

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Fakultät für Medizin

Klinik und Poliklinik für Urologie des Klinikums rechts der Isar der
Technischen Universität München
(Direktor: Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend)

Selbstbild und Sexualleben 45-jähriger Männer in Deutschland

Anna Magdalena Kögel

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. Kathleen Herkommer
2. Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend

Die Dissertation wurde am 15.05.2018 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 07.11.2018 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	5
1.1	Selbstbild	5
1.2	Sexualleben	11
1.3	Fragestellung	14
2	Material und Methodik	16
2.1	Studiendesign	16
2.2	Fragen zum Selbstbild	17
2.2.1	Körperbild	17
2.2.2	Verständnis der Männerrolle	19
2.2.3	Wahrnehmung sozialen Drucks	21
2.2.4	Sexuelles Selbstwertgefühl	22
2.2.5	Bildung der Skalen des Selbstbildes	24
2.3	Fragen zum Sexualleben	25
2.3.1	Feste Partnerschaft und Zufriedenheit mit Partnerschaft	25
2.3.2	Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität	27
2.3.3	Zufriedenheit mit Sexualleben und Wichtigkeit der Sexualität	29
2.3.4	Erektile Funktion	31
2.4	Statistik	35
3	Ergebnisse	37
3.1	Selbstbild der Probanden	38
3.1.1	Körperbild	38
3.1.2	Verständnis der Männerrolle	39
3.1.3	Wahrnehmung sozialen Drucks	40

3.1.4	Sexuelles Selbstwertgefühl	40
3.2	Sexualleben der Probanden	41
3.3	Zusammenhang zwischen Selbstbild und Sexualleben	43
3.3.1	Zusammenhang zwischen Selbstbild und fester Partnerschaft .	43
3.3.2	Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Partnerschaft	44
3.3.3	Zusammenhang zwischen Selbstbild und sexueller Aktivität . .	45
3.3.4	Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität	46
3.3.5	Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Sexualleben	47
3.3.6	Zusammenhang zwischen Selbstbild und Wichtigkeit der Sexualität	48
3.3.7	Zusammenhang zwischen Selbstbild und erektiler Dysfunktion	49
4	Diskussion	54
5	Zusammenfassung	69
6	Anhang	72
6.1	Statistische Analyse der Fragen zum Selbstbild	72
6.1.1	Faktorenanalyse	72
6.1.2	Reliabilitätsanalyse	76
7	Literaturverzeichnis	77
8	Veröffentlichungen	86
9	Danksagung	87

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung
ED	Erektile Dysfunktion
<i>d</i>	Effektstärke nach Cohen
IIEF	International Index of Erectile Function
IIEF-EF	Domäne „erektile Funktion“ des „International Index of Erectile Function“
M	Mittelwert
PROBASE-Studie	Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial
PSA	Prostata spezifisches Antigen
SD	Standardabweichung
vs.	versus

1 Einleitung und Fragestellung

1.1 Selbstbild

Das Selbstbild eines Menschen besteht laut Offer aus Wahrnehmungen, die ein Mensch bezüglich vielfacher Seiten seiner Selbst hat. Offer entwickelte einen Fragebogen zur Erhebung des Selbstbildes von Jugendlichen, der die fünf wichtigsten Dimensionen des Selbstbildes erfasst (Offer et al., 1984; Reid & Renwick, 2001):

- Psychologisches Selbst: Es umfasst die Emotionalität, die Impulskontrolle und das Körperbild.
- Soziales Selbst: Es beinhaltet soziale Beziehungen, berufliche und schulische Ziele und moralische Einstellungen.
- Sexuelles Selbst: Es umfasst sexuelle Einstellungen und sexuelles Verhalten.
- Familien-Selbst: Es befasst sich mit Familienbeziehungen.
- Coping-Selbst: Es besteht aus Bewältigung der Außenwelt und Anpassung an die Umwelt.

Für die vorliegende Arbeit wurde der Fokus auf folgende vier Facetten des Selbstbildes gelegt, da sie aus urologischer Sicht am relevantesten sind:

- Körperbild
- Verständnis der Männerrolle
- Wahrnehmung sozialen Drucks
- Sexuelles Selbstwertgefühl

Körperbild

Unter dem Begriff Körperbild versteht man laut Cash ein mehrdimensionales Konstrukt, welches die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Einstellungen gegenüber diesem umfasst. Dies schließt Gedanken, Überzeugungen, Gefühle und Verhaltensweisen ein (Cash, 2004). Die Einstellungen gegenüber dem eigenen Körper lassen sich in eine kognitive und eine affektive Komponente einteilen. Die kognitive Einstellungskomponente beschreibt, wie viel der eigene Körper einer Person bedeutet und wie intensiv sich eine Person mit ihrer körperlichen Erscheinung durch Gedanken und Handlungen beschäftigt. Die affektive Einstellungskomponente umfasst Bewertung und Akzeptanz sowie Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (Pöhlmann et al., 2014).

Im deutschen Sprachraum werden folgende mehrdimensionale Fragebögen häufig verwendet, um die Einstellungen zum eigenen Körper zu erfassen: „Fragebogen zum Körperbild“, „Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers“ und „Frankfurter Körperkonzept Skalen“ (Pöhlmann et al., 2008). Diese dienen als Grundlage für die Entwicklung des „Dresdner Körperbildfragebogens“, der seit 2007 zur Verfügung steht. Es handelt sich dabei um ein mehrdimensionales, reliables und valides Verfahren, um die Einstellungen zum eigenen Körper zu erfassen (Pöhlmann et al., 2008; Matthes et al., 2012; Pöhlmann et al., 2014).

Das eigene Körperbild und dessen Einfluss auf das eigene Leben wandelt sich im Laufe des Lebens. Das Alter verändert den Körper und seine Erscheinung und das Körperbild wird mit zunehmendem Alter weniger wichtig (Tiggemann, 2004), wobei die Akzeptanz des eigenen Körpers steigt (Matthes et al., 2012).

In jungen Jahren ist das Körperbild der Menschen eher schlecht. Nur wenige Männer sind mit ihrem eigenen Körper zufrieden (Morgan & Arcelus, 2009). Dies wird mit zunehmendem Alter besser. So haben 24 % der heterosexuellen Männer, die im Mittel 28 Jahre alt sind, ein schlechtes Körperbild, wobei der Anteil unter den homosexuellen Männern größer ist (32 %) (Peplau et al., 2009). Dies zeigt, dass nicht nur das biologische Geschlecht einen Einfluss auf das Körperbild hat - junge Frauen haben ein schlechteres Körperbild als junge Männer (Korn et al., 2013)-, sondern auch das psychosoziale Geschlecht.

Bei den meisten jungen Männern hat das Körperbild keinen signifikanten Einfluss auf

die sexuelle Zufriedenheit (Daniel & Bridges, 2013). Bei älteren Menschen jedoch steht das Körperbild in Zusammenhang mit dem Sexualleben. So sind ältere Menschen mit einem positiven Körperbild sexuell aktiver und auch sexuell zufriedener (Shkolnik & Iecovich, 2013). Desweiteren haben bei älteren Männern psychosoziale Faktoren wie zum Beispiel Leben in einer Partnerschaft einen positiven Effekt auf das eigene Körperbild (Albani et al., 2009). Das Körperbild der Menschen ab 60 Jahren bleibt stabil und ändert sich in den weiteren Lebensjahren nicht signifikant (Albani et al., 2009).

Das Körperbild gesunder Männer mittleren Alters in Deutschland und der Zusammenhang zwischen Körperbild und Sexualleben wird in vorliegender Arbeit näher beleuchtet.

Verständnis der Männerrolle

Geschlechtstypisches Verhalten entspricht laut Richter-Appelt „den kulturspezifischen Geschlechtsstereotypen und erscheint stark durch soziale Rollenerwartungen geprägt“ (Richter-Appelt, 2006, S.239). Es bezieht sich auf „bei einem Geschlecht häufig beobachtete Verhaltensweisen“ (Richter-Appelt, 2006, S.239). Thompson und Pleck sprechen von deskriptiven Normen, welche Eigenschaften darstellen, die Männer aktuell haben (Thompson & Pleck, 1986). Im Gegensatz zum geschlechtstypischen Verhalten bezeichnet der Begriff Geschlechtsrolle „die Gesamtheit der kulturell erwarteten, als angemessen betrachteten und zugeschriebenen Fähigkeiten, Interessen, Einstellungen und Verhaltensweisen des jeweiligen Geschlechts (Money, 1994)“ (Richter-Appelt, 2006, S.239). Thompson und Pleck stellen den deskriptiven Normen die soziokulturellen Normen gegenüber (Thompson & Pleck, 1986). Den Begriff Männerrolle („male role“) gebrauchen Thompson und Pleck in Bezug auf die sozialen Normen, die Männern vorschreiben, was sie zu tun und zu lassen haben (Thompson & Pleck, 1986). Die Verinnerlichung der Männerrolle mit ihren Normen wird von Levant und Richmond als Maskulinitätsideologie („masculinity ideology“) bezeichnet (Levant & Richmond, 2007).

In der Vergangenheit gab es zahlreiche unterschiedliche Maskulinitätsideologien und Theorien zu den Normen der Männerrolle. Im Folgenden sollen ein paar Beispiele in chronologischer Reihenfolge aufgeführt werden.

Terman und Miles, die den ersten psychologischen Fragebogen zur Maskulinität im Jahr 1936 veröffentlichten, stellten Maskulinität und Feminität als bipolare Gegensätze dar. Der ideale Mann wurde als aktiv, rational, stark und gemeinschaftsorientiert beschrieben, mit Vorliebe für Maschinen und Sport und mit Abneigung gegenüber Tanzen, cleveren oder dünnen Frauen und fremden oder religiösen Menschen (Terman & Miles, 1936; Morawski, 1985). Dieses Ideal zu erreichen, war das Ziel jeden Mannes. Erfolgloses Streben wurde als feminin oder hypomaskulin bezeichnet und als problematisch angesehen (Terman & Miles, 1936; Morawski, 1985; Pleck, 1987).

Unabhängigkeit, Erfolg im Beruf und Inkompetenz in allen weiblichen Tätigkeiten waren Mitte des 20. Jahrhunderts die Hauptkomponenten des Mannseins, wobei der antifeministische Aspekt dominierend war (Hartley, 1959).

Ansehen zu erreichen („big wheel“), Unabhängigkeit und Selbstvertrauen zu entwickeln („sturdy oak“), einen Hang zur Aggressivität zu haben („give ´em hell“) und sich alles Weibliche zu verbieten („no sissy stuff“) waren laut Brannon 1976 die Regeln der Männerrolle. Insgesamt wurde die Männerrolle als allumfassende, komplexe und anspruchsvolle Rolle gesehen, die zu jeder Zeit das komplette Verhalten des Mannes beeinflusst (Brannon, 1976).

1984 veröffentlichten Brannon und Juni die „Scale for measuring attitudes about masculinity“ (Brannon & Juni, 1984). Thompson und Pleck benutzten die Items dieses Fragebogens, um die „Male Role Norms Scale“ zu entwickeln. Hierbei handelt es sich um einen mehrdimensionalen Fragebogen zur Untersuchung maskuliner Rollennormen, der 1986 veröffentlicht wurde und sich in die drei Bereiche „Status-Norm“, „Toughness-Norm“ und „Antifemininity-Norm“ gliedert. Der Bereich „Status-Norm“ befasst sich mit dem Bestreben, Status und Respekt zu erlangen. In der „Toughness-Norm“ geht es um die mentale, physische und emotionale Stärke der Männer. Der Bereich „Antifemininity-Norm“ handelt von der Vermeidung femininer Verhaltensweisen und Tätigkeiten (Thompson & Pleck, 1986). Seit 2001 liegt dank Thiele auch eine deutsche Version der „Male Role Norms Scale“ vor (Thiele et al., 2001). Die mentale, physische und emotionale Stärke der Männer wird als Teil der Männerrolle in vorliegender Arbeit untersucht.

Die Rolle des Mannes in Familie und Beruf wurde in der deutschen Männerstudie aus den Jahren 1998 und 2008 beleuchtet. Hier wurde das traditionelle Rollenbild des

Mannes folgendermaßen skizziert: Die Frau ist für Kinder und Haushalt zuständig, während sich der Mann um die finanzielle Versorgung der Familie kümmert und im Beruf seinen persönlichen Sinn findet. Der Mann hat die Beziehung zur Frau in die Hand genommen und hat auch in der Familie das letzte Wort. Im Gegensatz dazu steht die moderne Männerrolle, bei der sich Frau und Mann gleichsam um Arbeit, Haushalt und Kinder kümmern und der Mann die Frauenemanzipation für gutheißt. Nach Befragung der deutschen Bevölkerung konnten zusätzlich folgende zwei Mischtypen ermittelt werden: Der balancierende Typ, der selektiv traditionelle und moderne Positionen vertritt, und der suchende Typ, der sich nicht eindeutig festlegt, sondern sich bei den meisten Aspekten in der Mitte positioniert (Volz & Zulehner, 2009).

Innerhalb der Jahre 1998 bis 2008 konnte ein moderates Abrücken von traditionellen Positionen verzeichnet werden, sodass 2008 unabhängig vom Alter 27 % der Männer dem traditionellen Typen entsprachen, 24 % dem balancierenden, 30 % dem suchenden und 19 % dem modernen. Der Anteil der Männer, die mit ihrem Leben insgesamt zufrieden waren, war unter den modernen Männern am größten. Die Gewaltakzeptanz war unter den modernen Männern am geringsten, diese gaben jedoch mehr Ängste an als traditionelle Männer (Volz & Zulehner, 2009).

Angesichts dieser Ergebnisse soll keine Wertung von traditionellen und modernen Rollenvorstellungen vorgenommen werden. Womöglich liegt die Schwierigkeit für die Männer viel eher im Vereinen von traditioneller Ernährerrolle und moderner Partner- und Vaterrolle. Sie geraten unter Druck, Familie und berufliche Karriere unter einen Hut zu bringen (Henry-Huthmacher & Schmitz, 2010).

Wahrnehmung sozialen Drucks

Die maskulinen Rollennormen geben laut Pleck den Männern vor, was sie zu tun und zu lassen haben. Maskulinität wird also nicht durch Eigenschaften der Männer, sondern durch Vorschriften der Gesellschaft bestimmt (Pleck, 1981). Die Intention, sich rollenkonform zu verhalten, entsteht laut O'Neil durch irrationale Annahmen von Männlichkeit. Eine dieser Annahmen besagt, dass sich Männlichkeit am besten an Macht, Durchsetzungs- und Konkurrenzfähigkeit, beruflichem Erfolg und sexueller

Potenz bemessen lässt (O'Neil, 1982).

Dass es Männer belasten kann, wenn sie versuchen, der Geschlechterrolle zu entsprechen, besagt Plecks Theorie des Geschlechtsrollenstressses aus dem Jahr 1981. Zu dieser Belastung kommt es, weil die Forderungen von Maskulinität widersprüchlich und inkonsequent sind, Männer sich um ihre Maskulinität sorgen und Angst haben, die maskulinen Rollennormen zu verletzen (Pleck, 1981).

In welchem Ausmaß 45-jährige Männer sozialen Druck vor allem hinsichtlich ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit wahrnehmen, wird in vorliegender Arbeit untersucht.

Sexuelles Selbstwertgefühl

Das sexuelle Selbstwertgefühl ist laut Snell ein Teil der psychologischen Dimensionen menschlicher Sexualität. Snell definierte sexuelles Selbstwertgefühl als positive Sichtweise auf und Vertrauen in die eigene Fähigkeit, mit einer anderen Person auf zufriedenstellende und angenehme Weise sexuell in Beziehung zu treten. Somit bezieht sich sexuelles Selbstwertgefühl eher auf zwischenmenschliche Beziehungen als auf den persönlichen oder autosexuellen Rahmen (Snell Jr. & Papini, 1989).

Im „Sexuality Scale“ von Snell aus dem Jahr 1989 wird neben dem sexuellen Selbstwertgefühl („sexual-esteem“) die sexuelle Depression („sexual-depression“) und die gedankliche Beschäftigung mit Sexualität („sexual-preoccupation“) untersucht. Dass sexuelles Selbstwertgefühl (z.B. „Ich würde mich selbst als einen sehr guten Sexualpartner einschätzen“) in starker negativer Korrelation zu sexueller Depression (z.B. „Ich fühle mich unglücklich aufgrund meiner sexuellen Beziehungen“) steht, zeigte sich mit Hilfe des Fragebogens an jüngeren Männern (Durchschnittsalter: 24 Jahre) aus den USA. Im Geschlechtervergleich wurde ersichtlich, dass Männer sich gedanklich häufiger mit Sexualität beschäftigen als Frauen (z.B. „Die meiste Zeit denke ich an Sex“) (Snell Jr. & Papini, 1989).

Um mehr psychologische Dimensionen der Sexualität zu erfassen, entwickelte Snell 1993 den „Multidimensional Sexuality Questionnaire“ (Snell Jr. et al., 1993), der sich inzwischen zu einem sexualpsychologischen Standardverfahren etabliert hat. Seit 2005 steht eine deutsche Version des Fragebogens zur Verfügung. Der Fragebogen besteht aus 60 Fragen, die zwölf psychologische Dimensionen der Sexualität

umfassen, unter anderem die gedankliche Beschäftigung mit Sexualität, die sexuelle Motivation, die Sexualangst, die sexuelle Zufriedenheit oder die eigene sexuelle Wertschätzung (Brenk-Franz & Strauß, 2011). Die zuletzt genannte Dimension wird in vorliegender Arbeit auch als sexuelles Selbstwertgefühl bezeichnet, um einheitliche Begriffe zu gebrauchen.

Das sexuelle Selbstwertgefühl der Männer (Durchschnittsalter: 29 Jahre) in Deutschland war laut Brenk-Franz ein wenig besser als das der Frauen. Alter, Bildung, Einkommen und Partnerschaft hatten keinen Einfluss auf das sexuelle Selbstwertgefühl. Sexuelles Selbstwertgefühl korrelierte signifikant positiv mit sexueller Zufriedenheit (Brenk-Franz & Strauß, 2011). Dass ein großes sexuelles Selbstwertgefühl ein wichtiger Prädiktor für die Häufigkeit sexueller Aktivität ist, konnte an 45- bis 74-jährigen Männern in Finnland festgestellt werden (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

In vorliegender Arbeit wird das sexuelle Selbstwertgefühl der 45-jährigen Probanden aus Deutschland als Teil ihres Selbstbildes untersucht und im Zusammenhang mit Aspekten des Sexuallebens wie Partnerschaft, sexuelle Zufriedenheit oder erektile Funktion dargestellt.

