoperativ Geschlechtsverkehr hatte oder nicht ( $\text{Chi}^2=0,891$ ).

Bezüglich der Sozial- und Berufsanamnese kann zusammenfassend für diese Patienten-Kohorte festgehalten werden:

Der überwiegende Teil (83,8%) der Probanden lebt in einer Partnerschaft, ca. zweidrittel sind dem Familienstatus nach verheiratet.

Über die Hälfte der Probanden ist in Voll- oder Teilzeit erwerbstätig, etwas über ein Viertel der Probanden ist Altersruhegeldempfänger.

Rund zweidrittel der Probanden haben keinen Grad der Behinderung.

Für das verbleibende Drittel lässt sich feststellen: auch dem Patienten mit höherem Grad der Behinderung ist das Thema Sexualität wichtig und er hat Geschlechtsverkehr.

#### 3.4.3.7. Fazit

Die meisten der 130 Patienten mit Hüft- oder Bandscheibenleiden haben Begleiterkrankungen. Die vier häufigsten Begleiterkrankungen sind arterielle Hypertonie, Adipositas, degenerative Arthropathien und cardiale Erkrankungen. Diese Erkrankungen haben eine Dauermedikation zur Folge. Die drei am häufigsten vertretenen Medikamentengruppen sind Antihypertensiva, Analgetika und blutverdünnende Mittel.

Für die BS-Patienten gilt: Sie wurden überwiegend im unteren lumbalen Segment operiert. Die meisten Patienten haben auf Grund der deutlichen Verminderung der neurologischen Symptome von der Operation profitiert. Postoperative Komplikationen waren minimal.

Für die Hüft-TEP-Patienten gilt: Für den Großteil der Patienten war es die erste totalendoprothetische Versorgung einer Hüfte.

Bei rund einem fünftel der Patienten traten postoperative Komplikationen auf. Der überwiegende Teil wurde unmittelbar nach der Operation unter Vollbelastung mobilisiert.

Die meisten der Patienten wurden mit guten bis sehr guten Ergebnissen aus der Rehabilitationsklinik entlassen.

Sozial- und berufsanamnestisch leben die Probanden dieser Kohorte überwiegend in einer Partnerschaft lebend. Die meisten sind erwerbstätig

oder beziehen Altersruhegeld. Der Großteil der Patienten ist nicht durch einen Grad der Behinderung beeinträchtigt.

### 3.5 t2 Responder

Zu den t2 Respondern gehören die 76 Patienten, die sowohl den ersten als auch den zweiten Fragebogen ausgefüllt haben. Die Rücklaufquote, bezogen auf den zweiten Fragebogen, beträgt somit 58,5%.

#### 3.5.1 Alters-, Geschlechts- und OP-Art-Verteilung

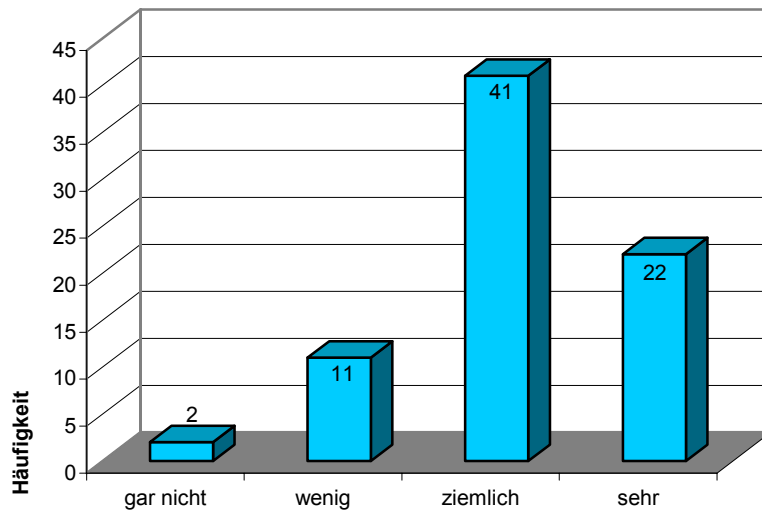
Von den 76 Patienten sind 33 (43,4%) weiblich und 43 (56,6%) männlich. Das mittlere Alter beträgt 52,25 Jahre.

44 dieser Patienten (57,9%) wurden an der Hüfte, 32 (42,1%) an der Bandscheibe operiert. Das heißt, die Geschlechter- und OP-Art-Verteilung in dieser Gruppe ist relativ ausgeglichen.

#### 3.5.2. Sexualverhalten postoperativ

##### 3.5.2.1. „Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität nach der Operation?“

Diese Frage wurde von den insgesamt 76 Patienten zu 82,8% mit ziemlich/sehr beantwortet, 17,1% war das Thema gar nicht /wenig wichtig.



Balkendiagramm 18: Wichtigkeit Sexualität postop., n=76

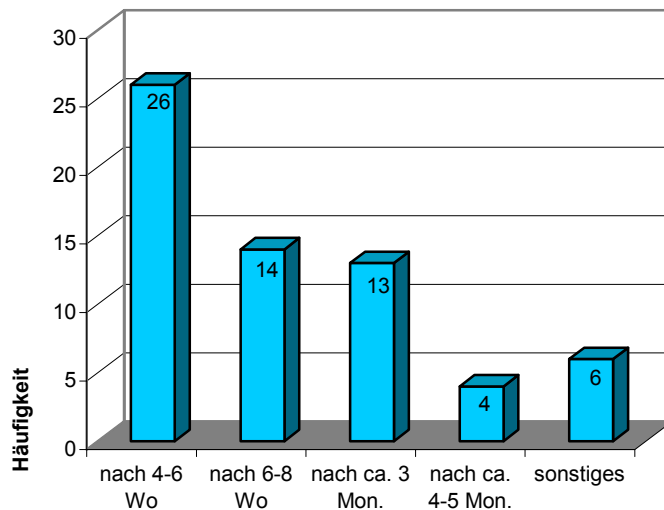
Die Zahlen sind annähernd identisch mit den Zahlen der Antworten zu dieser Frage bezogen auf den präoperativen Zeitraum. Das heißt, den Patienten ist das Thema Sexualität vor und nach der Operation gleich wichtig oder unwichtig.

#### 3.5.2.2. „Haben Sie in dem halben Jahr nach Ihrer Operation Geschlechtsverkehr gehabt?“

Diese Frage wurde von 63 (82,9%) Patienten mit „Ja“ beantwortet, von 13 (17,1%) Patienten mit „Nein“. Auch hier sind die Zahlen annähernd identisch mit den Zahlen bei dieser Frage bezogen auf den präoperativen Zeitraum.

82,4% der Patienten, die postoperativ keinen Beischlaf hatten, verneinten, dass anhaltende Beschwerden trotz der Operation der Grund dafür seien.

Ferner wurden die Patienten, die Beischlaf hatten, gefragt, wann dies das erste Mal nach der Operation war. Von den insgesamt 76 Patienten machten 13 hierzu keine Angaben, weil der Zeitpunkt nicht rememberlich war. Demnach hatten 40 (63,5%) der Patienten innerhalb der ersten 4 bis 8 Wochen nach der Operation wieder Beischlaf. 17 (26,9%) Patienten hatten innerhalb von 3 bis 5 Monaten postoperativ das erste Mal wieder Geschlechtsverkehr. 6 Patienten gaben „Sonstiges“ an, was sowohl bedeuten kann, dass sie früher als 4 Wochen oder später als 5 Monate nach der Operation Beischlaf hatten.



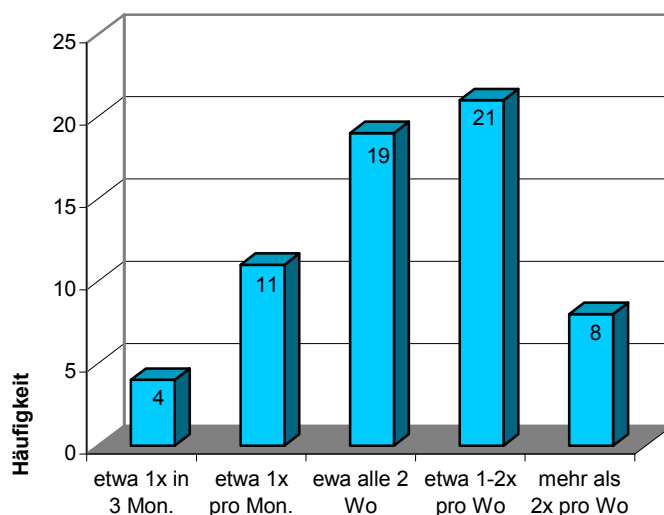
Balkendiagramm 19: Wann postop. wieder Beischlaf? n=63

### 3.5.2.3. Quantität und Qualität der postoperativen Beischlafpraktiken

Wie im ersten Fragebogen wurde auch im zweiten nach der Häufigkeit des Beischlafes gefragt.

Zu dieser Frage fehlt wiederum 13x eine Antwort.

38,1% der Patienten mit postoperativem Geschlechtsverkehr geben eine Häufigkeit von mindestens 1x pro Woche an, 25% sagen, sie hätten etwa alle 2 Wochen Beischlaf, 19,8% geben mit einmal pro Monat und weniger an.



Balkendiagramm 20: Wieoft postop. Sex? n=63

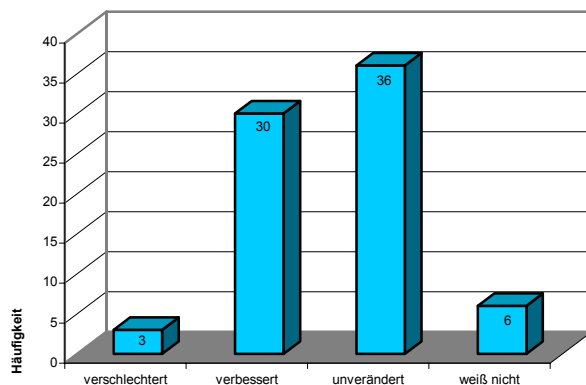
Wie die folgende Tabelle zeigt, ist es postoperativ zu einer quantitativen Abnahme von Geschlechtsverkehr in der Zeile „alle 2 Wochen“, zu einer Zunahme in der Zeile „mindestens 1x/Woche“ gekommen. Im Bereich „1x/Monat und weniger“ sind die Zahlen fast gleich.

Wie oft Sex?	präoperativ	postoperativ
mind. 1x/Wo	27,7%	38,1%
alle 2 Wo	30%	25%
<= 1x/Mon	20%	19,8%
keine Angabe	22,3%	17,1%

Tab. 25: Häufigkeit Sex prä- und postop.

Die Frage, ob die Patienten in Bezug auf das Sexualleben von der Operation profitiert hätten, wurde fast gleich häufig mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet. 43,4% haben von der Operation diesbezüglich profitiert. 42,1% nicht ( 14,5% haben keine Angabe gemacht).