1.2 Sexualeben

In einer Partnerschaft lebten im Jahr 2005 63 % der deutschen Männer und Frauen, wobei der Anteil der vergebenen Männer (68 %) größer war als der Anteil der vergebenen Frauen (58 %) (Beutel et al., 2008). Mit ihrer eigenen Partnerschaft waren die vergebenen Männer und Frauen im Jahr 2011 tendenziell zufrieden. Der Mittelwert lag bei 3,7 Punkten auf einer Skala von 0 (sehr unglücklich) bis 5 (sehr glücklich) (Kliem et al., 2012).

In den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen zu sein, gab die Mehrheit (71 %) der deutschen Männer und Frauen im Alter von 14 bis 92 Jahren an. In der Alterskategorie 41 bis 60 Jahre waren überdurchschnittlich viele Frauen und Männer (79 %) sexuell aktiv: Der Anteil der sexuell aktiven Männer (84 %) war größer als der Anteil der sexuell aktiven Frauen (75 %). Sexuell aktiv waren wesentlich mehr

Personen mit PartnerIn (90 %) als Personen ohne PartnerIn (43 %) (Brähler, 1999). Die Dauer der Beziehung, definiert als Dauer des Zusammenlebens, spielte laut Kontula keine wichtige Rolle für die sexuelle Aktivität (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Eine höhere Frequenz an sexuellen Aktivitäten mit einer anderen Person (z.B. Küssen und Petting oder vaginaler Geschlechtsverkehr) korreliert mit der Partnerschaftszufriedenheit positiv, wohingegen eine höhere Frequenz an autosexuellen Aktivitäten (z.B. Masturbation) mit Partnerschaftszufriedenheit negativ korreliert. Dies konnte an finnischen Männern und Frauen im Alter von 33 bis 43 Jahren herausgefunden werden. Nur für Männer gilt, dass eine höhere Frequenz an Oralsex positiv mit Partnerschaftszufriedenheit korreliert (Santtila et al., 2008).

Über die Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität explizit konnten keine deutschen Daten gefunden werden. Eine finnische Studie aus den Jahren 1992 bis 1999 liegt jedoch vor, bei der nach Geschlechtsverkehr in den letzten 30 Tagen und nach Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität gefragt wurde. In der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre gaben 64 % der Männer an, wöchentlich sexuell aktiv gewesen zu sein. 5 % waren im vergangenen Jahr nicht sexuell aktiv. 51 % der vergebenen Männer waren mit der Häufigkeit sexueller Aktivität zufrieden, 48 % wünschten sich häufiger Geschlechtsverkehr. Während die Häufigkeit der sexuellen Aktivität mit dem Alter abnahm, stieg die Zufriedenheit mit der Häufigkeit (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Die deutschen Männer und Frauen im Alter von 16 bis 68 Jahren gaben in der Querschnittsstudie „Bindung und Sexualität“ an, mit ihrem Sexleben tendenziell zufrieden zu sein. Sie verorteten ihre sexuelle Zufriedenheit bei 12,4 Punkten auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 20 (sehr zufrieden) an. Personen, die in einer Partnerschaft lebten, waren sexuell zufriedener (12,9 Punkte) als Personen ohne PartnerIn (10,6 Punkte) (Brenk-Franz & Strauß, 2011). Die sexuelle Zufriedenheit hängt vom Vorhandensein sexueller koitaler Aktivität ab (Brähler, 1999).

Zur Wichtigkeit des Sexuallebens liegen keine deutschen, jedoch europäische Daten vor. Ihr Sexualleben war 48 % der europäischen Männer im Alter von 58 bis 75 Jahren wichtig oder sehr wichtig (Korfage et al., 2009).

Angaben zur erektilen Dysfunktion (ED) von Männern können stark voneinander abweichen. Dies liegt an unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten, unterschiedlichen

Zusammensetzungen der Studienpopulationen und unterschiedlichen Definitionen von ED. In Deutschland schwankt die Gesamtprävalenz je nach Studie zwischen 8 % und 40 %. Unter den 40- bis 80-jährigen, sexuell aktiven, deutschen Männern gaben 8 % an, über mindestens zwei Monate hinweg eine erektile Dysfunktion bemerkt zu haben (Moreira et al., 2005). Mittels „Kölner Erfassungsbogen der erektilen Dysfunktion“ wurde eine ED-Gesamtprävalenz von 19 % der Kölner Männer im Alter von 30 bis 80 Jahren ermittelt. Eine ED wurde hier als eine Sexualstörung definiert, die einen befriedigenden Geschlechtsverkehr nicht oder nur eingeschränkt möglich macht (Braun et al., 2003). Eine ED wurde bei 40 % der 18- bis 79-jährigen Männern aus Cottbus mittels der Domäne „erektile Funktion“ des „International Index of Erectile Function“ (IIEF-EF) erkannt. Definiert wurde die ED als Unfähigkeit eine Erektion zu erlangen oder zu halten, die eine sexuelle zufriedenstellende Leistung sicherstellen kann (May et al., 2007).

In der Alterskategorie 40 bis 49 Jahre lagen ED-Prävalenzen von 10 % (Braun et al., 2003) bis 20 % (May et al., 2007) bei deutschen Männern vor. Zunehmendes Alter korrelierte signifikant mit ED (Moreira et al., 2005).

Das Auftreten einer ED konnte als erster Indikator für eine chronisch ischämische Herzkrankheit bei Männern erkannt werden (Chew et al., 2008).

Männer mit einer ED waren sexuell unzufriedener als Männer ohne ED (Sand et al., 2008) und machten sich mehr Sorgen betreffend sexueller Leistung (Wilcox et al., 2015). Eine Assoziation zwischen ED und unregelmäßiger sexueller Aktivität konnte festgestellt werden (Laumann et al., 2005).

In vorliegender Arbeit wird die ED-Prävalenz mittels IIEF-EF erhoben und der Zusammenhang zwischen ED und Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl beleuchtet.

1.3 Fragestellung

Um die bisherigen Daten zum Selbstbild deutscher Männer zu erweitern, wurde vorliegendes Begleitprojekt zur PROBASTE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial) durchgeführt.

Folgende vier Facetten des Selbstbilds wurden erfasst, da sie aus urologischer Sicht die wichtigsten darstellen:

- Körperbild
- Verständnis der Männerrolle
- Wahrnehmung sozialen Drucks
- Sexuelles Selbstwertgefühl

Da zu diesen vier Facetten keine passenden etablierten Kurzinstrumente zur Datenerhebung vorlagen, wurde ein eigener kurzer Fragebogen zum Selbstbild verfasst. Der Fragebogen besteht aus jeweils drei bzw. vier Fragen zu den Themen Körperbild, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl, die auf einer Skala von „Nicht“ (1) bis „Völlig“ (5) beantwortet wurden (z.B. „Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines „echten Mannes“ entsprechen kann.“). Das Verständnis der Männerrolle wird mit drei Fragen erfasst, auf die mit „Trifft sehr zu“ (1) bis „Trifft gar nicht zu“ (5) geantwortet wird (z.B. „Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.“). Der Fragebogen wurde einer Faktoren- und Reliabilitätsanalyse unterzogen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Analysen konnten die Fragen der vier Facetten zu jeweils einer Skala von 1 bis 5 zusammengefasst werden. Dies ermöglicht eine klare und vergleichbare Darstellung und Beschreibung der vier Selbstbildfacetten.

Das Selbstbild wird sowohl durch das Handeln des Menschen als auch durch seine Lebensumstände und seine Umwelt beeinflusst. Das Sexualleben stellt eines dieser

Einflussfaktoren dar, welches in vorliegender Arbeit durch folgende sieben Aspekte beschrieben wird:

- Feste Partnerschaft
- Zufriedenheit mit Partnerschaft
- Sexuelle Aktivität in den letzten drei Monaten
- Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität
- Zufriedenheit mit Sexualleben
- Wichtigkeit der Sexualität
- Erektile Dysfunktion

Desweiteren wird der Zusammenhang zwischen den vier Selbstbildfacetten und den sieben Aspekten des Sexuallebens analysiert.

Die erektile Funktion wird ausführlicher behandelt, da sie klinisch besonders relevant ist.

2 Material und Methodik

2.1 Studiendesign

Vorliegende Arbeit ist als Begleitprojekt der PROBASTE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial) entstanden mit dem Ziel, das Selbstbild und das Sexualleben der 45-jährigen Männer in Deutschland zu erfassen.

Die PROBASTE-Studie untersucht ein modernes Konzept der Prostatakarzinomvorsorge, welches aus risikoadaptierten PSA-Kontrollen (Prostata spezifisches Antigen) besteht.

Ziel der PROBASTE-Studie ist die Etablierung einer standardisierten, risikoadaptierten Prostatakarzinomfrüherkennung. Hierzu werden seit Frühjahr 2014 45-jährige Männer über die Einwohnermeldeämter zufällig ausgewählt und in die vier Studienzentren (Düsseldorf, Hannover, Heidelberg und München) zur Studienteilnahme eingeladen. Somit beginnt die Studie für die Probanden mit 45 Jahren. Die Laufzeit der Studie beträgt 20 Jahre. Endpunkt der Studie ist das metastasenfremde und karzinomspezifische Überleben.

Die Probanden müssen folgende Einschlusskriterien erfüllen: Alter 45 Jahre, schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie nach ärztlicher Aufklärung, kein diagnostiziertes Prostatakarzinom.

Bei Erstvorstellung wird von jedem Probanden eine Anamnese (u.a. Prostatakarzinom, Ethnizität) durch einen Arzt erhoben. Weiter erhält der Proband einen Basisfragebogen (u.a. hinsichtlich fester Partnerschaft) und einen Zusatzfragebogen zu Lebensstil, Psychoonkologie und Sexualität (u.a. hinsichtlich sexueller Orientie-

rung, Aspekte des Sexuallebens und des Selbstbildes).

Folgende Voraussetzungen muss der Proband erfüllen, um in das Begleitprojekt „Selbstbild und Sexualleben“ aufgenommen zu werden: Kaukasier als Ethnizität, heterosexuell als sexuelle Orientierung, Beantwortung hinreichend vieler Fragen zu Selbstbild und Sexualleben. Ein Jahr nach Studienbeginn konnten somit 3143 von 5895 Probanden in das Begleitprojekt „Selbstbild und Sexualleben“ eingeschlossen werden.

2.2 Fragen zum Selbstbild

Um das Selbstbild der Probanden zu erfassen, wird sich auf folgende vier Facetten des Selbstbildes beschränkt:

- Körperbild
- Verständnis der Männerrolle
- Wahrnehmung sozialen Drucks
- Sexuelles Selbstwertgefühl

Da zur Erfassung dieser Dimensionen keine passenden etablierten Kurzinstrumente vorliegen und die Datenerhebung mit ausführlichen Fragebögen aus organisatorischen Gründen nicht angemessen erschien, wurde ein eigener kurzer Fragebogen zum Selbstbild verfasst. Dieser besteht aus Fragen, die teilweise aus schon bestehenden Fragebögen gewählt wurden und teilweise auf der Basis klinisch-empirischer Erfahrung neu verfasst wurden. Der somit neu erstellte Fragebogen wurde mittels einer Faktorenanalyse und einer Reliabilitätsanalyse überprüft.

2.2.1 Körperbild

Um die Facette Körperbild zu beschreiben, dienen Fragen des „Dresdner Körperbildfragebogens“. Dieser wurde von Pöhlmann, Thiel und Joraschky 2007 veröffentlicht

und stellt ein mehrdimensionales, reliables und valides Verfahren dar, um die Einstellung zum eigenen Körper zu erfassen. Er besteht aus 35 Fragen zu den folgenden fünf Themen (Pöhlmann et al., 2008; Matthes et al., 2012; Pöhlmann et al., 2014):

- Vitalität
(z.B. „Ich bin körperlich fit.“)
- Selbstakzeptanz
(z.B. „Wenn ich etwas an meinem Körper ändern könnte, würde ich es tun.“)
- Körperkontakt
(z.B. „Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.“)
- Sexuelle Erfüllung
(z.B. „Ich bin mit meinem sexuellen Erleben völlig zufrieden.“)
- Selbstaufwertung
(z.B. „Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erhalten.“)

Es wurden folgende zwei Fragen aus dem Bereich Selbstakzeptanz gestellt:

Ich mag meinen Körper.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Ich zeige meinen Körper gern.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)

- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Es wurde folgende Frage aus dem Bereich sexuelle Erfüllung gestellt:

In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Es wurde der Mittelwert berechnet, indem die Skalenwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert wurden.

Je höher der Mittelwert ist, desto besser ist das Körperbild.

2.2.2 Verständnis der Männerrolle

Die Facette Verständnis der Männerrolle wird mit Hilfe des „Male Role Norms Scale“ ermittelt. Hierbei handelt es sich um einen mehrdimensionalen Fragebogen zur Rolle des Mannes. Er wurde von Thompson und Pleck 1986 im Journal American Behavioral Scientist veröffentlicht und besteht aus 26 Items. Er gliedert sich in folgende drei Subskalen (Thompson & Pleck, 1986):

- Status-Norm
(z.B. „Erfolg im Beruf muss für einen Mann das zentrale Ziel im Leben sein.“)
- Toughness-Norm
(z.B. „Ein Mann sollte auf seinen eigenen Beinen stehen und nie auf die Hilfe anderer angewiesen sein.“)

– Antifemininity-Norm

(z.B. „Es stört mich, wenn ein Mann etwas tut, das ich für weiblich halte.“)

Thiele et al. stellten 2001 anhand des Posters „Maskuline Rollenorientierung, Sensation Seeking und Aggressivität bei jungen Männern - Validierung der ‚Male Role Norms Scale‘“ die Ergebnisse ihrer Studie und eine deutsche Version des Fragebogens (Thiele et al., 2001). Folgende drei Fragen wurden in Anlehnung an die deutsche Version der Untergruppe Toughness-Norm gestellt:

Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.

- Trifft sehr zu (1)
- Trifft zu (2)
- Trifft mehr oder weniger zu (3)
- Trifft nicht zu (4)
- Trifft gar nicht zu (5)

Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.

- Trifft sehr zu (1)
- Trifft zu (2)
- Trifft mehr oder weniger zu (3)
- Trifft nicht zu (4)
- Trifft gar nicht zu (5)

Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu wirken, auch wenn er schwächlich gebaut ist.

- Trifft sehr zu (1)
- Trifft zu (2)
- Trifft mehr oder weniger zu (3)

- Trifft nicht zu (4)
- Trifft gar nicht zu (5)

Es wurde der Mittelwert berechnet, indem die Skalenwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert wurden.

Je niedriger der Mittelwert ist, desto traditioneller ist das Verständnis der Männerrolle. Folglicherweise meint ein traditionelles Verständnis der Männerrolle eine hohe Übereinstimmung mit den maskulinen Rollennormen der Subskala „Toughness-Norm“. Dies bedeutet, dass der Proband die Erwartungen unterstützt, dass Männer mental, physisch und emotional stark sein sollten.

2.2.3 Wahrnehmung sozialen Drucks

Um die Facette Wahrnehmung sozialen Drucks zu erfragen, konnten keine geeigneten schon bestehenden Fragen gefunden werden. Daher wurden vom Studienteam im Jahr 2013 folgende vier Fragen auf der Basis klinisch-empirischer Erfahrung verfasst:

Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Ich habe den Eindruck, dass heutzutage von Männern beim Sex zu viel erwartet wird.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)

- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Ich fühle mich sexuell unter Druck gesetzt.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines „echten Mannes“ entsprechen kann.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Es wurde der Mittelwert berechnet, indem die Skalenwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert wurden.

Je höher der Mittelwert ist, desto stärker wird sozialer Druck wahrgenommen.

2.2.4 Sexuelles Selbstwertgefühl

Um die Facette sexuelles Selbstwertgefühl in wenigen Fragen zu bestimmen, wurden vom Studienteam 2013 drei neue Fragen entworfen. Diese lauten folgendermaßen:

Beim Sex bin ich ein guter Liebhaber.

- Nicht (1)

- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Beim Sex achte ich darauf, was meine Partnerin / mein Partner sich wünscht.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Beim Sex bin ich phantasievoll.

- Nicht (1)
- Kaum (2)
- Teilweise (3)
- Weitgehend (4)
- Völlig (5)

Es wurde der Mittelwert berechnet, indem die Skalenwerte addiert und durch die Anzahl der Fragen dividiert wurden.

Je höher der Mittelwert ist, desto größer ist das sexuelle Selbstwertgefühl.

2.2.5 Bildung der Skalen des Selbstbildes

Die Fragen zum Selbstbild wurden aus schon bestehenden Fragebögen ausgewählt bzw. neu verfasst (siehe Kapitel 2.2). Um zu ermitteln, ob die Fragen der vier Facetten zu jeweils einer Skala zusammengefasst werden können und wie hoch die Reliabilitäten sind, wurde eine Faktoren- und eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt (siehe Kapitel 6.1).

Die Ergebnisse dieser Analysen zeigen, dass man die Antworten folgender Fragen jeweils zu einer Skala zusammenfassen kann:

- **Körperbild:**
Ich mag meinen Körper.
Ich zeige meinen Körper gern.
In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.
- **Verständnis der Männerrolle:**
Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert.
Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.
Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu wirken, auch wenn er schwächlich gebaut ist.
- **Wahrnehmung sozialen Drucks:**
Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen.
Ich habe den Eindruck, dass heutzutage von Männern beim Sex zu viel erwartet wird.
Ich fühle mich sexuell unter Druck gesetzt.
Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines „echten Mannes“ entsprechen kann.
- **Sexuelles Selbstwertgefühl:**
Beim Sex bin ich ein guter Liebhaber.

Beim Sex achte ich darauf, was meine Partnerin /mein Partner sich wünscht.
Beim Sex bin ich phantasievoll.

2.3 Fragen zum Sexualleben

Um das Sexualleben der Probanden zu beschreiben, werden folgende sieben Aspekte erfasst:

- Feste Partnerschaft
- Zufriedenheit mit Partnerschaft
- Sexuelle Aktivität in den letzten drei Monaten
- Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität
- Zufriedenheit mit Sexualleben
- Wichtigkeit der Sexualität
- Erektile Dysfunktion

2.3.1 Feste Partnerschaft und Zufriedenheit mit Partnerschaft

Um das Vorliegen einer festen Partnerschaft zu ermitteln, wurde folgende Frage gestellt:

Haben Sie einen festen Partner / eine feste Partnerin?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- ja
- nein

Um die Zufriedenheit mit der Partnerschaft zu erfragen, wurde ein Teil des Partnerschaftsfragebogens gebraucht. Dieser wurde von Hahlweg 1979 entwickelt und 1996 veröffentlicht (Hinz et al., 2001; Kliem et al., 2012).

Er umfasst folgende drei Subskalen:

- Streitverhalten
(z.B. „Er/Sie gibt mir die Schuld, wenn etwas schief gegangen ist.“)
- Zärtlichkeit
(z.B. „Er/Sie nimmt mich in den Arm.“)
- Gemeinsamkeit/Kommunikation
(z.B. „Wir unterhalten uns am Abend mindestens eine halbe Stunde miteinander.“)

Des Weiteren besteht er aus dem „Glück-Item“, das nach einer generellen Einschätzung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft fragt. Diese Frage wurde für vorliegende Arbeit verwendet und lautet wie folgt:

Wie glücklich würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

- Sehr unglücklich (0)
- Unglücklich (1)
- Eher unglücklich (2)
- Eher glücklich (3)
- Glücklich (4)
- Sehr glücklich (5)

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- unglücklich (sehr unglücklich; unglücklich; eher unglücklich)
- glücklich (eher glücklich; glücklich; sehr glücklich)

Darüber hinaus wurde der Mittelwert des „Glück-Items“ für alle Probanden ermittelt, indem die Skalenwerte addiert und durch die Anzahl der antwortenden Probanden dividiert wurden.

Je höher der Mittelwert ist, desto glücklicher werden die Partnerschaften der Probanden im Mittel eingeschätzt.

2.3.2 Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität

Bei der Erstellung der Frage zur sexuellen Aktivität orientierte man sich an zwei Arbeiten.

Die erste wurde von Lindau et al. 2007 veröffentlicht, in der die Ergebnisse ihrer Studie über Sexualität und Gesundheit bei älteren Erwachsenen in den Vereinigten Staaten repräsentiert werden (Lindau et al., 2007). Sie fragten unter anderem nach der sexuellen Aktivität in den letzten 12 Monaten, die wie folgt definiert wurde:

“Sex or sexual activity was defined as 'any mutually voluntary activity with another person that involves sexual contact, whether or not intercourse or orgasm occurs.’“ (Lindau et al., 2007, S.763)

Diese Definition wurde in deutscher Version für vorliegende Arbeit übernommen.

Die zweite Arbeit stellt eine Veröffentlichung von Reece et al. 2010 dar. Hier handelt es sich um eine Studie über das Sexualverhalten, den Beziehungsstatus und die empfundene Gesundheit von Erwachsenen in den Vereinigten Staaten. Dazu fragten sie nach der sexuellen Aktivität im letzten Jahr und explizit in den letzten drei Monaten (Reece et al., 2010).

Reece et al. teilten die Antwortmöglichkeiten wie folgt ein:

- „Not in past year
- A few times per year to monthly
- A few times per month to weekly

2-3 times per week

≥ 4 times per week“ (Reece et al., 2010, S.299)

Diese Einteilung wurde in deutscher Version für vorliegende Arbeit übernommen.

Den Probanden wurde folgende Frage vorgelegt:

Sind Sie in den letzten 3 Monaten sexuell aktiv gewesen?

„Sexuell aktiv“ bedeutet, dass es auf freiwilliger Basis zu irgendeinem sexuellen Verhalten mit einer anderen Person kam, mit oder ohne Geschlechtsverkehr oder Orgasmus.

- Nein
- Ja, ein paar Mal pro Monat bis ein Mal pro Woche (= ja, ≤ 1 / Woche)
- Ja, 2 bis 3 Mal pro Woche (= ja, 2-3 / Woche)
- Ja, 4 Mal oder häufiger pro Woche (= ja, ≥ 4 / Woche)

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- nein
- ja, ≤ 1 /Woche
- ja, > 1 /Woche (ja, 2-3 / Woche; ja, ≥ 4 / Woche)

Die Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität wurde bereits von Hyde et al. 2010 untersucht. Sie beschäftigten sich mit der sexuellen Aktivität und damit assoziierten Faktoren bei 75- bis 95-jährigen Männern in Australien. Es wurden unter anderem Daten zur Wichtigkeit und Häufigkeit sexueller Aktivität erhoben sowie zur Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität (Hyde et al., 2010). In Anlehnung an diese Studie wurde den Probanden folgende Frage gestellt:

Wenn Sie daran denken, wie häufig Sie in den letzten 3 Monaten sexuell aktiv waren - würden Sie sich wünschen, dass Sie häufiger oder auch seltener Sex hätten?

- Wünsche mir häufiger Sex als tatsächlich gehabt (= *häufiger Sex*)
- Wünsche mir seltener Sex als tatsächlich gehabt (= *seltener Sex*)
- Wünsche es mir genauso wie es in den letzten 3 Monaten war (= *gleichviel Sex*)

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- seltener Sex
- häufiger Sex
- gleichviel Sex

2.3.3 Zufriedenheit mit Sexualeben und Wichtigkeit der Sexualität

Nach der Zufriedenheit mit dem Sexualeben und nach der Wichtigkeit des Sexualebens fragten Korfage et al. im Rahmen ihrer Studie über den Zusammenhang der erektilen Dysfunktion und der geistigen Gesundheit älterer Männer. Hierfür erhoben sie desweiteren Daten zur erektilen Dysfunktion, geistigen Gesundheit und Lebensqualität (Korfage et al., 2009). In Anlehnung an diese Arbeit wurde den Probanden folgende Frage zur Zufriedenheit gestellt:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexleben?

- Sehr unzufrieden
- Unzufrieden
- Mehr oder weniger zufrieden
- Zufrieden

- Sehr zufrieden

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- unzufrieden (sehr unzufrieden; unzufrieden)
- mehr oder weniger zufrieden
- zufrieden (zufrieden; sehr zufrieden)

Ebenfalls in Anlehnung an die Arbeit von Korfage wurde den Probanden folgende Frage zur Wichtigkeit gestellt:

Wie wichtig ist Ihnen aktuell Sexualität?

- Sehr wichtig
- Wichtig
- Mehr oder weniger wichtig
- Unwichtig
- Sehr unwichtig

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit vorgenommen:

- wichtig (sehr wichtig; wichtig)
- mehr oder weniger wichtig
- unwichtig (sehr unwichtig; unwichtig)

2.3.4 Erektile Funktion

Zur Ermittlung einer erektilen Dysfunktion (ED) wird ein Teil des International Index of Erectile Function (IIEF) verwendet. Dieser wurde 1997 von Rosen veröffentlicht und umfasst 15 Fragen zu den folgenden fünf Domänen (Rosen et al., 1997):

- Erektile Funktion
(z.B. „Wenn Sie während der letzten 4 Wochen bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?“)
- Orgasmusfunktion
(z.B. „Wenn Sie während der letzten 4 Wochen sexuell stimuliert wurden oder Geschlechtsverkehr hatten, wie oft hatten Sie das Gefühl eines Orgasmus mit oder ohne Samenerguss?“)
- Sexuelles Verlangen
(z.B. „Wie oft haben Sie während der letzten 4 Wochen sexuelles Verlangen verspürt?“)
- Zufriedenheit mit Geschlechtsverkehr
(z.B. „Wie sehr haben Sie während der letzten 4 Wochen den Geschlechtsverkehr genossen?“)
- Gesamtzufriedenheit
(z.B. „Wie zufrieden waren Sie während der letzten 4 Wochen mit Ihrem Sexualleben insgesamt?“)

Bei der Beantwortung der Fragen gelten folgende Definitionen:

- Geschlechtsverkehr ist definiert als vaginale Penetration der Partnerin (Eindringen in die Partnerin).
- Samenerguss ist definiert als der Ausstoß von Samen aus dem Penis (oder die Empfindung dessen).
- Sexuelle Aktivität beinhaltet Geschlechtsverkehr, Zärtlichkeiten, Vorspiel und Masturbation (Selbstbefriedigung).

- Sexuelle Stimulation beinhaltet Situationen wie Liebesspiele mit der Partnerin, Betrachten erotischer Bilder usw.
- Sexuelles Verlangen ist definiert als Gefühl, das den Wunsch nach einem sexuellen Erlebnis (z.B. Masturbation oder Geschlechtsverkehr), den Gedanken an Sex oder die Frustration über den Mangel an Sex beinhalten kann.

Die Domäne „erektile Funktion“ (IIEF-EF) umfasst folgende sechs Fragen, die in vorliegender Arbeit berücksichtigt werden:

Wie würden Sie während der letzten 4 Wochen Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

- Sehr gering (1)
- Gering (2)
- Mäßig (3)
- Stark (4)
- Sehr Stark (5)

Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen in der Lage, während sexueller Aktivitäten eine Erektion zu bekommen?

- Keine sexuelle Aktivität (0)
- Fast nie / nie (1)
- Gelegentlich (weniger als 50 %) (2)
- Öfter (etwa 50 %) (3)
- Meist (deutlich öfter als 50 %) (4)
- Fast immer / immer (5)

Wenn Sie während der letzten 4 Wochen bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

- Keine sexuelle Aktivität (0)

- Fast nie / nie (1)
- Gelegentlich (weniger als 50 %) (2)
- Öfter (etwa 50 %) (3)
- Meist (deutlich öfter als 50 %) (4)
- Fast immer / immer (5)

Wenn Sie während der letzten 4 Wochen versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie in der Lage, Ihre Partnerin zu penetrieren (in sie einzudringen)?

- Ich habe nicht versucht Geschlechtsverkehr zu haben (0)
- Fast nie / nie (1)
- Gelegentlich (weniger als 50 %) (2)
- Öfter (etwa 50 %) (3)
- Meist (deutlich öfter als 50 %) (4)
- Fast immer / immer (5)

Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?

- Ich habe nicht versucht Geschlechtsverkehr zu haben (0)
- Fast nie / nie (1)
- Gelegentlich (weniger als 50 %) (2)
- Öfter (etwa 50 %) (3)
- Meist (deutlich öfter als 50 %) (4)
- Fast immer / immer (5)

Wie schwierig war es während der letzten 4 Wochen beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?

- Ich habe nicht versucht Geschlechtsverkehr zu haben (0)

- Extrem schwierig (1)
- Sehr schwierig (2)
- Schwierig (3)
- Nicht sehr schwierig (4)
- Kein Problem (5)

Zur Auswertung der Domäne „erektile Funktion“ werden die Skalenwerte addiert. Folgende Klassifikation wurde von Cappelleri 1999 veröffentlicht (Cappelleri et al., 1999):

- schwere ED (6-10)
- mäßige ED (11-16)
- milde bis mäßige ED (17-21)
- milde ED (22-25)
- keine ED (26-30)

Folgende Einteilung wird in dieser Arbeit für die erektile Dysfunktion vorgenommen:

- ja (≤ 25)
- nein (> 25)

Ausgeschlossen wurden diejenigen Probanden, die nicht sexuell aktiv waren bzw. keinen Geschlechtsverkehr versucht haben.

2.4 Statistik

Selbstbild der Probanden

Zur Darstellung der Häufigkeitsverteilung innerhalb der Facetten Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl wurden prozentuale Anteile angegeben. Mittelwert und Standardabweichung jeder Facette werden unter Berücksichtigung der Mittelwertimputation berechnet. Als Modalwert wird der Wert bezeichnet, der am häufigsten vorkommt.

Sexualleben der Probanden

Zur deskriptiven Statistik des Sexuallebens der Probanden wurden Absolutzahlen und prozentuale Anteile verwendet.

Zusammenhang zwischen Selbstbild und Sexualleben

Um die Zusammenhänge zwischen den Eigenschaften des Sexuallebens und den Facetten Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl darzustellen, wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der Facetten anhand des T-Tests berechnet und die p -Werte angegeben. Die Effektstärken liegen in Form von Cohens d vor, welches wie folgt interpretiert wird (Cohen, 1988):

- $0,2 \leq d < 0,5$: kleiner Effekt
- $0,5 \leq d < 0,8$: mittlerer Effekt
- $0,8 \leq d$: großer Effekt

Faktorenanalyse

Anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums wurden die Daten auf deren Eignung für eine Faktorenanalyse geprüft. Zur Bestimmung der Faktorenanzahl wurde die Hauptkomponentenanalyse und der Scree-Test durchgeführt. Eigenwerte und Anteile

an der Varianz wurden angegeben. Zur Ermittlung der Faktorladungen wurden die Rotationsmethode Oblimin mit Kaiser-Normalisierung benutzt.

Reliabilitätsanalyse

Die Reliabilitätsanalyse dient der internen Konsistenzprüfung. Hierfür wurde Cronbachs Alpha berechnet.

3 Ergebnisse

In vorliegendem Begleitprojekt der PROBASE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial) konnten 3143 von 5895 Probanden eingeschlossen werden.

Das Selbstbild der Probanden wird mit den Ergebnissen folgender vier Facetten beschrieben:

- Körperbild
- Verständnis der Männerrolle
- Wahrnehmung sozialen Drucks
- Sexuelles Selbstwertgefühl

Das Sexualleben der Probanden wird durch die Ergebnisse folgender sieben Aspekte dargestellt:

- Feste Partnerschaft
- Zufriedenheit mit Partnerschaft
- Sexuelle Aktivität in den letzten drei Monaten
- Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität
- Zufriedenheit mit Sexualleben
- Wichtigkeit der Sexualität
- Erektile Dysfunktion

Des Weiteren werden die Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen den vier Selbstbildfacetten und den sieben Aspekten des Sexuallebens beschrieben.

Aufgrund unvollständiger Angaben der Probanden schwankt die Anzahl der Probanden in den einzelnen Ergebnisteilen zwischen 2487 und 3111.

3.1 Selbstbild der Probanden

Um einen Einblick in das Selbstbild der Probanden zu gewinnen, wurden vier Facetten des Selbstbildes untersucht. Die Facetten sind Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl.

3.1.1 Körperbild

Zur Facette Körperbild wurden drei Fragen gestellt, die auf einer Skala von „Nicht“ (1) bis „Völlig“ (5) beantwortet wurden (siehe auch Kapitel 2.2.1). Anhand der drei Antworten des Probanden wurde der Mittelwert für die Facette Körperbild berechnet, der einen Wert von 1 bis 5 annehmen kann.

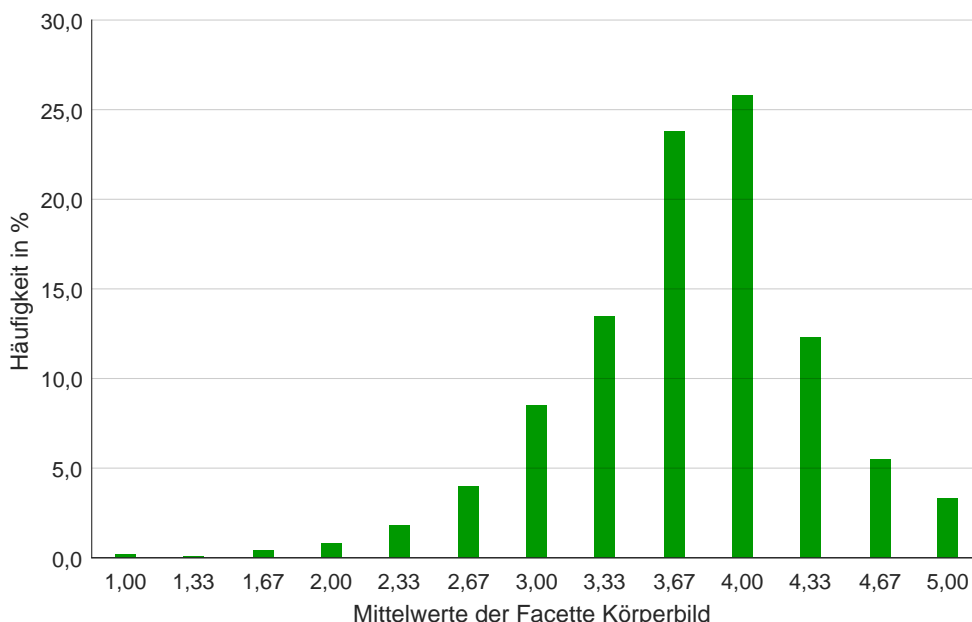


Abbildung 3.1: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette Körperbild

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette Körperbild sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten bei einem Mittelwert von 3,74 (SD 0,61; range 1-5). Der Modalwert liegt mit 25,8 % bei einem Wert von 4,00 Punkten (siehe Abbildung 3.1).

3.1.2 Verständnis der Männerrolle

Zum Thema Verständnis der Männerrolle wurden drei Fragen gestellt, die auf einer Skala von "Trifft sehr zu" (1) bis "Trifft gar nicht zu" (5) beantwortet wurden (siehe auch Kapitel 2.2.2). Anhand der drei Antworten des Probanden wurde der Mittelwert für die Facette Verständnis der Männerrolle berechnet, der einen Wert von 1 bis 5 annehmen kann.