Ferner wurden die Patienten gefragt, ob sich die Qualität des Sexuallebens durch die Operation geändert habe. Sie konnten hier zwischen den Antworten „verschlechtert“, „verbessert“, „unverändert“ und „weiß nicht“ wählen.



Balkendiagramm 21: Einfluss der OP auf Sexualleben, n=75

Der größte Teil, fast die Hälfte der Patienten (48%), empfand die Qualität des Sexuallebens nach der Operation unverändert. Immerhin 40% empfanden es als qualitativ verbessert. Kaum einer gab an, es habe sich verschlechtert und nur wenige wussten es nicht.

Ebenso gering fiel die Beantwortung des Fragenkomplexes aus, der nachfragte, welche Schwierigkeiten postoperativ aufgetreten seien. Die Patienten konnten zwischen den Antworten „Schwierigkeiten mit der Lage“, „Schmerzhaftigkeit“, „Angst, dass Beschwerden wieder auftreten“, „Durchführungsschwierigkeiten“, „Geringes Vertrauen in mich selbst“, „Probleme mit der Partnerin/dem Partner“ und „anderen“, bisher nicht aufgeführten Schwierigkeiten wählen. Mehrfachnennungen waren erlaubt. Nur acht- bis maximal zwölf mal wurde eine Kategorie überhaupt angekreuzt. Dies ist erklärbar dadurch, dass kaum Patienten (n=9) angegeben haben, dass sich die Qualität ihres Sexuallebens nach der Operation verschlechtert hätte, beziehungsweise erklärten, dass sie dies nicht wüssten. Sofern eine Aussage bei dieser geringen Antwortzahl getroffen werden kann, sind es die anhaltenden Schmerzen und/oder die Angst vor Beschwerdenwiederkehr, die eine negative Beeinflussung bewirken.

Verständlicherweise wurde um so häufiger der Fragenkomplex beantwortet, der sich damit beschäftigte, was zur postoperativen Verbesserung geführt haben könnte. Hier konnte der Patient zwischen den Antworten „Weniger/keine Schmerzen“, „Bessere Beweglichkeit“, „Erhöhtes Lustempfinden“, „Fühle mich wieder gesund“ und „Sonstiges“ wählen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	6	7,9	15,8	15,8
	wenig	9	11,8	23,7	39,5
	ziemlich	11	14,5	28,9	68,4
	sehr	12	15,8	31,6	100,0
	Gesamt	38	50,0	100,0	
Fehlend	-88	38	50,0		
Gesamt		76	100,0		

Tab. 26: postop. weniger/keine Schmerzen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	3	3,9	8,1	8,1
	wenig	5	6,6	13,5	21,6
	ziemlich	18	23,7	48,6	70,3
	sehr	11	14,5	29,7	100,0
	Gesamt	37	48,7	100,0	
Fehlend	-88	39	51,3		
Gesamt		76	100,0		

Tab. 27: postop. Bessere Beweglichkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	7	9,2	28,0	28,0
	wenig	7	9,2	28,0	56,0
	ziemlich	9	11,8	36,0	92,0
	sehr	2	2,6	8,0	100,0
	Gesamt	25	32,9	100,0	
Fehlend	-88	51	67,1		
Gesamt		76	100,0		

Tab. 28: postop. Erhöhtes Lustempfinden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gar nicht	4	5,3	12,5	12,5
	wenig	3	3,9	9,4	21,9
	ziemlich	15	19,7	46,9	68,8
	sehr	10	13,2	31,3	100,0
	Gesamt	32	42,1	100,0	
Fehlend	-88	44	57,9		
Gesamt		76	100,0		

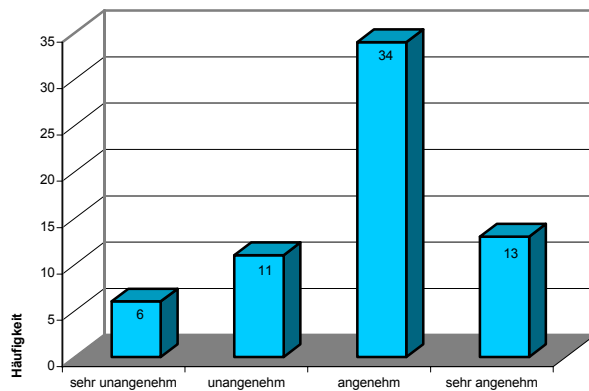
Tab. 29: postop. Gefühl, gesund zu sein.

Führend bei den angegebenen Gründen, die zur Verbesserung beigetragen haben, ist die bessere Beweglichkeit (78,3% kreuzten hier ziemlich bis sehr an), gefolgt von dem Gefühl, wieder gesund zu sein (78,2% kreuzten hier ziemlich bis sehr an), weniger/keine Schmerzen zu haben (60,5% kreuzten hier ziemlich bis sehr an) und/oder mehr Lust zu empfinden (44% kreuzten hier ziemlich bis sehr an).

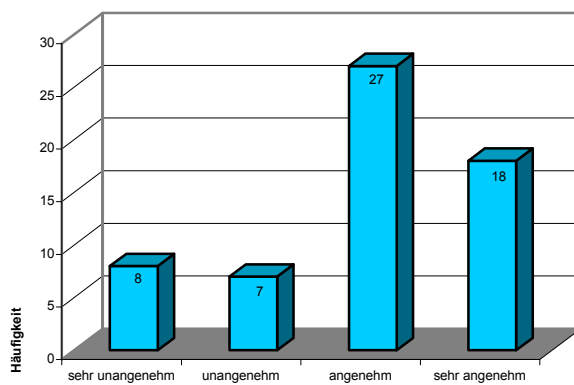
#### 3.5.2.4. Stellungen beim Beischlaf postoperativ

Wie im ersten Fragebogen konnten die Patienten in diesem Fragenkomplex angeben, wie angenehm die Stellungen „Mann oben“, „Frau oben“, „Nebeneinander“ und „Von hinten“ beim

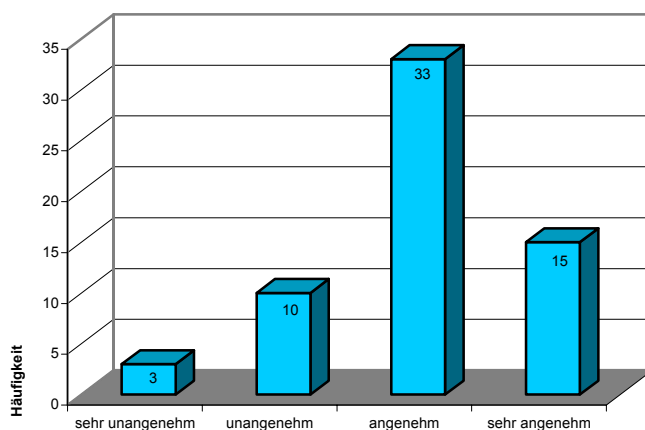
Geschlechtsverkehr für sie im halben Jahr nach der Operation waren. 64 Patienten haben zu diesem Fragenkomplex Angaben gemacht, 12 nicht.



Balkendiagramm 22: Postop. Stellung „Mann oben“, n=64

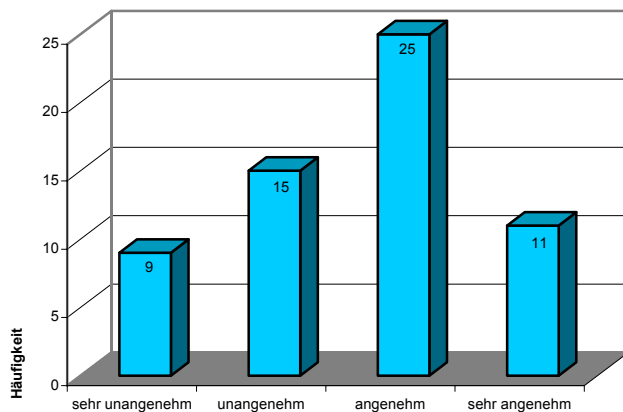


Balkendiagramm 23: postop. Stellung „Frau oben“, n=60



Balkendiagramm 24: postop. Stellung „Nebeneinander“, n=61





Balkendiagramm 25: postop. Stellung „Von Hinten“, n=60

Insgesamt wurden postoperativ alle vier Stellungen überwiegend als angenehm bis sehr angenehm empfunden („Mann oben“ 73,4%, „Frau oben“ 75%, „Nebeneinander“ 78,7% und „Von hinten“ 60%).

Stellungen	angenehm bis sehr angenehm	
	praeoperativ	postoperativ
„Mann oben“	71,5%	73,4%
„Frau oben“	69,7%	75%
„Nebeneinander“	65,7%	78,7%
„Von hinten“	56,1%	60%

Tab. 30: Stellungen prae-/ postop.

Im Vergleich prä- zu postoperativ zeigt die oben aufgeführte Tabelle, dass generell alle vier Stellungen häufiger als angenehm empfunden wurden. Annähernd gleich ist das Ergebnis für die Stellungen „Mann oben“ und „Von hinten“. Tendentiell wird die Stellung „Frau oben“ als postoperativ angenehmer empfunden. Am deutlichsten ist jedoch der Unterschied bei der Stellung „Nebeneinander“.

Signifikant ist dieses Ergebnis nicht. Der U-Test nach Wilcoxon bezieht sich auf die Probanden, die in beiden Fragebögen Angaben zu der entsprechenden Stellung gemacht haben.

Stellungen prae-/postop.	Asymptomatische Signifikanz (2-seitig)	Z
„Mann oben“	0,569	-0,570
„Frau oben“	0,835	-0,208
„Nebeneinander“	0,128	-0,871
„Von hinten“	0,871	-0,162

Tab. 31: Signifikanzen Stellungen prae- /postop.

Auch bezogen auf den Mittelwert zeigt sich keine Signifikanz. Eine Tendenz ist nur bei der Stellung „Nebeneinander“ ( $p=0,128$ ) zu erkennen.

Der Wilcoxon-Test wurde in Bezug auf die Stellungen getrennt für Frauen und Männer angewendet. Es zeigt sich keine Signifikanz.

Stellungen prae-/postop.	Asymptomatische Signifikanz (2-seitig)	
	Frauen	Männer
„Mann oben“	0,640	0,712
„Frau oben“	0,405	0,417
„Nebeneinander“	0,167	0,527
„Von hinten“	0,562	0,248

Tab. 32: Signifikanzen Stellungen prae-/postop je nach Geschlecht

Eine Tendenz für die Stellung „Nebeneinander“ ist nur bei den Frauen zu erkennen ( $p=0,167$ ).

Weiterhin wurde untersucht, ob ein signifikanter Unterschied bei den vier Stellungen prä- und postoperativ vorlag, nur auf die Patienten bezogen, die angaben, von der Operation in Bezug auf ihr Sexualleben profitiert zu haben. Es zeigt sich keine Signifikanz. Jedoch für die Stellung „Mann oben“ ist das Ergebnis nur knapp nicht signifikant ( $p=0,056$ ).

Ob signifikante Unterschiede bezüglich der Stellungen vorliegen, wurde bei den Patienten nachgesehen, die angegeben hatten, dass sich ihr Sexualleben postoperativ verbessert habe. Auch hier liegt kein signifikantes Ergebnis vor. Jedoch für die Stellung „Nebeneinander“ ist das Ergebnis nur knapp nicht signifikant ( $p=0,059$ ).

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Allgemein werden alle vier Stellungen postoperativ häufiger als angenehm vom Patienten empfunden. Einen signifikanten Unterschied zwischen den prä- und postoperativ gemachten Angaben kann nicht festgestellt werden.

#### **4. DISKUSSION**

Die Natur hat der Sexualität einen hohen Stellenwert eingeräumt. Zwar können wir ohne Sex leben – anders als beim Verzicht auf Essen und Trinken, aber Überleben kann unsere Art ohne Sex nicht. Die Fortpflanzung ist nun mal an den Geschlechtsverkehr zwischen Frau und Mann gekoppelt.

Deshalb hat die Natur die Sexualität durch Lust und Spaß, durch Verlangen und Trieb gesichert. Neben der reproduktiven Funktion und deren sichernden Lustfunktion ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Sexualität die Kommunikation. Der Verzicht auf Sexualität ist daher nur unter besonderen Lebensumständen zu verstehen.

Ursachen von sexuellen Störungen, wie Appetenz-, Erregungs-, oder Orgasmusstörungen, und Ursachen für den Verzicht auf Sex können funktionell-psychisch, organisch oder substanzinduziert, das heißt medikamentös bedingt sein (8).

Im Zeitraum Januar bis Dezember 2007 wurden in zwei konservativen orthopädischen Rehabilitationskliniken 349 Patienten, die ein totalendoprothetisches Hüftgelenk implantiert bekommen hatten oder an einer lumbalen Bandscheibe operiert worden waren, aufgefordert zu ihrem prä- und postoperativem Sexualverhalten Angaben zu machen. Immerhin knapp drei Viertel der angesprochenen Patienten haben sich noch während des Rehabilitationsaufenthaltes zu ihrem Sexualleben geäußert.

Die Resonanz allgemein kann von der Studienleiterin als überraschend positiv beschrieben werden.

Ausschlaggebend dafür, ob ein Patient den Fragebogen ausfüllte oder sich überhaupt gesprächsbereit zeigte, war die Art, wie der Fragebogen verteilt wurde. Konnte dies im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit einleitenden und erklärenden Worten erfolgen, war das Interesse von Seiten des Patienten meist geweckt. Rund 20 Patienten suchten die Sprechstunde der Studienleiterin auf, nachdem sie von der Studie erfahren hatten. Dass in diesen Gesprächen entgegen gebrachte Vertrauen war erstaunlich. Es wurde zum Beispiel von Missbrauch – gerade auch in der Nachkriegszeit- berichtet. Männer beklagten Erektionsstörungen oder Potenzverlust und fragten nach Behandlungsmöglichkeiten; viele wollten ganz konkrete Tipps zu Sexualpraktiken, Stellungen und Hilfsmitteln. Ein regelmäßiger Bordellbesucher erfragte, welche Anweisungen er der Prostituierten geben müsse, damit seiner neuen Hüfte nichts passiert. Zusammenfassend kann aus den objektiven Zahlen dieser Studie und der subjektiv erfahrenen Resonanz der Studienleiterin festgestellt werden, dass bei adäquater Ansprache des Patienten keine Tabuisierung des Themas besteht. Patienten mit Leidensdruck im Sexualleben sind dankbar, wenn sie dazu angesprochen werden.

Gehäuft wurde von Patienten geäußert: „Schön, dass sich endlich einer dieses Themas annimmt!“ oder „Ich hätte ja schon mal gefragt bei der Visite, aber ich habe mich nicht getraut.“. Wobei erwähnt werden muss, dass sich der Inhalt der Gespräche nicht ausschließlich auf das Sexualverhalten im Zusammenhang mit der gerade durchgeführten Operation bezog. Wahrscheinlich wäre hier eine Gesprächsbewertung durch eine/n versierte/n Sexualmediziner/in aufschlussreich gewesen. Die Bandbreite der die Sexualität eines Menschen betreffenden Probleme ist breit gefächert und nur in seltenen einfachen Fällen unicausal.

Circa die Hälfte der wieder abgegebenen ersten Fragebögen sind nicht komplett ausgefüllt worden, sondern nur die Fragen 14 und eventuell 15 beantwortet. Diese Gruppe wurde als drop out deklariert. In deutlicher Mehrheit waren hier weibliche Patienten des höheren Lebensalters nach Hüft-TEP-Implantation ohne Sexualpartner. Sie gaben an, verwitwet zu sein.

Da die Indikation zum endoprothetischen Hüftgelenksersatz meist in den höheren Altersdekaden gestellt wird, treffen wir hier in der Rehabilitation überwiegend auf den älteren Patienten. Demographisch betrachtet finden sich in dieser Gruppe mehr Frauen als Männer, da diese eine höhere Lebenserwartung haben. Konsequenterweise muss dann auch die Anzahl der Witwen höher sein.

Nicht alle Witwen müssen keinen Sexualpartner mehr haben. Dies zuzugeben, fällt den Frauen durch eigene, generationsbedingte

Moralvorstellungen schwer. In wenigen Fällen und in sehr vertrauter Gesprächsatmosphäre, gab die eine oder andere Witwe durchaus zu, ein Verhältnis mit dem zum Beispiel ebenfalls verwitweten Nachbarn zu haben. Man tröste sich so zu sagen, aber das dürfe keiner wissen, schon gar nicht die Kinder. Außerdem wolle man seinem verstorbenen Ehepartner - zumindest nach außen hin - die Treue halten.

Andererseits verändert sich im Alter das Verhältnis zur Sexualität. Studien zeigen eine Abnahme von sexuellem Interesse und sexueller Aktivität im zunehmendem Alter. Für dies Verhalten wird meist das Alter allein verantwortlich gemacht (Alterseffekt; der am zweit häufigsten genannte Grund der Patienten des drop out war: "Ich halte mich zu alt für dieses Thema."). Mehrere Studien weisen jedoch darauf hin, dass unabhängig vom Alter die Partnerschaftsdauer einen verminderten Einfluss auf das sexuelle Interesse und die sexuelle Aktivität haben (15). Ferner soll die sexuelle Zufriedenheit sich in den höheren Lebensabschnitten nur wenig verändern, aber da die sexuelle Aktivität abnimmt, gewinnen andere Faktoren an Bedeutung. In Untersuchungen haben sich hier vier entscheidende Dimensionen herauskristallisiert: sexuelle Selbstkenntnis, sexuelle Selbstbestimmung, Kommunikation in der Partnerschaft und sexuelle Identität (13). So berichten ältere Studienteilnehmer, dass sich „das“ eben geändert hätte. Es käme jetzt nicht immer zum Geschlechtsverkehr, aber Lust auf Kuscheln, Streicheln und so, hätten sie schon noch. „Das“ ist nicht vorbei, man sei anders zufrieden.

Der ältere Patient ist aber auch multimorbider und wenn nicht er selbst, dann mit hoher Wahrscheinlichkeit sein Partner. Das heißt, mit dem Alter steigt die Zahl der Begleiterkrankungen und damit deren notwendigen Therapiemaßnahmen, zum Beispiel in medikamentöser Form. So nehmen die organischen und/oder substanzinduzierten Ursachen bei sexuellen Störungen zu.

Auch hier ein Gesprächszitat mit einer Hüft-TEP-Patientin: "Ich würde ja gerne noch, aber mein Partner ist schwer herzkrank."

Für die Patienten des drop out stellen sich kaum Fragen bezüglich ihres Sexualverhaltens und ihrer durchgeführten Operation. Sollten sie überhaupt noch einen Sexualpartner haben, spielen die Probleme der Operation auf ihr Sexualverhalten eine untergeordnete Rolle.

Andere Dinge sind da von größerer Bedeutung.

Bei den Patienten, die den ersten Fragebogen komplett ausgefüllt abgegeben haben, hatte die Mehrheit mindestens all zwei Wochen Beischlaf und trotz des Rücken- oder Hüftleidens Praktiken gefunden, die einen genussvollen Beischlaf ermöglichten. Das mag unter anderem

daran liegen, dass der Großteil der Patienten angegeben hat, häufig bis jederzeit über Wünsche/Probleme beim Sex mit der Partnerin/dem Partner reden zu können. Ist ein Kommunikationsaustausch zwischen den beiden Sexualpartnern möglich, lassen sich zum Beispiel Schwierigkeiten bei der „Lage“ besprechen und eventuell kreativ abändern. So könnte – zumindest in der Theorie – das bestehende Grundleiden in einer funktionierenden Partnerschaft gemindert werden. Vielleicht werden so eingefahrene Praktiken belebt; angelehnt an das Sprichwort: „Not macht erfinderisch!“.

So geben die Probanden eine höhere subjektive Bedeutung der Sexualität an, die berichten, sie könnten offen mit der Partnerin/dem Partner über Sex sprechen. Das heißt, wenn die Partner über sexuelle Probleme und Wünsche miteinander reden können, bleiben Verlangen, Freude und Leidenschaft erhalten.

Schwieriger ist die Problematik der Schmerzhaftigkeit, die primär zu Lustlosigkeit und Libidoverlust führen kann. Sie ist führend bei den Angaben der Ursachen für die Qualitätseinbuße beim Sex. Frauen leiden stärker unter den Schmerzen ihres Grundleidens in Bezug auf Sex als Männer. Auch gehören mehr Frauen zu der Gruppe von knapp zwei Drittel der Patienten, die sich durch ihr Hüft- oder Rückenleiden in ihrem Sexualverhalten beeinflusst fühlen. Allerdings gibt ein männlicher BS-Patient an, Sex sei bei ihm das beste „Schmerzmittel“, es helfe sogar bei Zahnschmerzen. Dieser Patient scheint nicht nur über eine wirkungsvolle Endorphinausschüttung zu verfügen, sondern seine Libido nimmt durch die Schmerzen nicht ab. Knapp 50% der Patienten nehmen präoperativ Analgetika ein. Die überwiegende Mehrheit wird nach der Rehabilitation schmerzfrei und ohne Einnahme von Analgetika aus der Rehabilitationsklinik entlassen. Somit muss ein das Sexualleben negativ beeinflussender Faktor postoperativ gemindert sein.

Die Patienten möchten von ihrer Ärztin/ihrem Arzt mehr Aufklärung zum Thema Sexualverhalten nach der Operation. Es interessiert sie, ab welchem Zeitpunkt Beischlaf erlaubt ist und ob bestimmte Stellungen zu vermeiden sind.