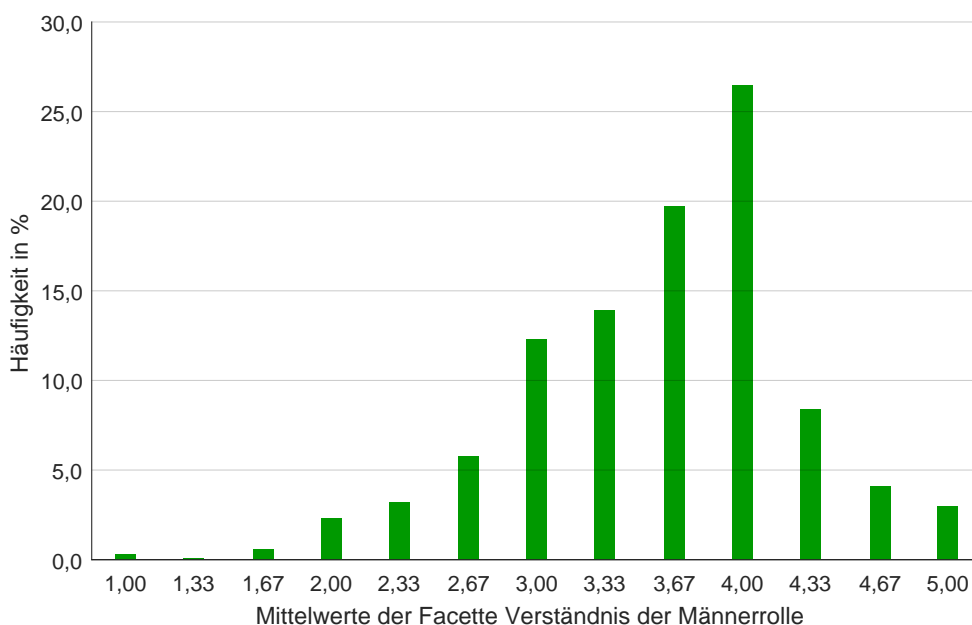


Abbildung 3.2: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette Verständnis der Männerrolle

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette Verständnis der Männerrolle sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten bei einem Mittelwert von 3,60 (SD 0,67; range 1-5). Der Modalwert liegt mit 26,5 % bei einem Wert von 4,00 Punkten (siehe Abbildung 3.2).

3.1.3 Wahrnehmung sozialen Drucks

Zur Facette Wahrnehmung sozialen Drucks wurden vier Fragen gestellt, die auf einer Skala von "Nicht" (1) bis "Völlig" (5) beantwortet wurden (siehe auch Kapitel 2.2.3). Anhand der vier Antworten des Probanden wurde der Mittelwert für die Facette Wahrnehmung sozialen Drucks berechnet, der einen Wert von 1 bis 5 annehmen kann.

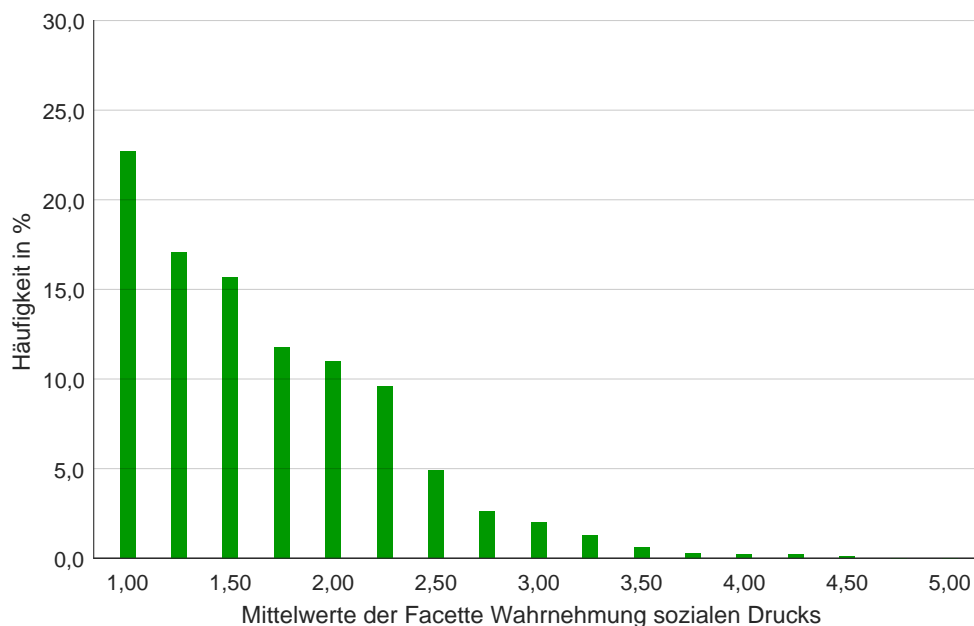


Abbildung 3.3: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette Wahrnehmung sozialen Drucks

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette Wahrnehmung sozialen Drucks sind schief verteilt mit Trend zu niedrigeren Werten bei einem Mittelwert von 1,67 (SD 0,61; range 1-5). Der Modalwert liegt mit 22,7 % bei einem Wert von 1,00 Punkten (siehe Abbildung 3.3).

3.1.4 Sexuelles Selbstwertgefühl

Zum Thema sexuelles Selbstwertgefühl wurden drei Fragen gestellt, die auf einer Skala von "Nicht" (1) bis "Völlig" (5) beantwortet wurden (siehe auch Kapitel 2.2.4).

Anhand der drei Antworten des Probanden wurde der Mittelwert für die Facette sexuelles Selbstwertgefühl berechnet, der einen Wert von 1 bis 5 annehmen kann.

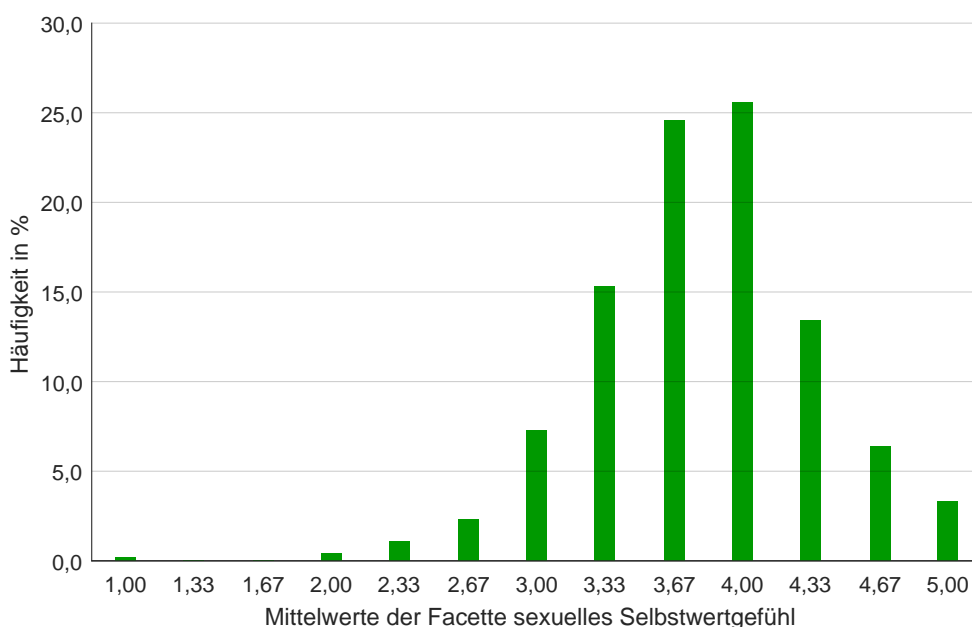


Abbildung 3.4: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette sexuelles Selbstwertgefühl

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette sexuelles Selbstwertgefühl sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten bei einem Mittelwert von 3,80 (SD 0,55; range 1-5). Der Modalwert liegt mit 25,6 % bei einem Wert von 4,00 Punkten. 50,2 % der Probanden haben einen Wert von 3,67 oder 4,00 Punkten (siehe Abbildung 3.4).

3.2 Sexualeben der Probanden

Das Sexualeben der Probanden wird durch die sieben Aspekte feste Partnerschaft, Zufriedenheit mit Partnerschaft, sexuelle Aktivität in den letzten drei Monaten, Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität“, Zufriedenheit mit Sexualeben, Wichtigkeit der Sexualität und erektile Dysfunktion beschrieben (siehe Kapitel 2.3).

Folgende Tabelle wurde in leicht abgewandelter Version bereits 2016 in der Fachzeitschrift „Der Urologe“ veröffentlicht (Kögel et al., 2016).

Tabelle 3.1: Anteile der Antwortmöglichkeiten der sieben Aspekte des Sexuallebens

Aspekt des Sexuallebens	Antwortmöglichkeit	%	n
Feste Partnerschaft	ja	86,7	2616
	nein	13,3	402
Zufriedenheit mit Partnerschaft	sehr unglücklich	2,3	62
	unglücklich	1,6	42
	eher unglücklich	6,3	172
	eher glücklich	22,4	609
	glücklich	45,7	1240
	sehr glücklich	21,7	589
Sexuelle Aktivität	nein	14,7	448
	ja, ≤ 1 / Woche	61,6	1882
	ja, 2-3 / Woche	20,0	611
	ja, ≥ 4 / Woche	3,7	114
Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität	seltener Sex	0,6	18
	häufiger Sex	55,7	1680
	gleichviel Sex	43,7	1316
Zufriedenheit mit Sexleben	sehr unzufrieden	5,8	178
	unzufrieden	13,2	404
	mehr oder weniger zufrieden	31,9	980
	zufrieden	40,0	1228
	sehr zufrieden	9,1	278
Wichtigkeit der Sexualität	sehr wichtig	16,8	517
	wichtig	51,0	1570
	mehr oder weniger wichtig	28,8	885
	unwichtig	3,0	92
	sehr unwichtig	0,4	11
Erektile Dysfunktion	ja	16,2	410
	nein	83,8	2126

In einer festen Partnerschaft leben 86,7 % der Probanden. 89,8 % der Probanden

schätzen ihre Partnerschaft als glücklich (eher glücklich; glücklich; sehr glücklich) ein. Die Zufriedenheit mit der eigenen Partnerschaft wird im Mittel mit 3,7 angegeben, was einer glücklichen Partnerschaft entspricht. Sexuell aktiv sind 85,3 % der Probanden. 55,7 % der Probanden wünschen sich häufiger Sex als sie tatsächlich gehabt haben. 49,1 % der Probanden sind zufrieden (zufrieden; sehr zufrieden) mit ihrem Sexleben und 67,8 % der Probanden ist Sexualität wichtig (sehr wichtig; wichtig). Eine erektile Dysfunktion haben 16,2 % der Probanden (siehe Tabelle 3.1).

3.3 Zusammenhang zwischen Selbstbild und Sexualeben

Im Folgenden werden die vier Selbstbildfacetten abhängig von den sieben Aspekten des Sexualebens dargestellt, wobei folgende Kurzformen benutzt werden: „Männerrolle“ für Verständnis der Männerrolle, „sozialer Druck“ für Wahrnehmung sozialen Drucks und „sex. Selbstwertgefühl“ für sexuelles Selbstwertgefühl.

3.3.1 Zusammenhang zwischen Selbstbild und fester Partnerschaft

Tabelle 3.2: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und fester Partnerschaft

Feste Partnerschaft	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
ja	3,8	0,6	3,6	0,7	1,6	0,6	3,8	0,5
nein	3,5	0,7	3,5	0,8	2,0	0,7	3,8	0,7
	<i>p</i> -Wert*	< 0,001		< 0,001		< 0,001		0,176
	<i>d</i>	0,445		0,208		-0,597		0,072

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Probanden in einer festen Partnerschaft haben in den Facetten Körperbild und Männerrolle signifikant höhere Werte als Probanden in keiner festen Partnerschaft ($p < 0,001$). In der Facette Körperbild ($d = 0,445$) ist der Effekt stärker als in der Facette Männerrolle ($d = 0,208$).

In der Facette sozialer Druck haben Probanden ohne fester Partnerschaft signifikant höhere Werte ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = -0,597$ spricht für einen mittleren Effekt.

Die Werte der Facette sex. Selbstwertgefühl zeigen kaum einen Unterschied ($p = 0,176$; $d = 0,072$) (siehe Tabelle 3.2).

3.3.2 Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Partnerschaft

Tabelle 3.3: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und Zufriedenheit mit Partnerschaft

Zufriedenheit mit Partnerschaft	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
unglücklich	3,6	0,7	3,5	0,7	1,9	0,8	3,7	0,6
glücklich	3,8	0,6	3,6	0,7	1,6	0,6	3,8	0,5
	<i>p</i> -Wert*		< 0,001		< 0,001		0,005	
	<i>d</i>		-0,322		0,498		-0,186	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Probanden, die ihre Partnerschaft als glücklich einschätzen, haben in den Facetten Körperbild, Männerrolle und sex. Selbstwertgefühl signifikant höhere Werte als Probanden, die ihre Partnerschaft als unglücklich einschätzen ($p < 0,001$ bzw. $p = 0,005$). In der Facette Körperbild ($d = -0,322$) ist der Effekt stärker als in den Facetten Männerrolle ($d = -0,276$) und sex. Selbstwertgefühl ($d = -0,186$).

In der Facette sozialer Druck haben Probanden in einer unglücklichen Partnerschaft signifikant höhere Werte ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = 0,498$ zeigt einen kleinen Unterschied (siehe Tabelle 3.3).

3.3.3 Zusammenhang zwischen Selbstbild und sexueller Aktivität

Tabelle 3.4: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und sexueller Aktivität

Sexuelle Aktivität	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
nein (1)	3,4	0,7	3,5	0,7	2,0	0,7	3,6	0,6
ja, ≤ 1 /Woche (2)	3,7	0,6	3,6	0,6	1,6	0,6	3,8	0,5
ja, > 1 /Woche (3)	3,9	0,6	3,6	0,7	1,5	0,5	4,0	0,5
<i>p</i> -Wert*	< 0,001		< 0,031		< 0,001		< 0,001	
<i>d</i> 1vs.2	-0,534		-0,138		0,557		-0,314	
<i>d</i> 1vs.3	-0,789		-0,129		0,728		-0,834	
<i>d</i> 2vs.3	-0,300		0,000		0,193		-0,564	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Je sexuell aktiver die Probanden waren, desto signifikant höhere Werte haben die Probanden in den Facetten Körperbild und sex. Selbstwertgefühl ($p < 0,001$). In der Facette Körperbild sprechen die Effektstärken d 1vs.2 = -0,534 und d 1vs.3 = -0,789 für einen klaren Unterschied, ebenso die Effektstärken d 1vs.3 = -0,834 und d 2vs.3 = -0,564 in der Facette sex. Selbstwertgefühl.

Je sexuell aktiver die Probanden waren, desto signifikant niedrigere Werte haben die Probanden in der Facette sozialer Druck ($p < 0,001$). Die Effektstärken d 1vs.2 = 0,557 und d 1vs.3 = 0,728 sprechen für einen mittleren Effekt.

Die Werte der Facette Männerrolle zeigen kaum einen Unterschied ($p < 0,031$; d 1vs.2 = -0,138; d 1vs.3 = -0,129; d 2vs.3 = 0,000) (siehe Tabelle 3.4).

3.3.4 Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität

Tabelle 3.5: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität

Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
seltener Sex (1)	3,4	0,7	3,1	0,7	1,8	0,6	3,6	0,9
häufiger Sex (2)	3,7	0,6	3,6	0,7	1,7	0,7	3,7	0,6
gleichviel Sex (3)	3,8	0,6	3,7	0,6	1,6	0,5	3,9	0,5
	<i>p</i> -Wert*	< 0,001	< 0,001		< 0,001		< 0,001	
	<i>d</i> 1vs.2	-0,492	-0,647		0,045		-0,336	
	<i>d</i> 1vs.3	-0,833	-0,827		0,404		-0,559	
	<i>d</i> 2vs.3	-0,230	-0,136		0,296		-0,201	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Probanden, die sich häufiger Sex wünschen als tatsächlich gehabt, haben signifikant höhere Werte in den Facetten Körperbild, Männerrolle und sex. Selbstwertgefühl als Probanden, die sich seltener Sex wünschen als tatsächlich gehabt ($p < 0,001$). In der Facette Männerrolle spricht die Effektstärke d 1vs.2 = -0,647 für einen klaren Unterschied.

Ebenso haben Probanden mit dem Wunsch nach gleichviel Sex signifikant höhere Werte in den Facetten Körperbild, Männerrolle und sex. Selbstwertgefühl als Probanden mit dem Wunsch nach häufiger Sex ($p < 0,001$). Die Effektstärken in den Facetten Körperbild (d 2vs.3 = -0,230), Männerrolle (d 2vs.3 = -0,136) und sex. Selbstwertgefühl (d 2vs.3 = -0,201) sprechen für einen kleinen Unterschied.

Probanden, die sich seltener Sex wünschen als tatsächlich gehabt, haben signifikant höhere Werte in der Facette sozialer Druck als Probanden, die sich häufiger Sex wünschen als tatsächlich gehabt ($p < 0,001$). Die niedrige Effektstärke d 1vs.2 = 0,045 spricht für keinen relevanten Unterschied.

Ebenso haben Probanden mit dem Wunsch nach häufiger Sex signifikant höhere Werte in der Facette sozialer Druck als Probanden mit dem Wunsch nach gleichviel Sex ($p < 0,001$). Die Effektstärke d 2vs.3 = 0,296 spricht für einen kleinen Unterschied (siehe Tabelle 3.5).

3.3.5 Zusammenhang zwischen Selbstbild und Zufriedenheit mit Sexualeben

Tabelle 3.6: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und Zufriedenheit mit Sexualeben

Zufriedenheit mit Sexualeben	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
unzufrieden (1)	3,5	0,7	3,4	0,8	1,9	0,8	3,7	0,6
mehr oder weniger zufrieden (2)	3,7	0,6	3,6	0,6	1,7	0,6	3,7	0,5
zufrieden (3)	3,9	0,5	3,7	0,7	1,5	0,5	3,9	0,5
<i>p</i> -Wert*	< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001	
<i>d</i> 1vs.2	-0,282		-0,252		0,330		-0,017	
<i>d</i> 1vs.3	-0,664		-0,319		0,692		-0,453	
<i>d</i> 2vs.3	-0,399		-0,078		0,347		-0,463	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Je zufriedener die Probanden mit ihrem Sexualeben sind, desto signifikant höhere Werte haben die Probanden in den Facetten Körperbild und Männerrolle ($p < 0,001$). In der Facette Körperbild spricht die Effektstärke d 1vs.3 = -0,664 für einen klaren Unterschied, in der Facette Männerrolle sprechen die Effektstärken d 1vs.2 = -0,252 und d 1vs.3 = 0,319 für einen kleinen Effekt.