Diese Aufklärung wird auch von der/dem behandelnden PhysiotherapeutIn gewünscht.

Auch der Aufklärung und Beratung durch PsychologIn wird eine hohe Bedeutsamkeit beigemessen. Hier liegt der Verdacht nahe, dass eine Beeinflussung des Sexuallebens nicht ausschließlich durch das orthopädische Grundleiden vorliegt. Was sich die Patienten durch eine

psychologische Beratung erhoffen, ist in dieser Studie nicht untersucht worden. Vermutungen können angenommen werden: Vielleicht erhoffen sich die Patienten eine sexualmedizinische Therapiemöglichkeit von der Berufsgruppe der PsychologIn.

Zu den Aufgaben der Sexualmedizin gehört die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen der Sexualität. Diese können die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten (auch infolge von Krankheiten und/oder deren Behandlung), sowie die geschlechtliche Identität betreffen und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sein (3).

Erstaunlich selten wurde eine Beratung durch GynäkologIn oder UrologIn gewünscht. Zur Diskussion steht, ob diese FachärztIn nur bei rein organischen Funktionsstörungen vom Patienten aufgesucht werden.

In einer Internetumfrage zum „Sexualverhalten in der deutschsprachigen Schweiz“ an 6 350 Probanden gaben 20% an, häufig sexuelle Probleme zu haben. 12% litten stark oder sehr stark darunter und 2,1% sind deshalb in Behandlung (24).

Sexualität entzieht sich einem einseitigen Definitionsbegriff. Als eine biologisch, psychologisch und sozial determinierte Erlebnisdimension des Menschen ist sie in ihrer individuellen Ausgestaltung von biologischen Faktoren und von der lebensgeschichtlichen Entwicklung abhängig. Für den Patienten ist es aufgrund des biopsychosozialen Verständnisses des Sexuallebens schwer zu entscheiden, an wen er sich bei Problemen wenden soll.

Bei Beratungsgesprächen sollte im Idealfall berücksichtigt werden, dass Frauen lieber mit Frauen sprechen. Wie diese Studienergebnisse zeigen, ist Männern das Geschlecht des Gesprächspartners nicht wichtig.

Die eingeschränkte Beweglichkeit, das Auftreten von Schmerzen, beziehungsweise das Zurechtkommen mit der fortschreitenden Gelenkverformung, können die Sexualität beeinflussen. Ob sich diese Faktoren auf Stellungspraktiken beim Sex auswirken, wurde prä- und

postoperativ untersucht. Frauen bevorzugen vor der Operation nicht eindeutig eine oder mehrere Stellungen; weder das Hüft- noch das Bandscheibenleiden ändert das.

Männer finden generell eher alle Stellungen als angenehm. Nur der männliche BS-Patient ist präoperativ nicht so gerne in der Position „Mann oben“. Dies ist durch die eingeschränkte LWS-Beweglichkeit vor der Operation nachvollziehbar.

Studien zeigen, dass bei Patientinnen ein dramatischer Anstieg der Appetenzprobleme (=anhaltende und deutliche Minderung des sexuellen Verlangens; reicht bis Aversion, Ekel) erkennbar ist. Bei den Männern sind Erektionsstörungen bei Sexualproblemen führend (26). Vielleicht ist die Lustlosigkeit bei Frauen ursächlich dafür, dass sie sich nicht für eine oder mehrere Stellungen beim Sex begeistern können. Bei Männern sind Versagensangst und Leistungsdenken im Sexualverhalten nicht zu unterschätzen. Fundiert werden sie durch bestimmte Sexual-Mythen: „Männer können und wollen jederzeit“ oder „Echte Männer haben keine sexuellen Probleme“ (31). So ist nicht auszuschließen, dass die Männer in dieser Studie Fragen so beantwortet haben, wie sie meinen, dass es von ihnen erwartet wird. Die Psychologie nennt dieses Phänomen „Soziale Erwünschtheit“.

Wie sich durch die Studie belegen lässt, hat sich bei 40% der Patienten das Sexualleben qualitativ verbessert. Nach der Operation haben die Patienten häufiger Geschlechtsverkehr als vorher und empfinden alle vier aufgeführten Stellungen häufiger als angenehm. Signifikante Unterschiede bezüglich der Stellungen beim Geschlechtsverkehr vor und nach der Operation können nicht festgestellt werden. Es können nur Tendenzen beschrieben werden. Wie angenehm oder unangenehm eine bestimmte Stellung beim Beischlaf empfunden wird, ist nicht durch einen objektiven Parameter zu verschlüsseln. Auch wäre dieser Parameter nicht über einen längeren Zeitraum, wie zum Beispiel hier über ein Jahr, konstant.

Die Vorliebe für eine Stellung beim Geschlechtsverkehr ist nicht ausschließlich von der Beweglichkeit der Hüft- und/oder Lendenregion abhängig.

Die Patienten berichten, dass sich ihr Sexualleben nach der Operation verbessert habe; nicht nur weil sie sich besser bewegen könnten, sondern auch, weil sie sich wieder gesund fühlten und weniger Schmerzen hätten.

Dass sich die Sexualität eines Patienten nach einer Rehabilitation positiv verändert hat, kann nur in orthopädischen Reha-Einrichtungen



festgestellt werden.

Eine Verbesserung im Sexualleben nach Rehabilitationsabschluß geben onkologische, pneumologische und psychosomatische Patienten signifikant weniger an als orthopädische. Dies zeigt eine Studie mit 1 472 Patienten an 19 Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Ausrichtung (7).

Nicht untersucht werden konnte, ob eine frühe postoperative sexuelle Aktivität ein erhöhtes Risiko für Komplikationen, zum Beispiel Hüftluxationen, birgt. Kein Patient erwähnt im zweiten Fragebogen eine nach Rehabilitation aufgetretene Komplikation, so dass zu praktizierter Sexualität geraten werden kann.

Der Einfluss von Medikamenten auf die sexuellen Funktionen ist schwer abschätzbar. Die Induktion einer medikamentös bedingten Störung ist möglich bei:

^ Medikamenten mit renaler und kardiovaskulärer Wirkung, die teils auf periphere, teils auch auf zentrale Neurotransmissionmechanismen einwirken;

^ Psychopharmaka mit primärer Wirkung auf die zerebrale Neurotransmission und

^ verschiedenartige Pharmaka mit endokriner Wirkung (3).

Bestimmte Medikamente ermöglichen aber erst ein aktives Sexualleben, zum Beispiel Analgetika. Auch die Einnahme bestimmter Psychopharmaka ermöglicht manchem Patienten erst ein Erleben von Sexualität.

Gut zwei Drittel der hier befragten Patienten hat Begleiterkrankungen und bedarf einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme. Ein Einfluss auf das Sexualverhalten ist wahrscheinlich, aber nicht nachgewiesen worden.

Den Patienten mit einem Grad der Behinderung, egal in welcher Höhe, ist Sexualität genauso wichtig wie den Patienten ohne einen Grad der Behinderung.

Diese erst genannten Patienten geben nicht häufiger an, keinen Geschlechtsverkehr zu haben.

So zeigt diese Studie:

Das Thema Sexualität ist den Hüft-TEP- und BS-Patienten in der Rehabilitation wichtig.

Bei adäquater und sensibler Ansprache findet sich eine Gesprächsbereitschaft und ein Aufklärungsbedürfnis von Seiten des Patienten. Das Thema ist kein Tabu.

Für Patienten, die in einer intakten Partnerschaft leben, ist es nicht unmöglich, trotz ihres Hüft- oder Bandscheiben- Leidens, befriedigende Sexualpraktiken zu finden.

Gerade von dem nicht selten multimorbiden orthopädischen Patienten wird eine Sexualberatung erwünscht, denn

## ***Liebe ohne Leiden***

ist möglich!

## **5. EMPFEHLUNGEN**

In Anlehnung an die Broschüre der Deutschen Rheuma Liga „Leben und Lieben mit Rheuma“ (10) und diese Studie können folgende Empfehlungen und Anregungen für Patienten nach einer Hüft-TEP-Implantation oder einer lumbalen Bandscheiben-Operation gegeben werden:

= In den ersten vier Wochen nach der Operation sollten Sie noch besonders vorsichtig sein und sich beim Beischlaf eher passiv verhalten.

=Sie haben in der Rehabilitation gelernt, welche Bewegungen Sie für wie lange vermeiden sollten. Dies bezieht sich auf die alltäglichen Verrichtungen, wie Bücken, Heben, auf welcher Seite schlafen, wie lange sitzen, ob die Beine übereinander geschlagen oder gespreizt werden dürfen, u.a.m.. Wenden Sie diese Regeln auch auf Ihre Bewegungen beim Geschlechtsverkehr an.

=Trennen Sie sich dabei ruhig von bisherigen oder immer schon durchgeführten sexuellen Praktiken. Versuchen Sie etwas Neues, aber spielerisch und ohne Erfolgszwang.

=Sprechen Sie mit Ihrem Partner offen über Ihre Wünsche und Empfindungen. Geheime Wünsche gehen selten in Erfüllung!

=Lassen Sie Ihren Partner wissen, was Ihnen im Augenblick am angenehmsten ist.

=Vereinbaren Sie klare, einfache Signale, damit Ihr Partner schnell erkennt, wenn Ihnen etwas Schmerzen bereitet oder Angst macht.

=Trennen Sie sich von der Vorstellung, guter Sex müsse immer ungeplant und möglichst spontan sein. Bereiten Sie sich, Ihren Partner und Ihre Umgebung vor.

=Nehmen Sie Ihre schmerzlindernden Medikamente so ein, dass der Zeitpunkt der maximalen Wirksamkeit mit Ihren sexuellen Aktivitäten zusammenfällt.

=Legen Sie genügend Kissen in greifbare Nähe, sie können bei bestimmten Stellungen zur Entlastung, z.B. des Rückens eingesetzt werden.

=Benutzen Sie ein Gleitgel, denn häufig macht die Einnahme von Arzneien die Schleimhäute trocken.

=Wählen Sie primär stets die für Sie angenehmen Positionen, die Ihr Hüftgelenk oder Ihre Lendenwirbelsäule nicht belasten und in denen Sie sich wohl fühlen. Vermeiden Sie Stellungen, aus denen Sie sich nur schwer lösen können, wenn Schmerzen auftreten.

=Lassen Sie Ihren Partner den größten Teil körperlicher Aktivität vollbringen, wenn Sie dazu noch nicht in der Lage sind.

=Verwenden Sie mit Ihrem Partner ruhig anregende Literatur. Zum Beispiel schauen Sie sich gemeinsam den im normalen Buchhandel

erhältlichen „Kama sutra, Liebesstellungen für Sie und Ihn“, Anne Hooper, DK Verlag, an. Überlegen Sie dann gemeinsam, welche Stellungen für Sie angenehm, schmerzfrei und auch lustvoll sein können.

=Neben dem Geschlechtsverkehr gibt es noch viele andere Wege zur sexuellen Befriedigung und Entspannung. Vielleicht probieren Sie den Gebrauch von mechanischen oder stimulierenden Hilfsmitteln aus.

Richtig ist, was beiden Partnern Spaß und Lust bereitet.

= Werden Sie erfinderisch!

=Sprechen Sie bei weiteren Fragen mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt !

## 6. LITERATURVERZEICHNIS

- 1.) Ast T. Hofer A. Schietsch U. Merk H. Klinische und radiologische Langzeitergebnisse nach offener lumbaler Diskotomie, eine Nachuntersuchung nach mehr als 20 Jahren. Rez in: Orthop Praxis 07/2005:S333
- 2.) Bailey N (2006). Kamasutra heute. Südwest, München: S9
- 3.) Beier Bosinski Loewit. Sexualmedizin 2. Auflage. Urban & Fischer (2005): S1
- 4.) Casper W (1977). A new surgical procedure for lumbar disc herniation. Advanc Neurosurg 4: S74
- 5.) Charnetski C. Rez in: Die Heilkraft von Liebe und Leidenschaft. Zeit Wissen 05/2007: S17
- 6.) Couch J. Oklahoma City. Rec in: P.M. 03/2007
- 7.) Deck R. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET): Praxis, klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 76, 2007: S113-120
- 8.) Delisle Haselbacher Weissenrieder. Schluss mit Lust und Liebe. Reinhardt, 2003, München: S31
- 9.) Druckerman P (2007). Lust in Translation. The rules of infidelity from Tokio to Tennessee. B&T. Penguin USA. Rez in: Focus 32/2007: S100-103
- 10.) Engel J-M (1999). Rheuma – das Ende von Lust und Liebe?. Bremer Arztejournal 52: S6-8
- 11.) Heisel J. Dynamische Hüftorthese zur Behandlung der postoperativen Instabilität nach Hüft-TEP. Rez in: Orthop Praxis 08/2006: S 493
- 12.) Heisel J. Frührehabilitation nach lumbaler Nukleotomie. Rez in: Orthop Praxis 01/2005: S7-14
- 13.) Hornung Buddeberg Bucher. Sexualität im Wandel. Zürich (2004): S204ff
- 14.) Jerosch J. Theising C. Fayaz HC. Minimalinvasive Hüftendoprothetik in der ALMI-Technik. Rez in: Orthop Praxis 11/2005: S575
- 15.) Johnson A. Wadsworth J. (1994). Heterosexual Practices. Wellings & Field. Oxford Blackwell: S145-182
- 16.) Junge-Kiel H. (1951). Ursachen und Behandlung von Fehlergebnissen bei lumbalen Bandscheibenoperationen. Langenbecks Arch Dtsch Z Chir 267: S473-478
- 17.) Kast E. Antoniadis G. Richter HP (2000). Epidemiologie von Bandscheibenoperationen in der BRD. Zentralbl Neuroch 61: S7-13
- 18.) Kast E. Mohr K. Richter HP. Börm W. Ergebnisse der alleinigen Sequestrektomie bei lumbaler Bandscheibenoperation. Rez in: Der Orthop 09/2005: S931-937
- 19.) Krämer J. (1997). Bandscheibenbedingte Erkrankungen. 4. Aufl. Thieme. Stuttgart

- 20.) Mixer WJ. Barr JS (1934). Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. N Engl J Med 211:S210
- 21.) Platon. Das Gastmahl (Symposion 9. 380 v. Chr.). Übersetzung F.D.E. Schleiermacher 1807
- 22.) Rahl J. Graf R. Die Implantation von Hüftgelenksendoprothesen bei jungen Erwachsenen unter 35 Jahren. Rez in: Orthop Praxis 12/2005:S650
- 23.) Raussen W. Ziehner L. (2003). Endoprothese und Sport. Rez in: Sport Orthop Traumatol 19/2003:S207-213
- 24.) Schifftan D. (2007). Internetumfrage "Das Sexualverhalten in der deutschsprachigen Schweiz". Universität Fribourg
- 25.) Schmid-Kloss G. (2006). Glückliche Partnerschaft bis ins Alter. Rez in: JFP 01/2007
- 26.) Schmidt G. (1996). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. Sigusch (Hrsg)
- 27.) Schmorl G. Junghans H (1951). Die gesunde und die kranke Wirbelsäule in Röntgenbild und Klinik. Thieme, Stuttgart
- 28.) Vatsyayana. Kamasutra. Kommentierte Neuübersetzung aus dem Sanskrit (2002). Doninger Kaskar. Fischer, Frankfurt am Main
- 29.) Vrissimtzis NA (1997). Liebe, Sex und Ehe im antiken Griechenland. Übersetzt von Cheralambidon R. (Hrsg), Griechenland
- 30.) Zeiler G. Schuh A. Die Arthrodesis des Hüftgelenkes und ihre Remobilisation. Rez in: Der Orthop 08/2004:S939-955
- 31.) Zilberfeld B. (1994). Die neue Sexualität der Männer. Tübingen. dgvt

## **7. DANKSAGUNG**

Herrn Prof. Dr. med. B. Greitemann, Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland Bad Rothenfelde, danke ich für die freundliche Überlassung dieser Arbeit und die wertvollen Hinweise zu ihrer Bearbeitung.

Herrn Dr. med. H. Stabel, Ärztlicher Direktor der Dörenberg-Klinik Bad Iburg, danke ich für die Idee zu diesem Thema.

Herrn Dr. med. F. Jäkel, Leitender Arzt der Dörenberg-Klinik Bad Iburg, danke ich für sein stetes Werben beim Patienten für die Teilnahme an dieser Studie.

Frau C. Büschel aus der Forschungsabteilung der Klinik Münsterland danke ich für die Unterstützung, nicht nur in statistischen Fragen, sondern auch in der Organisation und Durchführung der Studie.

Frau V. Ziesche´ und ihrem Mann Herrn Dr. med. Ziesche´ aus Bad Essen danke ich für das konsequente und genaue Korrekturlesen und für ihre überaus freundliche Hilfsbereitschaft.

Ein Dank geht an alle Kollegen, die mitgeholfen haben, den Fragebogen an die Patienten zu verteilen.

Bedanken möchte ich mich bei Frau P. Sieker und ihrem IT-Team aus der Dörenberg Klinik, die mir die Möglichkeiten des PCs näher brachten.

Ein großes Dankeschön richte ich an die vielen Menschen, die immer wieder gesagt haben: „Du schaffst das!“

## 8. LEBENS LAUF



### Catherin Vetter - Höltershinken

Geburtsdatum	09.November 1964
Geburtsort	Bielefeld
Konfession	evangelisch
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	geschieden, 3 Kinder (1994, 1996, 1999)
Schulbildung	1971-1975 Grundschule Wolfsburg und Bad Iburg 1975-1977 Orientierungsstufe Bad Iburg 1977-1984 Gymnasium Bad Iburg und Halle/NRW mit Abschluss der Allgemeinen Hochschulreife
Ausbildung	1984-1985 Krankenpflegeausbildung, Städt. Kliniken Osnabrück, 1985-1991 Medizinstudium, Westf. Wilhelms-Universität Münster, 1991 Approbation
Anstellungen	1991-1995 AIP u. Assistenzärztin im Institut für Anästhesiologie und Intensiv- medizin der Städt. Kliniken Osnabrück, verschiedene Tätigkeiten als Lehrkraft in medizinischen Unterrichtsfächern an Kranken- pflegesschulen u. der Kreisvolkshochschule Osnabrück



1998-2001 ärztl. Tätigkeit für den Kinder- u.  
Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes  
Minden/Lübbecke

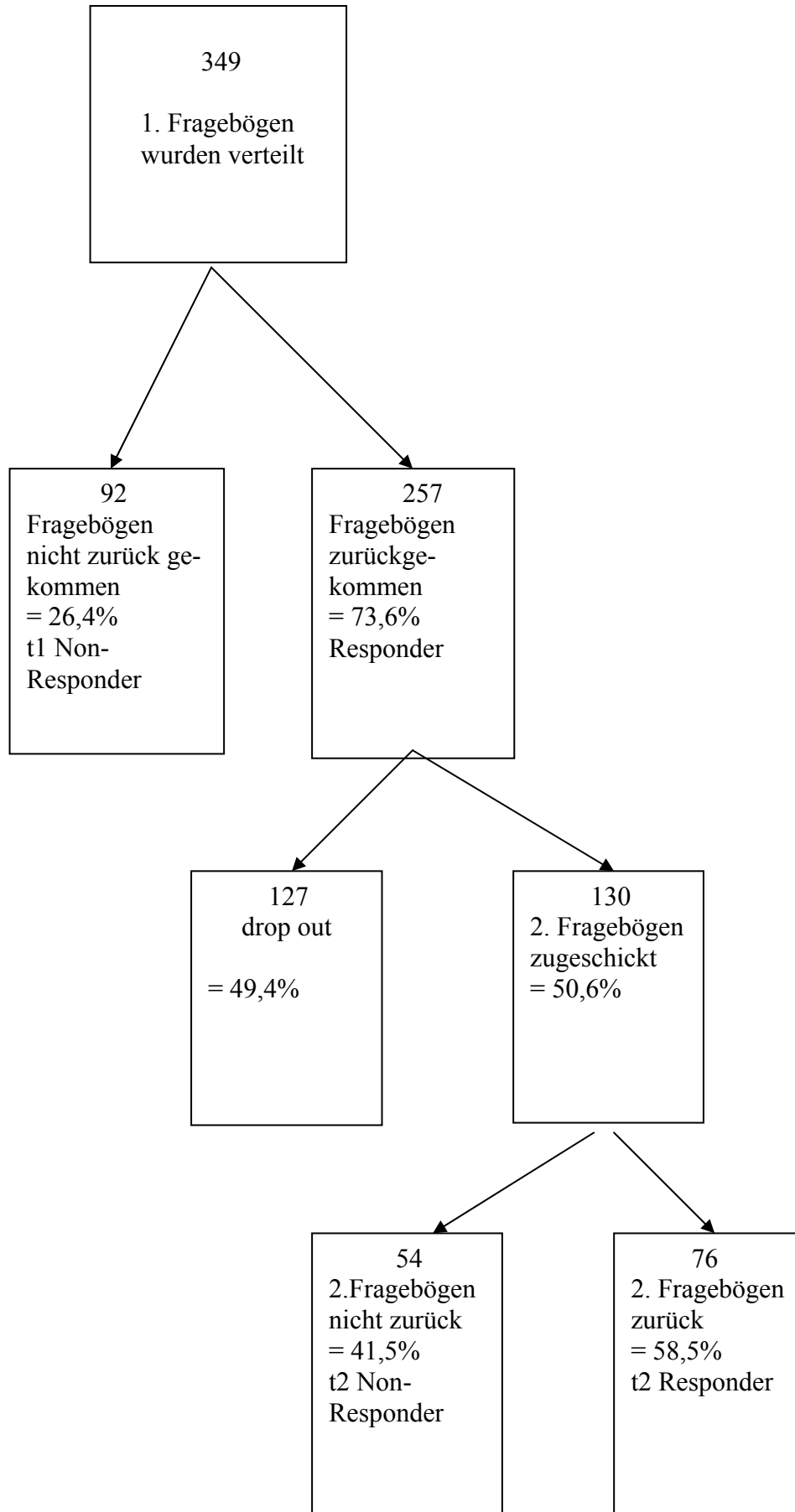
Hospitation bei einem niedergelassenen  
Pädiater in Minden