Je zufriedener die Probanden mit ihrem Sexualeben sind, desto signifikant niedrigere Werte haben die Probanden in der Facette sozialer Druck ($p < 0,001$). Die Effektstärke d 1vs.3 = 0,692 spricht für einen mittleren Effekt.

Probanden, die mit ihrem Sexualeben zufrieden sind, haben signifikant höhere Werte in der Facette sex. Selbstwertgefühl als Probanden, die mit ihrem Sexualeben

unzufrieden oder mehr oder weniger zufrieden sind ($p < 0,001$). Die Effektstärken d 1vs.3 = $-0,453$ und d 2vs.3 = $-0,463$ sprechen für einen kleinen Effekt (siehe Tabelle 3.6).

3.3.6 Zusammenhang zwischen Selbstbild und Wichtigkeit der Sexualität

Tabelle 3.7: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und Wichtigkeit der Sexualität

Wichtigkeit der Sexualität	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
wichtig (1)	3,8	0,6	3,6	0,7	1,6	0,6	3,9	0,5
mehr oder weniger wichtig (2)	3,6	0,6	3,6	0,6	1,8	0,6	3,6	0,5
unwichtig (3)	3,4	0,7	3,7	0,7	1,8	0,7	3,4	0,7
	<i>p</i> -Wert*		0,201		< 0,001		< 0,001	
	<i>d</i> 1vs.2		-0,045		-0,279		0,612	
	<i>d</i> 1vs.3		-0,174		-0,249		0,886	
	<i>d</i> 2vs.3		-0,142		0,032		0,272	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

Je wichtiger den Probanden Sexualität ist, desto signifikant höhere Werte haben die Probanden in den Facetten Körperbild und sex. Selbstwertgefühl ($p < 0,001$). In der Facette Körperbild spricht die Effektstärke d 1vs.3 = $-0,789$ für einen klaren Unterschied, ebenso die Effektstärken d 1vs.2 = $-0,612$ und d 1vs.3 = $0,886$ in der Facette sex. Selbstwertgefühl.

Probanden, denen Sexualität wichtig ist, haben signifikant geringere Werte in der Facette sozialer Druck als Probanden, denen Sexualität mehr oder weniger wichtig oder unwichtig ist ($p < 0,001$). Die niedrigen Effektstärken d 1vs.2 = $-0,279$ und d 1vs.3 = $-0,249$ sprechen für einen kleinen Effekt.

Die Werte der Facette Männerrolle zeigen kaum einen Unterschied ($p = 0,201$; d 1vs.2 = $-0,045$; d 1vs.3 = $-0,174$; d 2vs.3 = $-0,142$) (siehe Tabelle 3.7).

3.3.7 Zusammenhang zwischen Selbstbild und erektiler Dysfunktion

Folgendes Kapitel wurde bereits 2016 in „Der Urologe“ veröffentlicht (Kögel et al., 2016).

Tabelle 3.8: Zusammenhang zwischen Selbstbildfacetten und erektiler Dysfunktion

Erektile Dysfunktion	Körperbild		Männerrolle		Sozialer Druck		Sex. Selbstwertgefühl	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
ja	3,6	0,6	3,4	0,7	2,1	0,7	3,6	0,6
nein	3,8	0,5	3,7	0,6	1,5	0,5	3,9	0,5
	<i>p</i> -Wert*		< 0,001		< 0,001		< 0,001	
	<i>d</i>		-0,479		-0,415		1,213	

* berechnet mittels F-Test

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *d* = Effektstärke nach Cohen

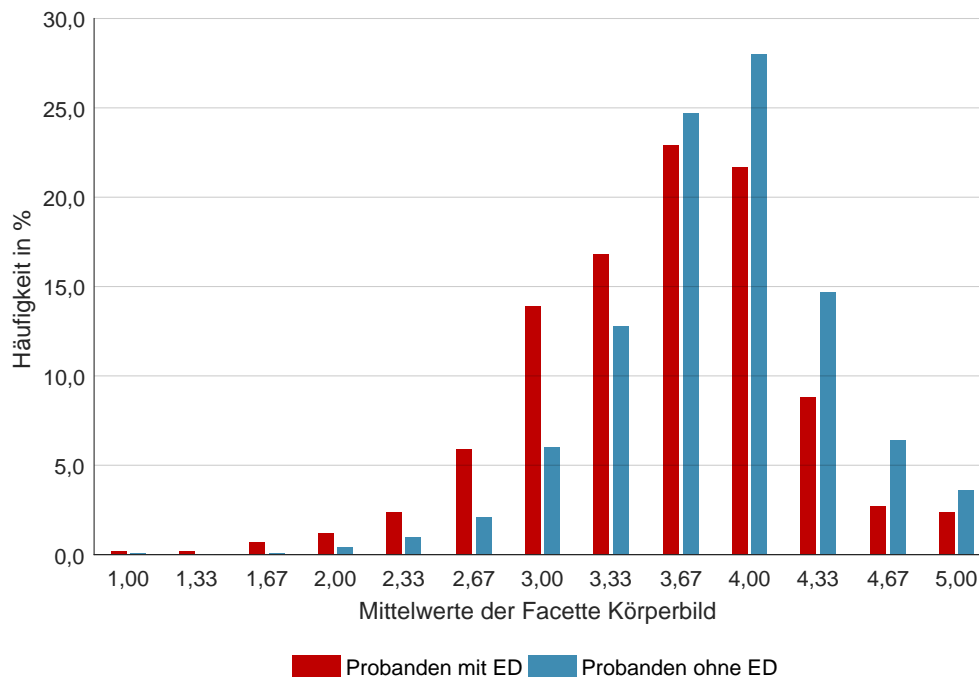


Abbildung 3.5: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette „Körperbild“ zwischen Probanden mit und ohne erektiler Dysfunktion (ED) ($p < 0,001$)

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette Körperbild sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten, wobei die Probanden mit erektiler Dysfunktion (ED) signifikant niedrigere Werte ($M = 3,6$; $SD = 0,6$) als die Probanden ohne ED ($M = 3,8$; $SD = 0,5$) haben ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = -0,479$ spricht für einen kleinen Effekt. Der Modalwert der Probanden mit ED liegt mit 22,9 % bei einem Wert von 3,67 Punkten, wohingegen sich der Modalwert der Probanden ohne ED mit 28,0 % bei einem Wert von 4,00 Punkten befindet. Einen Mittelwert von mind. 3,33 Punkten, was für ein tendenziell gutes Körperbild spricht, erreichen 75,3 % der Probanden mit ED und 90,2 % der Probanden ohne ED (siehe Abbildung 3.5).

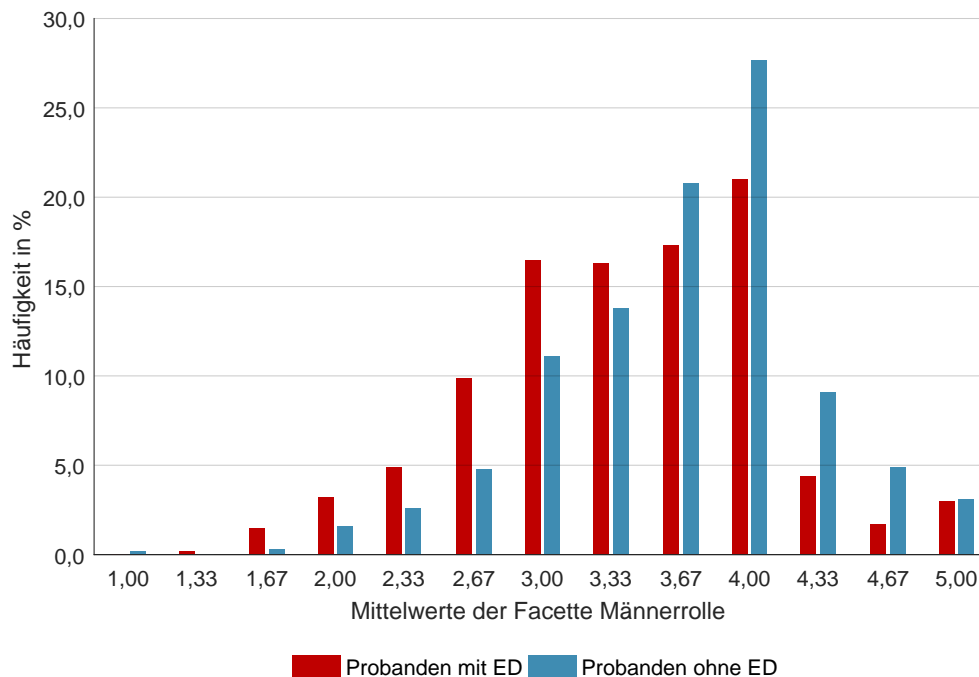


Abbildung 3.6: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette Männerrolle zwischen Probanden mit und ohne erektiler Dysfunktion (ED) ($p < 0,001$)

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette Männerrolle sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten, wobei die Probanden mit ED signifikant niedrigere Werte ($M = 3,4$; $SD = 0,7$) als die Probanden ohne ED ($M = 3,7$; $SD = 0,6$) haben ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = -0,415$ spricht für einen kleinen Effekt. Der Modalwert der Probanden mit ED liegt mit 21,0 % bei einem Wert von 4,00 Punkten. Der Modalwert der Probanden ohne ED liegt ebenfalls bei einem Wert von 4,00 Punkten, allerdings mit 27,7 %. Einen Mittelwert von mind. 3,33 Punkten, was für ein tendenziell modernes Verständnis der Männerrolle steht, erreichen 69,7 % der Probanden mit ED und 79,4 % der Probanden ohne ED (siehe Abbildung 3.6).

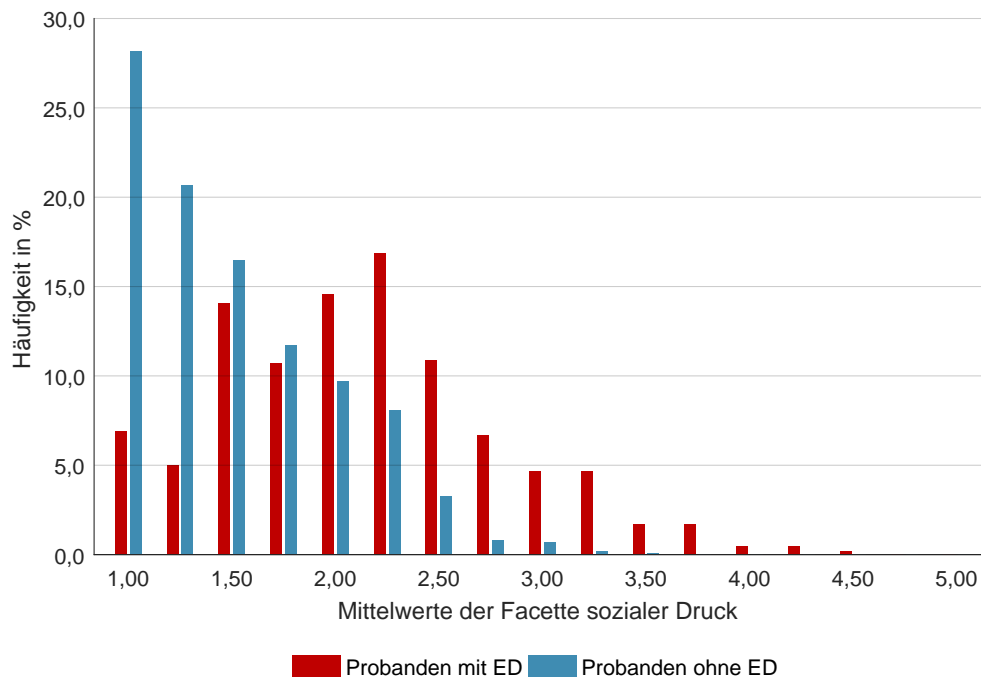


Abbildung 3.7: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette sozialer Druck zwischen Probanden mit und ohne erektiler Dysfunktion (ED) ($p < 0,001$)

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette sozialer Druck sind schief verteilt mit Trend zu niedrigeren Werten, wobei die Probanden mit ED signifikant höhere Werte ($M = 2,1$; $SD = 0,7$) als die Probanden ohne ED ($M = 1,5$; $SD = 0,5$) haben ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = 1,213$ spricht für einen sehr großen Effekt. Der Modalwert der Probanden mit ED liegt mit 16,9% bei einem Wert von 2,25 Punkten, wohingegen sich der Modalwert der Probanden ohne ED mit 28,2% bei einem Wert von 1,00 Punkten befindet. Einen Mittelwert von max. 2,75 Punkten, was bedeutet, dass die Probanden eher wenig sozialen Druck wahrnehmen, erreichen 85,8% der Probanden mit ED und 99,0% der Probanden ohne ED (siehe Abbildung 3.7).

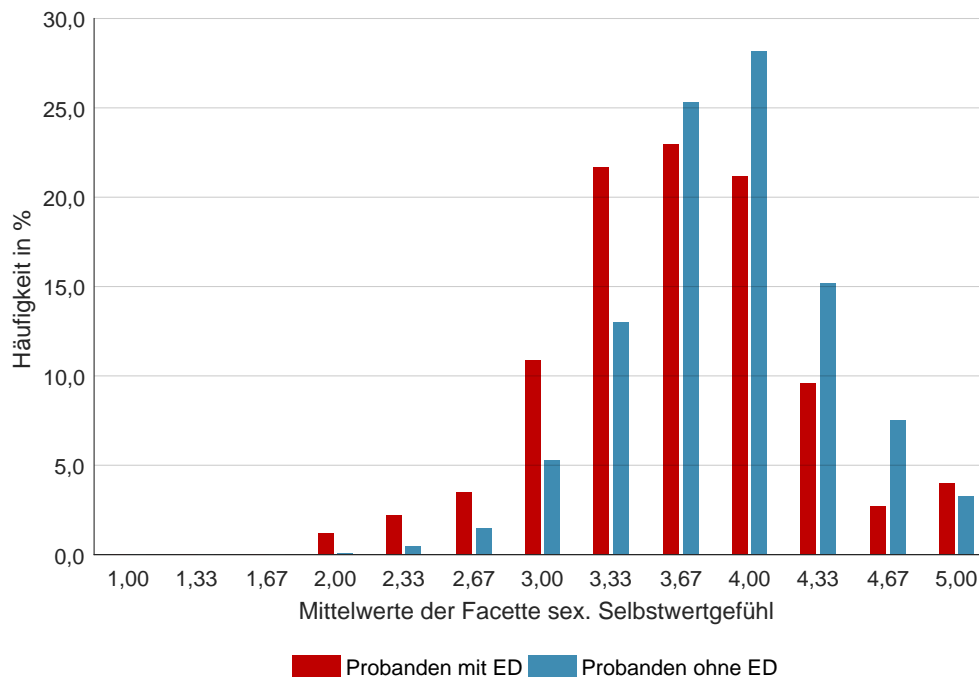


Abbildung 3.8: Häufigkeitsverteilung der Mittelwerte der Facette sex. Selbstwertgefühl zwischen Probanden mit und ohne erektiler Dysfunktion (ED) ($p < 0,001$)

Die Mittelwerte der Probanden für die Facette sex. Selbstwertgefühl sind schief verteilt mit Trend zu höheren Werten, wobei die Probanden mit ED signifikant niedrigere Werte ($M = 3,6$; $SD = 0,6$) als die Probanden ohne ED ($M = 3,9$; $SD = 0,5$) haben ($p < 0,001$). Die Effektstärke $d = -0,420$ spricht für einen kleinen Effekt. Der Modalwert der Probanden mit ED liegt mit 23,0% bei einem Wert von 3,67 Punkten, wohingegen sich der Modalwert der Probanden ohne ED mit 28,2% bei einem Wert von 4,00 Punkten befindet. Einen Mittelwert von mind. 3,33 Punkten, was für ein tendenziell gutes sexuelles Selbstwertgefühl steht, erreichen 82,2% der Probanden mit ED und 92,5% der Probanden ohne ED (siehe Abbildung 3.8).

4 Diskussion

Das Selbstbild und das Sexualleben 45-jähriger Männer in Deutschland wurde als Begleitprojekt der PROBASE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial) untersucht. Es konnten 3143 Probanden in vorliegende Arbeit eingeschlossen werden. Folgende vier Facetten des Selbstbildes wurden erfasst: Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl. Desweiteren wurden Daten zum Sexualleben der Probanden erhoben. Folgende sieben Aspekte des Sexuallebens wurden berücksichtigt: feste Partnerschaft, Zufriedenheit mit Partnerschaft, sexuelle Aktivität in den letzten drei Monaten, Zufriedenheit mit Häufigkeit sexueller Aktivität, Zufriedenheit mit Sexualleben, Wichtigkeit der Sexualität und erektile Dysfunktion. Der Zusammenhang zwischen den vier Selbstbildfacetten und den sieben Aspekten des Sexuallebens wurde analysiert.

Die 45-jährigen Probanden vorliegender Studie gaben ein tendenziell positives Körperbild an. Der Mittelwert lag bei 3,7 Punkten auf einer Skala von 1 (negatives Körperbild) bis 5 (positives Körperbild). 7% der Männer hatten Körperbildwerte unter 3,0 Punkten und somit ein tendenziell negatives Körperbild.

Das Körperbild der Männer wird mit fortschreitendem Alter besser. Sowohl die Akzeptanz des eigenen Körpers (Matthes et al., 2012) als auch die Toleranz zwischen idealem und akzeptiertem Körperbild nimmt mit dem Alter zu. Diese Toleranz ist bei Jugendlichen sehr gering, sodass Jugendliche nur einen sehr engen Spielraum in Hinblick auf ein noch akzeptables Körperbild haben (Rand & Wright, 2000). Laut Wissenschaftlern ist heutzutage der ideale Körper des Mannes athletisch gebaut mit breiten Schultern, muskulöser Brust, trainierten Armen und einer schlanken Hüfte (McCreary & Sadava, 2001; Pope et al., 1999).