2004 Nachtdienste u. seit 2006 Assistenz-  
ärztin in der Dörenberg Klinik

Bad Iburg, Klinikum für orthopädische  
Rehabilitation

Beteiligung am Hausärztlichen Notdienst in  
Bad Iburg

## **9. ANHANG**



# DÖRENBERG KLINIK BAD IBURG

Klinikum für Rehabilitation

Schwerpunkt-klinikum für  
Anschlussheilbehandlungen  
(AHB), BGSW  
Konservative Orthopädie,  
Rheumatologie, Rehabilitation

Dörenberg-Klinik GmbH • Am Kurgarten 7 • 49186 Bad Iburg

Dr. med. Harald Stabel  
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Frank Jäkel  
Leitender Arzt

Sehr geehrte Patientin, sehr Patient,

Sie kommen zu uns um durch Reha-Maßnahmen Ihr Operationsergebnis an  
Wirbelsäule oder Hüfte zu verbessern.

Im Vordergrund steht dabei IHRE Gesundheit und die Verbesserung IHRER Lebensqualität !  
Dazu stehen Ihnen in erster Linie wir, die Ärzte dieser Klinik mit unserem medizinischen  
Wissen zu Verfügung. Wir möchten Ihre Fragen kompetent beantworten und Ihnen  
Ratschläge für eine gesunde, aber auch genussvolle Lebensführung nahe bringen.

Sie erhalten vom Operateur und uns Verhaltensvorschläge für den Alltag, die z.B. das Sitzen  
oder Bücken, das Autofahren, das Heben und Tragen oder andere bestimmte Bewegungen  
betreffen.

Nicht oder nur sehr selten wird dabei –leider- auf Verhaltensvorschläge im Sexualleben  
eingegangen.

Dies liegt einfach daran, dass bisher diese Thematik zu wenig untersucht und aufgrund der  
Intimität zu wenig angesprochen wurde.

Dies soll sich zu Gunsten Ihrer Lebensqualität ändern !

Daher möchten wir Sie bitten, an einer in unserem Haus durchgeführten, freiwilligen und  
anonymen Studie mitzuwirken.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen zu einer fachkompetenten , ärztlichen Beratung in punkto  
Sexualverhalten für Bandscheibenoperierte und Patienten nach Erhalt eines künstlichen  
Hüftgelenkes führen.

Wir bitten Sie, die beiliegenden Fragen zu beantworten, den ausgefüllten Bogen in den  
beiliegenden Umschlag zu stecken und an Ihren behandelnden Arzt weiterzuleiten, beim  
Pflegepersonal abzugeben oder in den dafür vorgesehenen und gekennzeichneten Briefkasten  
im Eingangsbereich zu werfen.

In einem halben Jahr würden Sie einen ähnlichen Fragebogen (mit frankiertem  
Rückumschlag) nach Hause geschickt bekommen, diesen zum Vergleich bitte nochmals  
ausfüllen und anonym an uns zurückschicken.

Wir versprechen Ihnen, die Antworten vertraulich, anonym und nach den Regeln der  
ärztlichen Schweigepflicht auszuwerten.

Für Ihre Mitarbeit an einer Art Ratgeber für eine qualitativ verbesserte Lebensführung und  
-hoffentlich- „Lieben ohne Leiden“ danken wir Ihnen im Voraus.

Catherin Höltershinken (bei Rückfragen Zi. 449)  
Stationsärztin der Dörenberg Klinik

Dörenberg-Klinik GmbH  
Amtsgericht Osnabrück HRA 111132

Geschäftsführer: Dr. rer. oec. Günter Isfort

Sparkasse Osnabrück  
(BLZ 265 501 05)  
Konto: 1609402886  
www.doerenberg-klinik.de  
E-mail: info@doerenberg-klinik.de

49186 Bad Iburg, Am Kurgarten 7  
Telefon: 0 54 03-4020  
Telefax: 0 54 03-402430  
Telefax: Verwaltung 05403-402459  
Dr. Stabel 05403-402470





Forschungsprojekt

**„Lieben ohne Leiden“**

## **Einverständniserklärung**

Name: \_\_\_\_\_

Ich habe die „Patienteninformation zur Fragebogenerhebung“ erhalten, in der ich über die Hintergründe der Datenerhebung informiert wurde. Dabei wurde mir versichert, dass alle Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen (Name, Geburtsdatum, Adresse und sonstige Angaben), nicht an Unbefugte weitergegeben werden. Die im Zusammenhang mit der Untersuchung erhobenen Daten werden gelöscht, sobald sie für die wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Ich habe die vorgenannten Punkte gelesen und erkläre mich damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass die an mir erhobenen Befragungsergebnisse im Rahmen des Forschungsprojektes „Lieben ohne Leiden“ anonymisiert verwendet werden.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kostenlos. Es ist mir jederzeit möglich, ohne irgendwelche Nachteile meine erteilte Einwilligung zu widerrufen.

**Ich habe die vorgenannten Punkte gelesen und erkläre mich durch meine Unterschrift bereit, an der Studie teilzunehmen.**

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten



Forschungsprojekt  
**„Lieben ohne Leiden“**

**Patientenfragebogen 1**

Vp-Nr.: \_\_\_\_\_

Catherin Höltershinken

in Kooperation mit der

Dörenberg-Klinik, Bad Iburg

und der

Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

**Wie wird's gemacht?**

Bitte kreuzen Sie zur Beantwortung der Fragen jeweils die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Normalerweise sollten Sie sich dabei für ein Kästchen entscheiden. Nur wenn ausdrücklich dabeisteht, dass Mehrfachantworten erlaubt sind, können Sie so viele Kästchen auswählen, wie Sie möchten.

**Es gibt keine falschen Antworten, jede ehrliche Antwort ist gleich gut!**





<p><b>1. Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Wenig</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sehr</p>	<p>P1_1</p>
--	-------------

<p><b>2. Haben Sie im letzten halben Jahr vor der Operation Geschlechtsverkehr gehabt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein → bitte weiter mit Frage 3!</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja → bitte weiter mit Frage 6!</p>	<p>P1_2</p>
--	-------------

**→ Wenn Sie in den letzten 6 Monaten vor Ihrer Operation Beischlaf hatten, beantworten Sie bitte die Fragen 3 bis 5!**

<p><b>3. Wie oft hatten Sie in den 6 Monaten vor Ihrer Operation Beischlaf? Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft!</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Etwa 1 mal in 3 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Etwa 1 mal pro Monat</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Etwa alle 2 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Etwa 1-2 mal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Mehr als 2 mal pro Woche</p>	<p>P1_3</p>
--	-------------

<p><b>4. Haben Sie vor Ihrer Operation Sexualpraktiken mit Ihrem Partner finden können, mit denen Sie trotz Ihres Leidens genussvoll Beischlaf haben konnten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja</p>	<p>P1_4</p>
---	-------------

<p><b>5. Wie angenehm sind die folgenden Stellungen beim Beischlaf für Sie?</b></p> <p><b>„Mann oben“ / „Missionarsposition“</b></p>  <p>Sehr unangenehm      Unangenehm      Angenehm      Sehr angenehm</p> <p>1                                  2                                  3                                  4</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p>	<p>P1_5_1</p>
<p><b>„Frau oben“</b></p>  <p>Sehr unangenehm      Unangenehm      Angenehm      Sehr angenehm</p> <p>1                                  2                                  3                                  4</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p>	<p>P1_5_2</p>
<p><b>„Nebeneinander“</b></p>  <p>Sehr unangenehm      Unangenehm      Angenehm      Sehr angenehm</p> <p>1                                  2                                  3                                  4</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p>	<p>P1_5_3</p>
<p><b>„Von hinten“</b></p>  <p>Sehr unangenehm      Unangenehm      Angenehm      Sehr angenehm</p> <p>1                                  2                                  3                                  4</p> <p><input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/>                                  <input type="checkbox"/></p>	<p>P1_5_4</p>

**→ Wenn Sie in den letzten 6 Monaten vor der Operation keinen Beischlaf hatten, beantworten Sie bitte Frage 6!**

<p><b>6. Waren Ihre Beschwerden der Grund dafür, dass Sie keinen Beischlaf hatten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0    Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1    Ja</p>	<p>P1_6</p>
--	-------------



**→ Hier geht's für alle weiter!**

<p><b>7.a Hat Ihre Erkrankung (Rücken- oder Hüftleiden) die Qualität Ihres Sexuallebens beeinflusst?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Wenig</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sehr</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Weiß nicht</p>	<p>P1_7a</p>																																																												
<p><b>7.b Wenn ja, welche Schwierigkeiten sind aufgetreten? (Mehrfachnennungen sind erlaubt!)</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Gar nicht 0</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Wenig 1</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Ziemlich 2</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Sehr 3</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schwierigkeiten mit der Lage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b1</td> </tr> <tr> <td>Schmerzhaftigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b2</td> </tr> <tr> <td>Angst vor Vergrößerung der Beschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b3</td> </tr> <tr> <td>Durchführungsschwierigkeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b4</td> </tr> <tr> <td>Geringes Vertrauen in mich selbst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b5</td> </tr> <tr> <td>Probleme mit der Partnerin/dem Partner</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b6</td> </tr> <tr> <td>Geringes Vertrauen in die Partnerin/den Partner</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b7</td> </tr> <tr> <td>Andere Schwierigkeiten ↓</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;">P1_7b8</td> </tr> <tr> <td>Und zwar: _____</td> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: right;">P1_7b9</td> </tr> </tbody> </table>		Gar nicht 0	Wenig 1	Ziemlich 2	Sehr 3		Schwierigkeiten mit der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b1	Schmerzhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b2	Angst vor Vergrößerung der Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b3	Durchführungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b4	Geringes Vertrauen in mich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b5	Probleme mit der Partnerin/dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b6	Geringes Vertrauen in die Partnerin/den Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b7	Andere Schwierigkeiten ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b8	Und zwar: _____					P1_7b9	
	Gar nicht 0	Wenig 1	Ziemlich 2	Sehr 3																																																									
Schwierigkeiten mit der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b1																																																								
Schmerzhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b2																																																								
Angst vor Vergrößerung der Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b3																																																								
Durchführungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b4																																																								
Geringes Vertrauen in mich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b5																																																								
Probleme mit der Partnerin/dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b6																																																								
Geringes Vertrauen in die Partnerin/den Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b7																																																								
Andere Schwierigkeiten ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_7b8																																																								
Und zwar: _____					P1_7b9																																																								