In Fernseh- und Zeitschriftwerbungen ist dieses Körperideal vorherrschend (Lin, 1998; Kolbe & Albanese, 1996). Junge Männer, die regelmäßig Musikvideos oder Fernseh zur Primetime schauen oder regelmäßig Fitnesszeitschriften lesen, fühlen sich unwohl. Zufriedener mit ihrem Körper sind Leser von pornographischen Zeitschriften (Schooler & Ward, 2006). Jugendliche Männer sind nach ihrem ersten Geschlechtsverkehr mit ihrem Aussehen zufriedener als davor (Vasilenko et al., 2011). In Hinblick auf den eigenen Körper beschäftigen sich männliche Jugendliche hauptsächlich mit Sportlichkeit und körperlicher Fitness (Baur & Miethling, 1991). Da das Körperideal des athletisch gebauten Mannes oft schwer zu erreichen und zu halten ist, kann es zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper kommen (Daniel & Bridges, 2013). Zufrieden mit dem eigenen Körper war laut Morgan einer von 15 interviewten Männern im Alter von 18 bis 24 Jahren (Morgan & Arcelus, 2009). Im Alter von durchschnittlich 28 Jahren hatten 76 % der Männer ein neutrales oder positives Körperbild (Peplau et al., 2009). 84 % der 45-jährigen Männer vorliegender Studie hatten mehr als 3,0 Punkte auf der Körperbildskala, was für ein positives Körperbild steht.

Die Männerrolle wurde von den 45-jährigen Probanden vorliegender Studie tendenziell als modern verstanden. Der Mittelwert lag bei 3,6 Punkten auf einer Skala von 1 (traditionelles Verständnis) bis 5 (modernes Verständnis). In vorliegenden Ergebnissen meint ein traditionelles Verständnis der Männerrolle eine hohe Übereinstimmung mit der Erwartung, dass Männer mental, physisch und emotional stark sein sollten.

Die typisch männlichen Eigenschaften waren laut der deutschen Männerstudie von 2008 unter anderem folgende: dominierend, selbstständig, sicher, aktiv, willensstark, voller Selbstvertrauen, leistungsbewusst und stark. Die typisch weiblichen Eigenschaften waren beispielsweise gefühlvoll, mitfühlend, nicht gewalttätig und redefreudig. Dass die Geschlechtertypen eine Entwicklungstendenz aufeinander zu zeigen, konnten Volz und Zulehner in ihrer deutschen Männerstudie aus den Jahren 1998 bis 2008 feststellen (Volz & Zulehner, 2009). Zu dieser Beobachtung von Volz und Zulehner passen die Ergebnisse vorliegender Arbeit. Nur 12 % der 45-jährigen Männer waren tendenziell der Meinung, dass ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, von niemandem besonders akzeptiert wird, dass ein

Mann es sich nicht anmerken lassen sollte, wenn er sich nicht gut fühlt, und dass ein Mann versuchen sollte, körperlich stark zu wirken, auch wenn er schwächlich gebaut ist. Dies zeigt, dass nur ein kleiner Anteil der Männer der Meinung war, dass man diese drei ausgewählten, typisch männlichen Eigenschaften erfüllen sollte.

Dass Männer mehr Gefühle äußern als früher, berichtete mehr als die Hälfte der befragten Männer der deutschen Männerstudie von Volz und Zulehner und ebenfalls mehr als die Hälfte sah dies als Gewinn an (Volz & Zulehner, 2009). Diese Entwicklung der Männer, gefühlvoller zu werden, scheint förderlich für die Gesundheit zu sein. Männer mit einer stärkeren Ausprägung weiblicher Eigenschaften hatten ein niedrigeres Risiko, an einer koronaren Herzerkrankung zu versterben (Hunt et al., 2007).

In vorliegender Arbeit wurde die mentale, physische und emotionale Stärke der Männer als Teil der Männerrolle untersucht. Die Rolle des Mannes in Familie und Beruf stellt einen weiteren Part des komplexen Konstrukts Männerrolle dar. Dieser Part wurde in der deutschen Männerstudie aus den Jahren 1998 und 2008 ebenfalls beleuchtet. Die Männer wurden in folgende vier Typen der Männerrolle eingeteilt: in den traditionellen Typ, der den Mann als finanziellen Versorger und Oberhaupt der Familie und die Frau als Mutter und Hausfrau sieht; in den modernen Typ, der sich zusammen mit seiner Frau um finanzielle Versorgung, Haushalt und Kinder kümmert; in den balancierenden Typ, der selektiv traditionelle und moderne Positionen vertritt; in den suchenden Typ, der sich in den meisten Fragen mittig positioniert. Betrachtet man in den Jahren 1998 und 2008 die Altersgruppe der Männer, die in vorliegender Studie 45 Jahre alt sind, so blieb der Teil der Traditionellen mit 22 % konstant, wobei sich die Modernen von 27 % auf 23 % verringerten. Der balancierende Typ stieg von 19 % auf 22 %, ebenso der suchende Typ von 31 % auf 34 %. Geringe Änderungen in der Zuordnung lassen vermuten, dass Männer nicht ihr Leben lang zwangsläufig einem bestimmten Typen angehören (Volz & Zulehner, 2009). Die eigenen Einstellungen ändern sich womöglich im Laufe des Lebens und stehen in Zusammenhang mit der jeweiligen Lebenssituation. So kam es beispielsweise häufig dazu, dass Paare, die ursprünglich egalitäre Rollenvorstellungen hatten, nach der Geburt des ersten Kindes eher traditionelle Rollenvorstellungen verfolgten (Rüling, 2007). Eine Wertung von traditionellen und modernen Rollenvorstellungen soll nicht vorgenommen werden. Beide Seiten haben ihre Vor- und Nachteile. So eröffnet die

moderne Geschlechterrolle zwar mehr Möglichkeiten, kann aber zugleich auch als belastend und stressig empfunden werden. Moderne Männer hatten beispielsweise erheblich mehr Ängste als traditionelle (Volz & Zulehner, 2009). Somit haben Männer, die sowohl der traditionellen Ernährerrolle als auch der modernen Partner- und Vaterrolle gerecht werden wollen, ein Vereinbarkeitsproblem (Henry-Huthmacher & Schmitz, 2010).

Sozialen Druck nahmen die 45-jährigen Männer vorliegender Studie kaum wahr. Der Mittelwert lag bei 1,7 Punkten auf einer Skala von 1 (kein Druck) bis 5 (starker Druck). 95% der Männer hatten Werte unter 3,0 Punkten und spürten somit tendenziell wenig sozialen Druck.

Es kann Männer belasten, wenn sie versuchen, der Geschlechterrolle zu entsprechen. Dies besagt Plecks Theorie des „Geschlechtsrollenstress“ aus dem Jahr 1981 (Pleck, 1981). Verantwortlich dafür, dass Männer versuchen, sich rollenkonform zu verhalten, sind laut O’Neil irrationale Annahmen von Männlichkeit. Eine dieser Annahmen besagt, dass sich Männlichkeit am besten an Macht, Durchsetzungs- und Konkurrenzfähigkeit, beruflichem Erfolg und sexueller Potenz bemessen lässt (O’Neil, 1982). In vorliegender Studie wurde nach der Wahrnehmung sozialen Drucks vor allem hinsichtlich sexueller Leistungsfähigkeit gefragt. 3% der Männer stimmten Aussagen zu wie „Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen“, „Ich habe den Eindruck, dass heutzutage von Männern beim Sex zu viel erwartet wird“, „Ich fühle mich sexuell unter Druck gesetzt“ und „Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines ‚echten Mannes‘ entsprechen kann“. Dies zeigt, dass die 45-jährigen Männer vorliegender Studie kaum sozialen Druck bezüglich ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit wahrnehmen.

Misslungene, sexuelle Leistung wurde von deutschen Männern laut Thiele allerdings als tendenziell belastend empfunden. Situationen wie „Nicht in der Lage zu sein, einen Sexualpartner zu finden“, „Vom Liebhaber/von der Liebhaberin zu hören, dass er/sie nicht befriedigt ist“, „Sexuell nicht erregt zu sein, dann, wenn ich es möchte“ und „Nicht in der Lage zu sein, sexuelle Leistungen zu erbringen“ wurden mit 61 bis 71 Punkten auf einer Skala von 0 (überhaupt keine Belastung) bis 100 (extreme Belastung) bewertet (Thiele, 2000).

Um die potentielle Belastung vorgegebener Situationen zu erfassen, entwarfen

Eisler und Skidmore 1987 die „Masculine Gender Role Stress Scale“ (Eisler & Skidmore, 1987). Die Items des Fragebogens beschreiben Situationen, die Männer möglicherweise als belastend empfinden. Die stärkste Belastung löste bei deutschen Männern beruflicher Misserfolg aus („Gefeuert zu werden“ und „Arbeitslos zu sein“). Sich Frauen unterzuordnen, hatte die geringste Belastung zur Folge („Bei der Arbeit von einer Frau übertroffen zu werden“, „Einen weiblichen Chef zu haben“, „Einer Frau die Kontrolle über eine Situation zu überlassen“ und „Mit einer Frau zusammen zu sein, die erfolgreicher ist als ich“) (Thiele, 2000).

In vorausgegangenen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen maskulinem Geschlechtsrollenstress und schlechtem Gesundheitsverhalten, erhöhtem Blutdruck, Lebensunzufriedenheit, Angst und Wut festgestellt werden (Eisler et al., 1988; Watkins et al., 1991). Laut Pleck kann der Geschlechtsrollenstress zu einem niedrigen Selbstwertgefühl oder anderen negativen psychischen Konsequenzen führen (Pleck, 1981).

Die 45-jährigen Probanden vorliegender Studie gaben ein tendenziell gutes sexuelles Selbstwertgefühl an. Der Mittelwert lag bei 4,0 Punkten auf einer Skala von 1 (schlechtes sexuelles Selbstwertgefühl) bis 5 (gutes sexuelles Selbstwertgefühl). 89% der Männer stimmten Aussagen wie „Beim Sex bin ich ein guter Liebhaber“, „Beim Sex achte ich darauf, was meine Partnerin /mein Partner sich wünscht“ und „Beim Sex bin ich phantasievoll“ zu.

Ebenfalls ein tendenziell gutes sexuelles Selbstwertgefühl gaben die deutschen Männer (Durchschnittsalter: 29 Jahre) im Jahr 2005 an. Sie beantworteten Items wie „Ich würde mich selbst als einen sehr guten Sexualpartner einschätzen“, „Ich bin in sexuellen Dingen besser als die meisten anderen Leute“ oder „Ich bin sehr selbstsicher in sexuellen Begegnungen“ und erreichten im Mittel 14 Punkte auf einer Skala von 0 (keine Zustimmung) bis 20 (hohe Zustimmung). Im Vergleich zu den Frauen (13 Punkte) hatten die Männer ein leicht besseres sexuelles Selbstwertgefühl (Brenk-Franz & Strauß, 2011).

Das sexuelle Selbstwertgefühl stellt laut Snell nur eine von vielen psychologischen Dimensionen der menschlichen Sexualität dar. Andere Dimensionen sind beispielsweise „gedankliche Beschäftigung mit Sexualität“ oder „sexuelle Motivation“ (Snell Jr. et al., 1993). In diesen beiden Dimensionen lag laut Brenk-Franz ein signifikanter

Geschlechtsunterschied vor. Aussagen wie „Die meiste Zeit denke ich an Sex“, „Andauernd denke ich daran, Sex zu haben“ oder „Ich tendiere dazu, mich in sexuelle Dinge zu vertiefen/verstricken“ stimmten Männer stärker zu als Frauen, ebenso wie „Ich bin sehr motiviert, sexuell aktiv zu sein“, „Ich habe starkes Verlangen nach sexueller Aktivität“ oder „Es ist für mich sehr wichtig, dass ich sexuell aktiv bin“ (Brenk-Franz & Strauß, 2011).

Sowohl in der Studie von Brenk-Franz als auch in vorliegender Studie handelt es sich um ein nicht-klinisches Kollektiv, das befragt wurde. Zum sexuellen Selbstwertgefühl klinischer Populationen gibt es einige Studien. Menschen mit einer schweren körperlichen Behinderung gaben im Vergleich zu gesunden oder leicht eingeschränkten Personen ein deutlich schlechteres sexuelles Selbstwertgefühl an (McCabe & Taleporos, 2003). Das sexuelle Selbstwertgefühl von Patienten mit Prostatakarzinom war signifikant schlechter als das ihrer Partnerinnen und das einer Vergleichsgruppe. Diese Vergleichsgruppe hatte jedoch ein Durchschnittsalter von 24 Jahren, wobei die Patienten im Mittel 68 Jahre alt waren. Das sexuelle Selbstwertgefühl der Partnerinnen war signifikant besser als das der jungen Vergleichsgruppe (Garos et al., 2007). Männer, die ihre Frauen körperlich missbrauchten, gaben ein besseres sexuelles Selbstwertgefühl an als Männer, die in einer Ehe ohne körperlichen Missbrauch lebten (Hurlbert & Apt, 1991). Dieses Ergebnis unterstreicht das höchst subjektive Naturell des sexuellen Selbstwertgefühls (Anderson, 2013). Dennoch deutet die Mehrzahl der bisherigen Studien daraufhin, dass sexuelle, körperliche und mentale Gesundheit mit sexuellem Selbstwertgefühl positiv assoziiert sind (Anderson, 2013).

Eine feste Partnerschaft hatten 87 % der 45-jährigen Probanden. Damit lagen sie deutlich über dem Durchschnitt von 68 % der deutschen Männer im Alter von 18 bis 93 Jahren (Beutel et al., 2008) und über dem Anteil vergebener Männer im Alter von 40 bis 49 Jahren (79 %) der Kölner Studie (Braun et al., 2003). Ein Grund für den hohen Anteil an vergebenen Probanden der vorliegenden Studie könnte sein, dass das Leben in einer Partnerschaft die Teilnahme an Prostatakrebsfrüherkennung positiv beeinflusst (Robert Koch-Institut, 2014).

Als glücklich bezeichneten 90 % der Probanden ihre Partnerschaft. Der Mittelwert lag bei 3,7 Punkten auf einer Skala von 0 (sehr unglücklich) bis 5 (sehr glücklich).

Somit stimmte der Mittelwert der Probanden genau mit dem Mittelwert der Frauen und Männer aus dem Jahr 2011 überein, die ebenfalls ihre Zufriedenheit mit der Partnerschaft bei 3,7 Punkten auf oben genannter Skala angaben (Kliem et al., 2012).

Sexuell aktiv in den letzten drei Monaten waren 85 % der Probanden. Die meisten Probanden (61 %) waren bis zu einmal pro Woche sexuell aktiv. Mindestens zweimal pro Woche sexuell aktiv waren 24 % der 45-jährigen Männer.

Obwohl Brähler nach der sexuellen Aktivität in den letzten 12 Monaten gefragt hat und in vorliegender Studie nach der sexuellen Aktivität in den letzten 3 Monaten gefragt wurde, stimmt der Anteil der sexuell aktiven 41- bis 60-Jährigen (84 %) (Brähler, 1999) mit dem Anteil der sexuell Aktiven vorliegender Studie (85 %) überein. Dieser hohe Anteil sexuell Aktiver in vorliegender Studie könnte möglicherweise dadurch entstanden sein, dass in vorliegender Studie überdurchschnittlich viele Probanden eine feste Partnerschaft hatten und das Vorliegen einer Partnerschaft mit sexueller Aktivität positiv korreliert (Brähler, 1999).

In der Studie von Brähler und in vorliegender Arbeit wurden neben einem unterschiedlichen Zeitraum auch eine unterschiedliche Definition von „sexueller Aktivität“ gebraucht. In der Studie von Brähler wurde danach gefragt, ob der Befragte in den letzten zwölf Monaten mit jemandem intim gewesen ist, wobei das Intimsein nicht näher definiert wurde. Ob und wie oft der Proband in den letzten drei Monaten sexuell aktiv gewesen ist, wurde in vorliegender Arbeit ermittelt, wobei sexuelle Aktivität bedeutete, dass es auf freiwilliger Basis zu irgendeinem sexuellen Verhalten mit einer anderen Person kam, mit oder ohne Geschlechtsverkehr oder Orgasmus. Trotz unterschiedlicher Definitionen können die Daten gut miteinander verglichen werden, weil die Begriffe „Intimsein“ und „irgendein sexuelles Verhalten“ dem Befragten eine ähnlich offene Interpretation gewähren.

Mit der Häufigkeit der sexuellen Aktivität in den letzten drei Monaten waren 44 % der 45-jährigen Männer zufrieden. 55 % wünschten sich häufiger Sex als tatsächlich gehabt, 1 % wünschten sich seltener Sex.

In einer finnischen Studie sind mehr 45- bis 54-jährige Männer mit der Häufigkeit sexueller Aktivität zufrieden (51 %) als in vorliegender Studie (Kontula & Haavio-Mannila, 2009). Dies ist nicht verwunderlich, da in der finnischen Studie von Kontula nur Männer mit fester Partnerschaft nach ihrer Zufriedenheit gefragt wurden und

wesentlich mehr Männer mit fester Partnerschaft sexuell aktiv sind als Männer ohne Partnerschaft (Brähler, 1999).

In einer weiteren finnischen Studie wurde die Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität nach Art der sexuellen Aktivität analysiert. Der Wunsch nach häufigerem Oralsex war für die 33- bis 43-jährigen Männer am stärksten, gefolgt von dem Wunsch nach häufigerem vaginalem Geschlechtsverkehr und häufigerem Küssen und Petting (Santtila et al., 2008).

Zufrieden mit ihrem Sexualleben waren 49 % der 45-jährigen Männer vorliegender Studie. 32 % der Probanden waren mehr oder weniger zufrieden und 19 % waren unzufrieden mit ihrem Sexleben. Der Anteil an europäischen Männer im Alter von 58 bis 75 Jahren, die mit ihrem Sexualleben zufrieden waren (53 %), war ähnlich groß (Korfage et al., 2009). Diese ähnlichen Ergebnisse sind nicht erstaunlich angesichts der Tatsache, dass sexuelle Zufriedenheit nicht vom Alter abhängig ist (Brähler, 1999).

Die Wichtigkeit von Sexualität scheint allerdings mit dem Alter abzunehmen. In vorliegender Studie gaben 68 % der 45-jährigen Männer an, dass ihnen aktuell Sexualität wichtig ist. Der Anteil an 58- bis 75-jährigen Männern, die ihr Sexualleben wichtig finden, lag bei 48 % (Korfage et al., 2009).

Das Körperbild der 45-jährigen Männer vorliegender Studie, die in den letzten drei Monaten bis zu einmal pro Woche sexuell aktiv waren, war deutlich besser als das Körperbild der Männer, die keine sexuelle Aktivität angaben ($d = -0,5$). Größer war der Effekt zwischen den Männern, die öfter als einmal pro Woche sexuell aktiv waren, und den sexuell inaktiven Männern ($d = -0,8$). Auch bei älteren Menschen (≥ 60 Jahre) besteht dieser positive Zusammenhang zwischen Körperbild und sexueller Aktivität (Shkolnik & Iecovich, 2013). Dieser konnte bei jüngeren Menschen (Durchschnittsalter: 21 Jahre) allerdings nicht festgestellt werden (Daniel & Bridges, 2013). Daraus lässt sich folgern, dass sich erst mit fortschreitendem Alter ein Zusammenhang zwischen Körperbild und sexueller Zufriedenheit entwickelt. Dass das Körperbild einen positiven Effekt auf das Sexualleben hat, berichteten laut Peplau 52 % der heterosexuellen Männer (Peplau et al., 2009). Folgende Zusammenhänge vorliegender Arbeit können dies bestätigen: Ein wesentlich besseres Körperbild hatten Probanden, die zufrieden mit der Häufigkeit sexueller

Aktivität waren, als Probanden, die sich seltener Sex als tatsächlich gehabt wünschten ($d = 0,8$). Die Zufriedenheit mit dem Sexualleben korrelierte ebenfalls positiv mit dem Körperbild. 45-jährige Männer, die mit ihrem Sexualleben zufrieden waren, gaben ein besseres Körperbild an als unzufriedene Männer ($d = -0,7$). Auch hatten Männer, denen ihre Sexualität wichtig war, ein wesentlich besseres Körperbild als Männer, denen Sexualität unwichtig war ($d = 0,7$).

Zwischen der Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität und dem Verständnis der Männerrolle lässt sich der stärkste Zusammenhang zwischen den sieben Aspekten des Sexuallebens und dem Verständnis der Männerrolle finden. 45-jährige Männer, die sich häufiger Sex wünschten als tatsächlich gehabt, gaben ein moderneres Verständnis der Männerrolle an als Männer, die sich seltener Sex wünschten ($d = 0,6$). Männer, die mit der Häufigkeit der sexuellen Aktivität zufrieden waren, hatten das modernste Verständnis der Männerrolle. Sie waren nicht der Meinung, dass ein Mann mental, physisch und emotional stets stark sein sollte.

Zwischen Übereinstimmung mit traditionellen Rollennormen und Partnerschaftszufriedenheit ermittelte Burn einen negativen Zusammenhang (Burn & Ward, 2005). Ein ähnlicher Zusammenhang konnte in vorliegenden Ergebnissen erforscht werden: Probanden, die mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren, hatten ein traditionelleres Verständnis der Männerrolle als zufriedene Probanden ($d = -0,3$).

Männer, die ihre Partnerschaft als unglücklich einschätzten, gaben ein traditionelleres Verständnis der Männerrolle an als glückliche Männer ($d = -0,3$). Dieser Zusammenhang wurde bereits von Wade für hetero- und homosexuelle Männer festgestellt (Wade & Donis, 2007).

Probanden mit PartnerIn empfanden signifikant weniger sozialen Druck als Probanden ohne PartnerIn ($d = -0,6$). 45-jährige Männer ohne PartnerIn stimmten Aussagen wie „Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen“ eher zu als vergebene Männer. Zusätzlich konnte festgestellt werden, dass innerhalb der vergebenen Männer die Zufriedenheit mit der Partnerschaft eine Rolle spielt. Männer, die ihre Partnerschaft als glücklich einschätzten, gaben weniger sozialen Druck an als unglückliche Männer ($d = 0,5$).

Auch Probanden, die mit ihrem Sexualleben zufrieden waren, machten sich deutlich weniger Sorgen als Probanden, die mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren ($d = 0,7$). Ebenso fühlten sich sexuell aktive Männer weniger unter Druck gesetzt

als sexuell inaktive ($d = 0,6$ bzw. $d = 0,7$). Dass diese Zusammenhänge gleichzeitig vorliegen, ist nicht verwunderlich angesichts der Tatsache, dass sexuelle Aktivität bzw. sexuelle Zufriedenheit positiv mit Partnerschaft und deren Zufriedenheit korreliert (Beutel et al., 2002; Santtila et al., 2008; Smith et al., 2011). Beispielsweise waren deutlich mehr deutsche Männer im Alter von 41 bis 60 Jahren in den letzten zwölf Monaten sexuell aktiv (92 %), die eine feste Partnerschaft hatten, als Männer ohne fester Partnerschaft (56 %) (Beutel et al., 2002).

Zwischen dem sexuellen Selbstwertgefühl und der sexuellen Aktivität der 45-jährigen Probanden konnte ein deutlicher Zusammenhang festgestellt werden. Probanden, die häufiger als einmal pro Woche sexuell aktiv waren, hatten ein deutlich besseres sexuelles Selbstwertgefühl als Probanden, die bis zu einmal pro Woche sexuell aktiv waren ($d = -0,6$). Dieser Effekt war noch stärker zwischen den Probanden, die häufiger als einmal pro Woche sexuell aktiv waren, und den sexuell Inaktiven ($d = -0,8$). Diese Beobachtung ist stimmig mit den Ergebnissen von Kontula, die besagen, dass ein großes sexuelles Selbstwertgefühl wichtig für die sexuelle Aktivität von Männern ist. Ebenfalls wichtig ist eine gute Gesundheit und ein aktives Sexualleben in der Vergangenheit (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Dass das sexuelle Selbstwertgefühl mit der sexuellen Zufriedenheit positiv korreliert (Brenk-Franz & Strauß, 2011), konnte in vorliegender Arbeit bestätigt werden. Männer, die mit ihrem Sexualleben zufrieden waren, gaben ein besseres sexuelles Selbstwertgefühl an als unzufriedene und mehr oder weniger zufriedene Männer (jeweils $d = -0,5$).

Da die sexuelle Zufriedenheit mit der Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität positiv korreliert (Smith et al., 2011), ist es nicht verwunderlich, dass auch die Zufriedenheit mit der Häufigkeit in Zusammenhang mit dem sexuellen Selbstwertgefühl steht. Das sexuelle Selbstwertgefühl der 45-jährigen Männer, die sich häufiger Sex wünschten als tatsächlich gehabt, war besser als das der Männer, die sich seltener Sex wünschten ($d = 0,3$). Am größten war das sexuelle Selbstwertgefühl der Männer, die mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivität zufrieden waren.

Probanden, denen Sexualität wichtig war, hatten ein deutlich besseres sexuelles Selbstwertgefühl als Probanden, denen Sexualität mehr oder weniger wichtig war ($d = 0,6$). Der Unterschied des sexuellen Selbstwertgefühls war besonders

deutlich zwischen Probanden, denen Sexualität wichtig war, und Probanden, denen Sexualität unwichtig war ($d = 0,9$). So stimmten Probanden, denen Sexualität wichtig war, vermehrt Aussagen zu wie „Beim Sex bin ich ein guter Liehaber“ oder „Beim Sex bin ich phantasievoll“.

Eine erektile Dysfunktion (ED) konnte bei 16% der sexuell aktiven Probanden vorliegender Studie mittels der Domäne „erektile Funktion“ des „International Index of Erectile Function“ (IIEF-EF) festgestellt werden. Diese ED-Prävalenz ist vergleichbar mit den Ergebnissen der „Cottbus Studie“ aus dem Jahr 2007. Hier hatten 20% der 40- bis 49-jährigen Männer aus Cottbus laut IIEF-EF eine ED (May et al., 2007). Mit anderen Studien ist die ED-Prävalenz aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente, unterschiedlicher Zusammensetzungen der Studienpopulationen und unterschiedlicher Definitionen von ED schwer zu vergleichen.

Die 45-jährigen Männer ohne ED gaben ein besseres Körperbild an als Probanden mit ED ($d = -0,5$). 90% der Männer ohne ED und 75% der Männer mit ED stimmten Aussagen wie „Ich mag meinen Körper“, „Ich zeige meinen Körper gern“ und „In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv“ zu.

Dies bestätigt schon bestehende Ergebnisse, wie zum Beispiel die Beobachtung, dass Männer mit ED mit ihrem Körper signifikant unzufriedener waren als Männer ohne ED (Sarin et al., 2014).

Rossen konnte zeigen, dass Änderungen des Körperbildes mit einem reduzierten sexuellen Genusserlebnis assoziiert sind (Rossen et al., 2012). Somit könnte die Gefahr bestehen, dass Männer mit einer ED ihr Sexualleben nicht wie gewünscht genießen können und Aussagen wie „In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv“ nicht bestätigen können.

Das Verständnis der Männerrolle unterschied sich zwischen den Männern mit und ohne ED nur leicht. Probanden mit ED verstanden die Männerrolle ein wenig traditioneller als Probanden ohne ED ($d = -0,4$). Trotzdem war das Männerbild der Probanden mit ED tendenziell modern. 70% der Männer mit ED und 79% der Männer ohne ED widersprachen Aussagen wie „Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzeptiert“, „Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen“ und „Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu wirken, auch wenn er schwächling“.

gebaut ist“ zu.

Sehr ähnliche Ergebnisse bezüglich der Männerrolle von Männern mit und ohne ED konnte auch Sand vorweisen. Männer mit und ohne ED hatten ähnliche Vorstellungen von Maskulinität und ihnen war Maskulinität ähnlich wichtig (Sand et al., 2008).

Männer mit ED waren größtenteils der Meinung, dass ein Mann, der oft über seine Probleme redet, akzeptiert wird. Dies lässt hoffen, dass Männer mit ED auch sexuelle Probleme mit einer anderen Person besprechen können. Laut Moreira sprachen 58 % der Männer mit einem sexuellen Problem mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin darüber und 12 % mit einem Freund, einer Freundin oder einem Familienmitglied (Moreira et al., 2005).

Die 45-jährigen Männer vorliegender Studie mit ED empfanden erheblich mehr sozialen Druck als Männer ohne ED ($d = 1,2$). Während der Mittelwert der Probanden ohne ED bei 1,5 Punkten lag, befand sich der Mittelwert der Probanden mit ED bei 2,1 Punkten auf einer Skala von 1 (kein Druck) bis 5 (starker Druck). 0 % der Männer ohne ED und 10 % der Männer mit ED stimmten Aussagen zu wie „Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen“, „Ich habe den Eindruck, dass heutzutage von Männern beim Sex zu viel erwartet wird“, „Ich fühle mich sexuell unter Druck gesetzt“ und „Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines ‚echten Mannes‘ entsprechen kann“.

Dieser Zusammenhang zeigt, dass wahrgenommener Stress und Druck mit erektiler Dysfunktion gehäuft miteinander auftritt. Eine Einflussrichtung kann in vorliegender Arbeit nicht ermittelt werden. Da die Erektionsentstehung komplex ist, sind die Ursachen einer ED vielfältig und können organisch, psychogen oder durch andere Erkrankungen bzw. deren Behandlung bedingt sein (Robert Koch-Institut, 2014). Es könnte also sein, dass empfundener Stress hinsichtlich des Sexuallebens eine erektile Dysfunktion begünstigen kann. Ebenso könnte der soziale Druck intensiver wahrgenommen werden, weil der Mann nicht mehr die erwünschte sexuelle Leistung erfahren kann.

Laut O’Neil liegen in der Gesellschaft irrationale Annahmen von Männlichkeit vor, die beispielsweise besagen, dass sich Männlichkeit unter anderem am besten an sexueller Potenz bemessen lässt. Dies versuchen Männer zu erreichen, um sich rollenkonform zu verhalten (O’Neil, 1982). Wenn nun Männer feststellen müssen, dass sie sich nicht rollenkonform verhalten können, weil sie nicht komplett sexuell

leistungsfähig sind, entsteht laut Pleck der Geschlechtsrollenstress (Pleck, 1981). Dies kann sich darin äußern, dass sozialer Druck stark wahrgenommen wird.

Das sexuelle Selbstwertgefühl unterschied sich zwischen den Männern mit und ohne ED nur leicht. Probanden mit ED hatten ein leicht schlechteres sexuelles Selbstwertgefühl als Probanden ohne ED ($d = -0,4$). Trotzdem war das sexuelle Selbstwertgefühl der Probanden mit ED tendenziell gut. 82 % der Männer mit ED und 93 % der Männer ohne ED waren der Meinung, dass sie beim Sex ein guter Liebhaber sind, beim Sex darauf achten, was ihre Partnerin / ihr Partner sich wünscht, und beim Sex phantasievoll sind.

Dies lässt vermuten, dass das sexuelle Selbstwertgefühl nicht allein durch die Erektionsfähigkeit und die sexuelle Potenz des Mannes bestimmt wird. Schließlich korreliert beispielsweise auch die allgemeine sexuelle Zufriedenheit positiv mit dem sexuellen Selbstwertgefühl (Brenk-Franz & Strauß, 2011).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die 45-jährigen Männer vorliegender Studie ein tendenziell positives Körperbild angaben, obwohl das Körperideal des athletisch gebauten Mannes Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper hervorrufen kann (Daniel & Bridges, 2013). Bei den Probanden lag ein eher modernes Verständnis der Männerrolle vor. Die Mehrheit war der Meinung, dass ein Mann nicht mental, physisch und emotional stark sein muss. Dadurch wird die strikte Trennung zwischen typisch männlichen und typischen weiblichen Eigenschaften ein wenig aufgeweicht und es bestärkt die Beobachtung von Volz und Zulehner, dass die Geschlechtertypen eine Entwicklungstendenz aufeinander zu zeigen (Volz & Zulehner, 2009). Bei dem Versuch, maskulinen Rollennormen zu entsprechen, können für den Mann Belastungen auftreten (Pleck, 1981), die als sozialer Druck wahrgenommen werden können. Sozialen Druck vor allem hinsichtlich ihrer sexuellen Leistungsfähigkeit nahmen die 45-jährigen Männer kaum wahr. Die Probanden vorliegender Studie hatten ein tendenziell gutes sexuelles Selbstwertgefühl, welches positiv assoziiert ist mit sexueller, körperlicher und mentaler Gesundheit (Anderson, 2013). Die meisten 45-jährigen Männer hatten eine feste Partnerschaft (87 %), bezeichneten ihre Partnerschaft als glücklich (90 %) und waren in den letzten 3 Monaten sexuell aktiv (85 %). Weniger als die Hälfte der Probanden waren mit der Häufigkeit der sexuellen Aktivität (44 %) und mit ihrem Sexualleben zufrieden (49 %). Sexualität war 68 % der

Männer wichtig. Eine erektile Dysfunktion lag bei 16 % der sexuell aktiven Männer vor. Bei Betrachtung des Körperbildes und der sieben Aspekte des Sexuallebens konnte man feststellen, dass vor allem ein Zusammenhang zwischen Körperbild und Sexualität bestand. Ein besseres Körperbild hatten die befragten Männer, denen Sexualität wichtig war, die sexuell aktiv waren, die mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivität und mit ihrem Sexualleben zufrieden waren. Ein ähnlicher Zusammenhang zeigte sich zwischen dem sexuellen Selbstwertgefühl und der Sexualität. Probanden, die ein besseres sexuelles Selbstwertgefühl hatten, waren sexuell aktiv, mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivität zufrieden und ihnen war Sexualität wichtig. Einen deutlichen Zusammenhang zwischen Verständnis der Männerrolle und den Aspekten des Sexuallebens konnte allein zwischen Verständnis der Männerrolle und der Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität festgestellt werden. Probanden, die mit der Häufigkeit sexueller Aktivität zufrieden waren, hatten ein moderneres Verständnis der Männerrolle als Probanden, die sich seltener Sex wünschten als tatsächlich gehabt. Die Selbstbildfacette „Wahrnehmung sozialen Drucks“ stand in sehr starkem Zusammenhang mit dem Aspekt „erektile Dysfunktion“. Die 45-jährigen Probanden vorliegender Studie mit ED empfanden erheblich mehr sozialen Druck als Probanden ohne ED. Dies kann bedeuten, dass durch wahrgenommenen Stress und Druck erektile Dysfunktionen begünstigt werden oder dass eine vorliegende ED den Mann mehr sozialen Druck verspüren lässt.

Die ED wird anhand des IIEF-EF festgestellt, den der Proband ausfüllt. Dies bedeutet, dass keine direkte Messung der Tumescenz und Rigidität des Penis vorliegt, sondern die erektile Funktion anhand der Selbsteinschätzung des Probanden bestimmt wird. Dies birgt die Gefahr, dass falsche Folgerungen aus beabsichtigten oder unbeabsichtigten Falschaussagen der Probanden gezogen werden. Dass sich Männer und Frauen bei Fragen über Sexualität eher unwohl fühlen und schneller lügen als in anderen Bereichen, konnte bereits festgestellt werden (Nicholas et al., 1994). Desweiteren können anhand des IIEF-EF Männer ohne Sexualpartnerin nicht adäquat befragt werden, da einige Fragen sich auf die Penetration der Partnerin beziehen.

Bei vorliegender Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Dies bedeutet, dass eine Momentaufnahme beschrieben und interpretiert wurde. Um mehr Schlüsse

und Einflüsse erkennen zu können, wäre es sehr wichtig, die hier ermittelten Zusammenhänge auch in einer Längsschnittstudie zu untersuchen. Als weiteren Aspekt des Sexuallebens könnte das Vorliegen einer vorzeitigen Ejakulation und deren Zusammenhang mit dem Selbstbild untersucht werden, weil die vorzeitige Ejakulation als das häufigste männliche Sexualproblem erkannt wurde (Moreira et al., 2005). In vorliegendem Begleitprojekt wurden ausschließlich heterosexuelle Männer und deren Selbstbild und Sexualleben betrachtet. Ein Vergleich mit den Ergebnissen homosexueller Männer sollte in zukünftige Arbeiten Einzug finden.

5 Zusammenfassung

Das Selbstbild eines Menschen besteht laut Offer aus Wahrnehmungen, die ein Mensch bezüglich seiner Selbst hat (Reid & Renwick, 2001), und wird sowohl durch das Handeln des Menschen als auch durch seine Lebensumstände und seine Umwelt beeinflusst.