<p><b>8. Können Sie mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner über Ihre speziellen Probleme und Wünsche sprechen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Wenig</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Häufig</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Jederzeit</p>	<p>P1_8</p>																								
<p><b>9. Hat Ihre Partnerin/Ihr Partner ebenfalls ein Hüft- oder Rückenleiden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja</p>	<p>P1_9</p>																								
<p><b>10. Glauben Sie, durch die Operation auch in Bezug auf Ihr Sexualleben profitiert zu haben?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Wenig</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sehr</p>	<p>P1_10</p>																								
<p><b>11.a Wünschen Sie sich mehr Aufklärung von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt zu Fragen des Sexualverhaltens nach der Operation?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja</p>	<p>P1_11a</p>																								
<p><b>11.b Welche Fragen hätten Sie an Ihre Ärztin/Ihren Arzt? (Mehrfachnennungen sind erlaubt!)</b></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="text-align: center;">gar nicht 0</th> <th style="text-align: center;">Interessiert mich... wenig 1</th> <th style="text-align: center;">ziemlich 2</th> <th style="text-align: center;">sehr 3</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Wann darf ich nach der Operation wieder Beischlaf haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">P1_11b1</td> </tr> <tr> <td>Gibt es Positionen, die ich vermeiden muss?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">P1_11b2</td> </tr> <tr> <td>Kann das Lustempfinden nach der Operation gestört sein?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;">P1_11b3</td> </tr> </tbody> </table>		gar nicht 0	Interessiert mich... wenig 1	ziemlich 2	sehr 3		Wann darf ich nach der Operation wieder Beischlaf haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b1	Gibt es Positionen, die ich vermeiden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b2	Kann das Lustempfinden nach der Operation gestört sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b3	
	gar nicht 0	Interessiert mich... wenig 1	ziemlich 2	sehr 3																					
Wann darf ich nach der Operation wieder Beischlaf haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b1																				
Gibt es Positionen, die ich vermeiden muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b2																				
Kann das Lustempfinden nach der Operation gestört sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b3																				

	Interessiert mich...				
	gar nicht 0	wenig 1	ziemlich 2	sehr 3	
Für Männer: Kann es zu Erektionsschwierigkeiten kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b4
Andere Fragen ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1_11b5
Und zwar: _____					P1_11b6

<b>12.a Würden Sie sich von anderen Personen mehr Aufklärung wünschen?</b>	P1_12a
<input type="checkbox"/> 0 Nein	
<input type="checkbox"/> 1 Ja	

<b>12.b Wenn ja, von wem? (Mehrfachnennungen sind erlaubt!)</b>	P1_12b
<input type="checkbox"/> 0/1 KrankengymnastIn	
<input type="checkbox"/> 0/1 ErgotherapeutIn	
<input type="checkbox"/> 0/1 MasseurIn	
<input type="checkbox"/> 0/1 Krankenschwester/Krankenpfleger	
<input type="checkbox"/> 0/1 Andere	
↓	
und zwar: _____	

<b>13. Würde Ihnen ein Gespräch mit einem gleichgeschlechtlichen Gesprächspartner leichter fallen als mit einer Person des anderen Geschlechts?</b>	P1_13
<input type="checkbox"/> 0 Nein	
<input type="checkbox"/> 1 Ja	

<p><b>14. Wenn Sie diesen Fragebogen nicht ausgefüllt haben, dann hatten Sie dafür folgende Gründe (Mehrfachnennungen sind erlaubt!):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich halte mich für zu alt für dieses Thema.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Es ist mir unangenehm/peinlich, diesen Fragebogen auszufüllen.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich habe keine Sexualpartnerin/keinen Sexualpartner.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich glaube nicht, dass solche Untersuchungen etwas bringen.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Der Fragebogen war mir zu lang.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Der Fragebogen war mir zu schwierig.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich hatte Sprachschwierigkeiten.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich glaube nicht, dass solche Untersuchungen etwas bringen.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Ich hatte keine Zeit.</li><li><input type="checkbox"/> 0/1 Andere Gründe</li></ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>und zwar: _____</p>	P1_14
---	-------

<p><b>15. Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten – hier ist Platz dafür!</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	P1_15
--	-------

***Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Mühe!***



Forschungsprojekt Höltershinken  
**„Lieben ohne Leiden“**

**Daten aus Anamnese und Krankenakte**

Vp-Nr.: \_\_\_\_\_

<b>1. Alter:</b> _____ <b>Jahre</b>	A_1
<b>2. Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> 1 weiblich <input type="checkbox"/> 2 männlich	A_2
<b>3. Vorerkrankungen:</b> <input type="checkbox"/> 0/1 Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 0/1 Hypertonus <input type="checkbox"/> 0/1 Osteoporose <input type="checkbox"/> 0/1 Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis <input type="checkbox"/> 0/1 Psychosomatische/Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> 0/1 Mamma-/Prostata-Ca <input type="checkbox"/> 0/1 Z.n. Varikozelen-OP <input type="checkbox"/> 0/1 Adipositas <input type="checkbox"/> 0/1 Gynäkologische Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> 0/1 Andere ↓	A_3_1 A_3_2 A_3_3 A_3_4 A_3_5 A_3_6 A_3_7 A_3_8 A_3_9 A_3_10a

und zwar: _____	A_3_10b
-----------------	---------

<b>4. Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> 0/1 Beta-Blocker <input type="checkbox"/> 0/1 OVH <input type="checkbox"/> 0/1 Analgetika <input type="checkbox"/> 0/1 Cortikoide <input type="checkbox"/> 0/1 Psychopharmaka <input type="checkbox"/> 0/1 Andere ↓ und zwar: _____	A_4_1 A_4_2 A_4_3 A_4_4 A_4_5 A_4_6a A_4_6b
---	---

<b>Operation: BS</b>	
<b>5. Lokalisation:</b> _____	A_5
<b>6. Minimalinvasiv:</b> <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	A_6
<b>7. Stabilisierung:</b> _____	A_7
<b>8. Neurologie prä-OP:</b> <input type="checkbox"/> 0/1 Cauda-Symptom <input type="checkbox"/> 0/1 Blasenstörungen <input type="checkbox"/> 0/1 Mastdarmstörungen <input type="checkbox"/> 0/1 Lumboischialgien <input type="checkbox"/> 0/1 Andere ↓ und zwar: _____	A_8_1 A_8_2 A_8_3 A_8_4 A_8_5a A_8_5b
<b>9. Neurologie post-OP:</b>	

<input type="checkbox"/> 0/1 Cauda-Symptom	A_9_1
<input type="checkbox"/> 0/1 Blasenstörungen	A_9_2
<input type="checkbox"/> 0/1 Mastdarmstörungen	A_9_3
<input type="checkbox"/> 0/1 Lumboischialgien	A_9_4
<input type="checkbox"/> 0/1 Andere	A_9_5a
↓	
und zwar: _____	A_9_5b
<b>10. Post-OP Komplikationen:</b> _____	A_10

<b>Operation: Hüft-TEP</b>	
<b>11. Hüfte:</b> <input type="checkbox"/> 1 1. Hüfte <input type="checkbox"/> 2 2. Hüfte	A_11
<b>12. TEP-Wechsel:</b> <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	A_12
<b>13. Minimalinvasiv:</b> <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	A_13
<b>14. Post-OP Komplikationen:</b> _____	A_14
<b>15. Post-OP Teilbelastung:</b> _____	A_15

<b>Untersuchungsbefund Reha-Abschluss</b>	
<b>16. Schmerzintensität:</b> _____	A_16
<b>17. Hilfsmittel:</b> _____	A_17
<b>18. Bewegungsausmaße:</b>	A_18

_____	
<b>19. Adduktorenverkürzung:</b> _____	A_19
<b>20. Wundverhältnisse:</b> _____	A_20
<b>21. Neurologie:</b> _____	A_21

<b>Sozialmedizin:</b>	
<b>22.a Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> 1 Ledig <input type="checkbox"/> 2 Verheiratet <input type="checkbox"/> 3 Geschieden <input type="checkbox"/> 4 Verwitwet	A_22a
<b>22.b Lebt in Partnerschaft?</b> <input type="checkbox"/> 0 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	A_22b
<b>23. Berufstätigkeit:</b> <input type="checkbox"/> 1 Erwerbstätig ↓ _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> 2 In Ausbildung/Umschulung <input type="checkbox"/> 3 Arbeitslos <input type="checkbox"/> 4 In EU/BU-Rente <input type="checkbox"/> 5 In Altersrente/Pension <input type="checkbox"/> 6 Anderes ↓ Und zwar: _____	A_23a  A_23b       A_23c
<b>24. GdB: _____ %</b>	A_24
<b>25. Aufnahmetag Post-OP: _____</b>	A_25





Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Vor wenigen Monaten waren Sie zur Rehabilitation um Ihr Operationsergebnis an Wirbelsäule oder Hüfte zu verbessern.

Hoffentlich sind Sie komplett genesen, im Alltag wieder integriert, konnten Ihre Lebensqualität verbessern und bleiben gesund !

Bei uns haben Sie sich bereit erklärt an einer Studie „Lieben ohne Leiden“ teilzunehmen. Sie haben einen Fragebogen ausgefüllt, der das Sexualverhalten der Patienten untersucht, die an der Bandscheibe operiert worden sind oder ein neues Hüftgelenk erhalten haben.

Nun erhalten Sie –wie angekündigt- ca. ein halbes Jahr nach Ihrer Operation den 2. Fragebogen, mit dem wir in Erfahrung bringen wollen, ob und inwiefern Sie auch im Sexualleben von der Operation profitiert haben.

Bitte beantworten Sie die beiliegenden Fragen so bald wie möglich, stecken Sie sie in den frankierten und adressierten Briefumschlag und schicken diesen an uns zurück.

Auch diese Antworten behandeln wir natürlich vertraulich und nach den Regeln der ärztlichen Schweigepflicht !

So kann –durch Ihre Mithilfe- baldmöglichst eine bessere und kompetentere Beratung betroffener Patienten erfolgen und Ihnen zu einer qualitativ verbesserten Lebensführung verholfen werden, damit Sie hoffentlich „ohne Leiden lieben können“ !

**Vielen Dank !**

Catherin Höltershinken –Ärztin Dörenberg Klinik, bei Rückfragen s. Telefonnummer unten



Forschungsprojekt  
**„Lieben ohne Leiden“**

**Patientenfragebogen 2**

Vp-Nr.: \_\_\_\_\_

Catherin Höltershinken

in Kooperation mit der

Dörenberg-Klinik, Bad Iburg

und der

Klinik Münsterland, Bad Rothenfelde

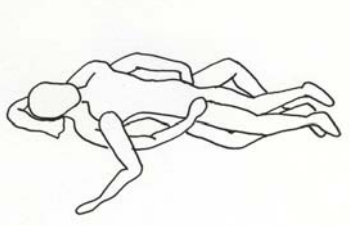
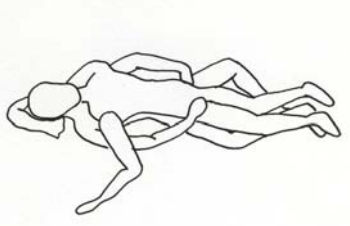






**Wie wird's gemacht?**

Bitte kreuzen Sie zur Beantwortung der Fragen jeweils die Antwortmöglichkeit an, die am ehesten auf Sie zutrifft. Normalerweise sollten Sie sich dabei für ein Kästchen entscheiden. Nur wenn ausdrücklich dabeisteht, dass Mehrfachantworten erlaubt sind, können Sie so viele Kästchen auswählen, wie Sie möchten.

**Es gibt keine falschen Antworten, jede ehrliche Antwort ist gleich gut!**

<p><b>1. Wie wichtig ist Ihnen das Thema Sexualität nach Ihrer Operation?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Wenig</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ziemlich</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sehr</p>	<p>P2_1</p>
<p><b>2. Haben Sie in dem halben Jahr nach Ihrer Operation Geschlechtsverkehr gehabt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein → bitte weiter mit Frage 6!</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja → bitte weiter mit Frage 3!</p>	<p>P2_2</p>
<p><b>→ Wenn Sie in den 6 Monaten nach Ihrer Operation Beischlaf hatten, beantworten Sie bitte die Fragen 3 bis 5!</b></p>	
<p><b>3.a Wann hatten Sie nach der Operation das erste Mal wieder Beischlaf?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nach 4-6 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nach 6-8 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Nach ca. 3 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nach ca. 4-5 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Sonstiges</p>	<p>P2_3a</p>
<p><b>3.b Wie oft hatten Sie in den 6 Monaten nach Ihrer Operation Beischlaf? Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten zutrifft!</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Etwa 1 mal in 3 Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Etwa 1 mal pro Monat</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Etwa alle 2 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Etwa 1-2 mal pro Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Mehr als 2 mal pro Woche</p>	<p>P2_3b</p>

<p><b>4. Haben Sie in Bezug auf das Sexualleben von der Operation profitiert?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja</p>	<p>P2_4</p>
---	-------------

<p><b>5. Wie angenehm sind folgende Stellungen beim Beischlaf für Sie jetzt?</b></p> <p><b>„Mann oben“ / „Missionarsposition“</b></p> 		<p>P2_5_1</p>												
	<table border="0"> <tr> <td>Sehr unangenehm</td> <td>Unangenehm</td> <td>Ange-nehm</td> <td>Sehr ange-nehm</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>P2_5_2</p>
Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm											
1	2	3	4											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p><b>„Frau oben“</b></p> 		<p>P2_5_3</p>												
	<table border="0"> <tr> <td>Sehr unangenehm</td> <td>Unangenehm</td> <td>Ange-nehm</td> <td>Sehr ange-nehm</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>P2_5_4</p>
Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm											
1	2	3	4											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p><b>„Nebeneinander“</b></p> 		<p>P2_5_4</p>												
	<table border="0"> <tr> <td>Sehr unangenehm</td> <td>Unangenehm</td> <td>Ange-nehm</td> <td>Sehr ange-nehm</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>P2_5_4</p>
Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm											
1	2	3	4											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p><b>„Von hinten“</b></p> 		<p>P2_5_4</p>												
	<table border="0"> <tr> <td>Sehr unangenehm</td> <td>Unangenehm</td> <td>Ange-nehm</td> <td>Sehr ange-nehm</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>P2_5_4</p>
Sehr unangenehm	Unangenehm	Ange-nehm	Sehr ange-nehm											
1	2	3	4											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

**→ Wenn Sie in den letzten 6 Monaten nach der Operation keinen Beischlaf hatten, beantworten Sie bitte Frage 6!**

<p><b>6. Sind anhaltende Beschwerden trotz der Operation der Grund dafür, dass Sie keinen Beischlaf hatten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ja</p>	P2_6
---	------

**→ Hier geht's für alle weiter!**

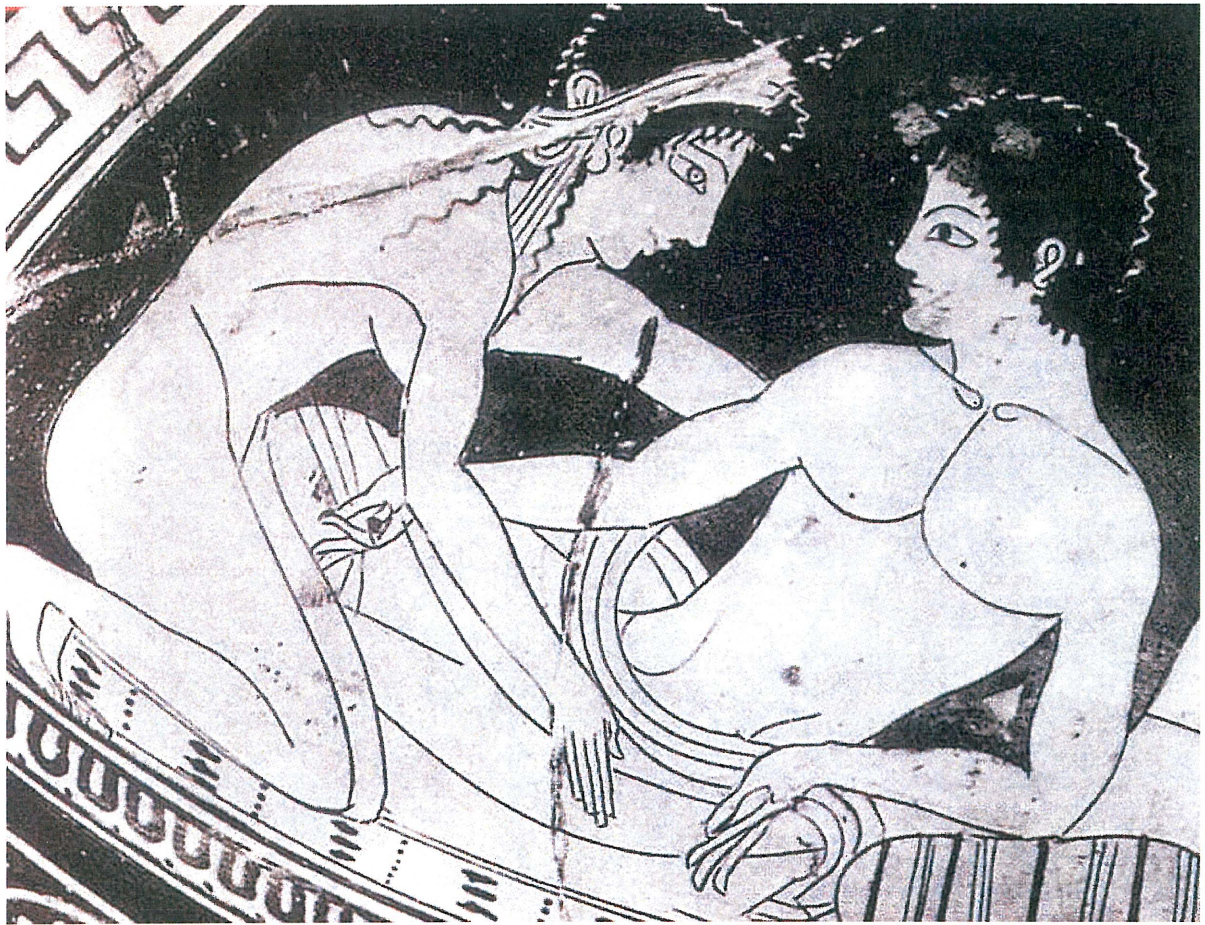
<p><b>7.a Hat die Operation die Qualität Ihres Sexuallebens beeinflusst?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Verschlechtert <b>→ Bitte weiter mit 7.b!</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2 Verbessert <b>→ Bitte weiter mit 7.c!</b></p> <p><input type="checkbox"/> 3 Unverändert</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Weiß nicht</p>	P2_7a																																																						
<p><b>7.b Wenn sich die Situation nach der Operation verschlechtert hat, welche Schwierigkeiten sind aufgetreten? (Mehrfachnennungen sind erlaubt!)</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Gar nicht 0</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Wenig 1</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ziemlich 2</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sehr 3</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schwierigkeiten mit der Lage</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_1</td> </tr> <tr> <td>Schmerzhaftigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_2</td> </tr> <tr> <td>Angst, dass Beschwerden wieder auftreten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_3</td> </tr> <tr> <td style="color: red;">Durchführungsschwierigkeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; color: red;">P2_7b_4</td> </tr> <tr> <td>Geringes Vertrauen in mich selbst</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_5</td> </tr> <tr> <td style="color: red;">Probleme mit der Partnerin/dem Partner</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; color: red;">P2_7b_6</td> </tr> <tr> <td>Andere Schwierigkeiten ↓</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_7</td> </tr> <tr> <td>Und zwar: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">P2_7b_8</td> </tr> </tbody> </table>		Gar nicht 0	Wenig 1	Ziemlich 2	Sehr 3		Schwierigkeiten mit der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_1	Schmerzhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_2	Angst, dass Beschwerden wieder auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_3	Durchführungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_4	Geringes Vertrauen in mich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_5	Probleme mit der Partnerin/dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_6	Andere Schwierigkeiten ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_7	Und zwar: _____					P2_7b_8	
	Gar nicht 0	Wenig 1	Ziemlich 2	Sehr 3																																																			
Schwierigkeiten mit der Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_1																																																		
Schmerzhaftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_2																																																		
Angst, dass Beschwerden wieder auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_3																																																		
Durchführungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_4																																																		
Geringes Vertrauen in mich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_5																																																		
Probleme mit der Partnerin/dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_6																																																		
Andere Schwierigkeiten ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7b_7																																																		
Und zwar: _____					P2_7b_8																																																		

<b>7.c Wenn sich die Situation nach der Operation verbessert hat, was ist der Grund? (Mehrfachnennungen sind erlaubt!)</b>	Gar nicht 0	Wenig 1	Ziemlich 2	Sehr 3	
Weniger/keine Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7c_1
Bessere Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7c_2
Erhöhtes Lustempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7c_3
Fühle mich wieder gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7c_5
Sonstiges ↓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2_7c_7
Und zwar: _____					P2_7c_8

<p><b>8. Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten – hier ist Platz dafür!</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	P2_8
---	------

***Herzlichen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Mühe!***





Szene aus einem Symposion