Das Selbstbild 45-jähriger Männer in Deutschland wurde in vorliegender Arbeit als Begleitprojekt zur PROBASE-Studie (Risk-adapted prostate cancer early detection study based on a „baseline“ PSA value in young men - a prospective multicenter randomized trial) betrachtet. Dabei lag der Fokus auf folgenden vier Facetten des Selbstbilds, die aus urologischer Sicht wichtig sind: Körperbild, Verständnis der Männerrolle, Wahrnehmung sozialen Drucks und sexuelles Selbstwertgefühl. Als zusätzliches, womöglich beeinflussendes Element wurde das Sexualleben der Männer beleuchtet und in Zusammenhang mit den Selbstbildfacetten gestellt. Als Aspekte des Sexuallebens wurden Partnerschaft, sexuelle Aktivität, sexuelle Zufriedenheit, Wichtigkeit von Sexualität und erektile Dysfunktion betrachtet.

In das vorliegende Begleitprojekt „Selbstbild und Sexualleben“ wurden Probanden eingeschlossen, die Kaukasier und heterosexuell waren und hinreichend viele Fragen zu Selbstbild und Sexualleben beantwortet haben. Die Studienpopulation ein Jahr nach Studienbeginn beläuft sich auf 3143 Männer. Die erektile Funktion wurde von denjenigen Männern bestimmt, die in das Begleitprojekt eingeschlossen wurden und sexuell aktiv waren.

Die Teilnehmer der PROBASE-Studie, die alle 45 Jahre alt waren, wurden anhand von zusätzlichen Fragebögen zum Thema „Selbstbild und Sexualleben“ befragt. Die Selbstbildfacetten wurden anhand eines eigenen kurzen Fragebogens zum Selbstbild erfasst. Dieser Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die teilweise aus validierten Fragebögen entnommen wurden. Eine Faktoren- und Reliabilitätsanalyse des Fragebogens konnte zeigen, dass die Fragen der vier Selbstbildfacetten zu jeweils einer

Skala zusammengefasst werden können. Die erektile Funktion wurde anhand des IIEF-EF erfasst, die weiteren Aspekte des Sexuallebens mittels sechs Fragen zu Partnerschaft, sexuelle Aktivität, sexuelle Zufriedenheit und Wichtigkeit von Sexualität. Um die Zusammenhänge zwischen den Selbstbildfacetten und den Aspekten des Sexuallebens darzustellen, wurde neben Mittelwert, Standardabweichung und p -Wert auch die Effektstärke nach Cohen d berechnet.

Es zeigte sich, dass die 45-jährigen Männer vorliegender Studie tendenziell ein positives Körperbild, ein modernes Verständnis der Männerrolle und ein großes sexuelles Selbstwertgefühl hatten. Sozialen Druck nahmen die Männer kaum wahr.

Die meisten Männer hatten eine feste Partnerschaft (87 %), bezeichneten ihre Partnerschaft als glücklich (90 %) und waren in den letzten 3 Monaten sexuell aktiv (85 %). Weniger als die Hälfte der Probanden waren mit der Häufigkeit der sexuellen Aktivität (44 %) und mit ihrem Sexualleben zufrieden (49 %). Sexualität war 68 % der Männer wichtig. Eine erektile Dysfunktion lag bei 16 % der sexuell aktiven Männer vor.

Ein wesentlich besseres Körperbild hatten Probanden, die zufrieden mit der Häufigkeit sexueller Aktivität waren, als Probanden, die sich weniger Sex wünschten. Das Körperbild korrelierte positiv mit sexueller Aktivität, sexueller Zufriedenheit und Wichtigkeit von Sexualität. Zwischen dem Verständnis der Männerrolle und der Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität konnte ein klarer Zusammenhang festgestellt werden. Ein deutlich moderneres Verständnis der Männerrolle gaben 45-jährige Männer an, die mit der Häufigkeit sexueller Aktivität zufrieden waren, im Gegensatz zu Männern, die sich seltener Sex wünschten als tatsächlich gehabt. Ein wesentlich besseres sexuelles Selbstwertgefühl gaben diejenigen Probanden an, denen Sexualität wichtig war, im Vergleich zu den Probanden, denen Sexualität unwichtig war. Desweiteren waren Probanden mit einem besseren sexuellen Selbstwertgefühl sexuell aktiver und mit der Häufigkeit ihrer sexuellen Aktivität zufrieden. Der stärkste Zusammenhang zwischen Selbstbild und Sexualleben konnte zwischen der erektilen Dysfunktion und der Wahrnehmung von sozialem Druck festgestellt werden. 45-jährige Männer mit ED empfanden erheblich mehr sozialen Druck als Männer ohne ED.

Die 45-jährigen Männer in Deutschland haben ein gutes Körperbild, obwohl das in heutiger Gesellschaft vorherrschende Körperideal des athletisch gebauten Mannes schwer zu erreichen bzw. zu halten ist und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper

hervorrufen kann (Daniel & Bridges, 2013). Die Akzeptanz des eigenen Körpers und eine ausreichend große Toleranz zwischen idealem und akzeptiertem Körper scheinen gegeben zu sein. Die meisten Probanden waren nicht der Meinung, dass ein Mann mental, physisch und emotional stark sein muss. Mit diesem eher modernen Verständnis der Männerrolle weichen die Probanden die strikte Trennung typisch männlicher und typisch weiblicher Eigenschaften auf. Die Männer gaben ein gutes sexuelles Selbstwertgefühl an, das weder mit der erektilen Funktion noch mit dem Vorliegen einer Partnerschaft oder der Partnerschaftszufriedenheit in eindeutigem Zusammenhang stand. Andererseits scheinen sexuelle Aktivität, Zufriedenheit mit der Häufigkeit sexueller Aktivität und die Wichtigkeit von Sexualität eine Rolle für das sexuelle Selbstwertgefühl zu spielen. Sozialer Druck vor allem bezüglich der sexuellen Leistungsfähigkeit wurde von den 45-jährigen Männern kaum wahrgenommen. Männer mit ED spürten allerdings erheblich mehr Stress als Männer ohne ED. Dies lässt vermuten, dass Männer, die aufgrund einer ED die sozial erwartete, sexuelle Leistung nicht erfüllen können, sozialen Druck stärker wahrnehmen.

6 Anhang

6.1 Statistische Analyse der Fragen zum Selbstbild

6.1.1 Faktorenanalyse

Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium

Die Daten der Fragen zum Selbstbild wurden anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums auf deren Eignung für eine Faktorenanalyse geprüft. Es ergab sich ein Kaiser-Meyer-Olkin-Koeffizient von 0,809, der für eine gute Eignung spricht.

Hauptkomponentenanalyse

Zur Faktorenextraktion wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Hierbei werden die Eigenwerte der möglichen Faktoren und deren Anteile an der Varianz berechnet.

Tabelle 6.1: Eigenwert und Anteil an Varianz der möglichen Faktoren

Faktor	Eigenwert	Anteil an Varianz in %
1	3,71	28,50
2	1,80	13,87
3	1,48	11,40
4	1,15	8,84
5	0,71	5,46
6	0,63	4,88
7	0,61	4,66
8	0,57	4,37
9	0,53	4,05
10	0,48	3,67
11	0,47	3,61
12	0,45	3,49
13	0,42	3,21

Das Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert > 1) führt zur Extraktion der Faktoren 1 bis 4 (siehe Tabelle 6.1).

Scree-Test

Der Scree-Test unterstützt visuell die Bestimmung der optimalen Faktorenanzahl. Dazu wurde ein Scree-Plot mit den Eigenwerten der möglichen Faktoren erstellt.

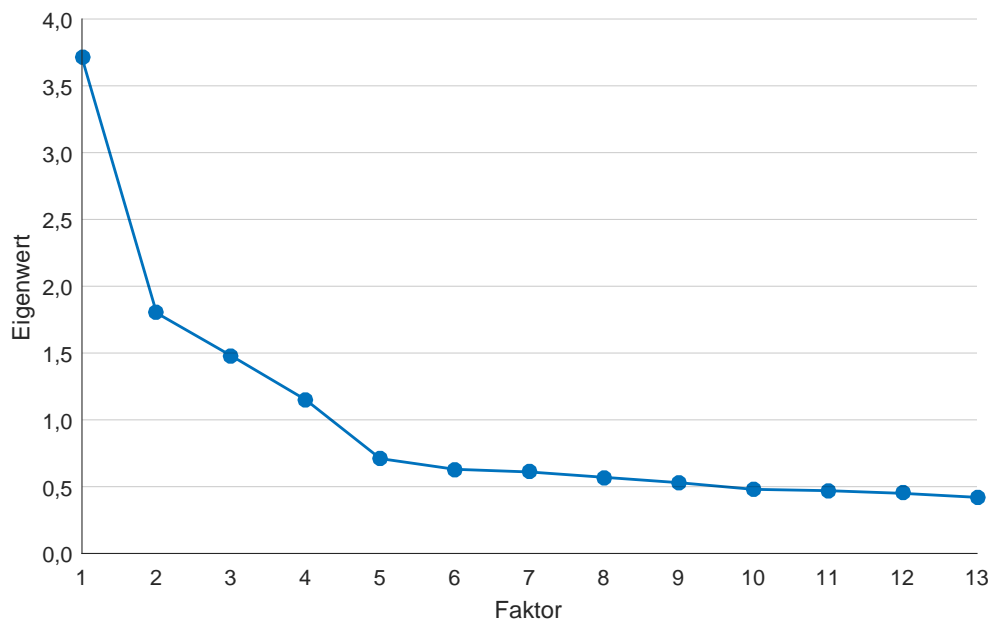


Abbildung 6.1: Scree-Plot der Eigenwerte möglicher Faktoren

Die letzte größere Differenz zwischen zwei Eigenwerten befindet sich zwischen Faktor 4 und Faktor 5. Ab Faktor 5 sind die Eigenwertdifferenzen sehr klein. Somit deutet der Scree-Plot daraufhin, dass die Faktoren 1 bis 4 extrahiert werden (siehe Abbildung 6.1).

Aufgrund der Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse und des Scree-Tests wurden die Faktoren 1 bis 4 extrahiert.

Faktorladungen

Tabelle 6.2: Faktorladungen der Fragen zum Selbstbild

Frage zum Selbstbild	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	gesamt
Ich mag meinen Körper.	0,85	-0,03	-0,04	-0,12	1,00
Ich zeige meinen Körper gern.	0,83	0,00	0,10	0,03	1,00
In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	0,63	0,02	-0,12	0,21	1,00
Ein Mann, der oft über seine Sorgen, Ängste und Probleme redet, wird von niemandem besonders akzep- tiert.	0,03	-0,76	0,04	0,02	1,00
Wenn ein Mann sich nicht gut fühlt, sollte er sich das nicht anmerken lassen.	0,08	-0,83	0,04	0,03	1,00
Ich finde, ein Mann sollte versuchen, körperlich stark zu wirken, auch wenn er schwächlich gebaut ist.	-0,10	-0,74	-0,09	-0,01	1,00
Beim Sex bekomme ich häufig Panik, meinen Mann zu stehen.	0,04	-0,07	0,81	-0,06	1,00
Ich habe den Eindruck, dass heutzutage von Männern beim Sex zu viel erwartet wird.	0,02	0,04	0,74	0,05	1,00
Ich fühle mich sexuell unter Druck gesetzt.	0,03	-0,03	0,83	-0,05	1,00
Ich mache mir Sorgen, ob ich dem öffentlichen Bild eines „echten Mannes“ entsprechen kann.	-0,12	0,13	0,67	0,07	1,00
Beim Sex bin ich ein guter Liebhaber.	0,25	0,06	-0,17	0,62	1,00
Beim Sex achte ich darauf, was meine Partnerin / mein Partner sich wünscht.	-0,03	-0,05	0,00	0,80	1,00
Beim Sex bin ich phantasievoll.	-0,05	-0,02	0,06	0,83	1,00

Wie stark die verwendeten Fragen auf den Faktoren 1 bis 4 laden, ist in Tabelle 6.2 zu sehen. Als Rotationsmethode wurde Oblimin mit Kaiser-Normalisierung angewandt.

6.1.2 Reliabilitätsanalyse

Zur internen Konsistenzprüfung der Faktoren wurde eine Reliabilitätsprüfung mittels Cronbachs Alpha durchgeführt.

Tabelle 6.3: Cronbachs Alpha der Faktoren

Faktor	Cronbachs Alpha
1	0,70
2	0,68
3	0,76
4	0,68

Die vier Faktoren sind als verwendbar zu interpretieren, da jeweils Cronbachs Alpha größer als 0,65 ist (siehe Tabelle 6.3). Cronbachs Alpha der Faktoren 1, 2 und 4 ist als mäßig anzusehen, Cronbachs Alpha des Faktors 3 als ausreichend.

7 Literaturverzeichnis

- Albani, C., Gunzelmann, T., & Brähler, E. (2009). Körperbild und körperliches Wohlbefinden im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(3), 236–244.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(2), 208–214.
- Baur, J. & Miethling, W.-D. (1991). Die Körperkarriere im Lebenslauf. Zur Entwicklung des Körperverhältnisses im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 11(2), 165–188.
- Beutel, M. E., Schumacher, J., Weidner, W., & Brähler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men - results from a German representative community study. *Andrologia*, 34(1), 22–28.
- Beutel, M. E., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2008). Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative German community survey. *BJU international*, 101(1), 76–82.
- Brähler, E. (1999). „Sind Sie in den letzten 12 Monaten mit jemandem intim gewesen?“ Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 8(3), 129–140.
- Brannon, R. (1976). The male sex role: our culture's blueprint for manhood and what it's done for us lately. In D. S. David & R. Brannon (Eds.), *The forty-nine percent majority: the male sex role*, pp. 1–48. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brannon, R. & Juni, S. (1984). A scale for measuring attitudes about masculinity. *Psychological Documents*, 14(Doc.# 2612), 6–7.

- Braun, M. H., Sommer, F., Haupt, G., Mathers, M. J., Reifenrath, B., & Engelmann, U. H. (2003). Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical „Aging Male“ symptoms? Results of the „Cologne Male Survey“. *European urology*, 44(5), 588–594.
- Brenk-Franz, K. & Strauß, B. (2011). Der Multidimensionale Fragebogen zur Sexualität (MFS). *Zeitschrift für Sexualforschung*, 24(03), 256–271.
- Burn, S. M. & Ward, A. Z. (2005). Men's conformity to traditional masculinity and relationship satisfaction. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(4), 254–263.
- Cappelleri, J. C., Rosen, R. C., Smith, M. D., Mishra, A., & Osterloh, I. H. (1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology*, 54(2), 346–351.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body image*, 1(1), 1–5.
- Chew, K.-K., Bremner, A., Jamrozik, K., Earle, C., & Stuckey, B. (2008). Male erectile dysfunction and cardiovascular disease: is there an intimate nexus? *The journal of sexual medicine*, 5(4), 928–934.
- Cohen, J. (1988). The t test for means. In J. Cohen (Ed.), *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, pp. 19–74. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daniel, S. & Bridges, S. K. (2013). The relationships among body image, masculinity, and sexual satisfaction in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(4), 345–351.
- Eisler, R. M. & Skidmore, J. R. (1987). Masculine gender role stress. Scale development and component factors in the appraisal of stressful situations. *Behavior Modification*, 11(2), 123–136.
- Eisler, R. M., Skidmore, J. R., & Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. *Journal of personality assessment*, 52(1), 133–141.
- Garos, S., Kluck, A., & Aronoff, D. (2007). Prostate cancer patients and their partners: differences in satisfaction indices and psychological variables. *The journal of sexual medicine*, 4(5), 1394–1403.

- Hartley, R. E. (1959). Sex-role pressures and the socialization of the male child. *Psychological Reports*, 5(2), 457–468.
- Henry-Huthmacher, C. & Schmitz, M. (2010). *Väter zwischen Karriere und Familie*. Zukunftsforum Politik, Nr.104. Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Hinz, A., Stöbel-Richter, Y., & Brähler, E. (2001). Der Partnerschaftsfragebogen (PFB): Normierung und soziodemographische Einflussgrößen auf die Partnerschaftsqualität. *Diagnostica*, 47(3), 132–141.
- Hunt, K., Lewars, H., Emslie, C., & Batty, G. D. (2007). Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher 'femininity' scores: a general population cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 612–620.
- Hurlbert, D. F. & Apt, C. (1991). Sexual narcissism and the abusive male. *Journal of sex & marital therapy*, 17(4), 279–292.
- Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., McCaul, K. A., Chubb, S. A. P., & Yeap, B. B. (2010). Prevalence of sexual activity and associated factors in men aged 75 to 95 years: a cohort study. *Annals of internal medicine*, 153(11), 693–702.
- Kliem, S., Job, A.-K., Kröger, C., Bodenmann, G., Stöbel-Richter, Y., Hahlweg, K., & Brähler, E. (2012). Entwicklung und Normierung einer Kurzform des Partnerschaftsfragebogens (PFB-K) an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(2), 81–89.
- Kögel, A. M., Dinkel, A., Marten-Mittag, B., Baron, J., Albers, P., Arsov, C., Hadaschik, B., Hohenfellner, M., Imkamp, F., Kuczyk, M., Gschwend, J. E., & Herkommer, K. (2016). Selbstbild und erektile Dysfunktion 45-jähriger Männer. Ergebnisse eines Begleitprojekts der PROBASTE-Studie. *Der Urologe*, 55(10), 1321–1328.
- Kolbe, R. H. & Albanese, P. J. (1996). Man to man: a content analysis of sole-male images in male-audience magazines. *Journal of Advertising*, 25(4), 1–20.
- Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *The Journal of Sex Research*, 46(1), 46–56.

- Korfage, I. J., Pluijm, S., Roobol, M., Dohle, G. R., Schröder, F. H., & Essink-Bot, M.-L. (2009). Erectile dysfunction and mental health in a general population of older men. *The journal of sexual medicine*, 6(2), 505–512.
- Korn, L., Gonen, E., Shaked, Y., & Golan, M. (2013). Health perceptions, self and body image, physical activity and nutrition among undergraduate students in Israel. *PloS one*, 8(3), e58543.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 17(1), 39–57.
- Levant, R. F. & Richmond, K. (2007). A review of research on masculinity ideologies using the male role norms inventory. *The Journal of Men's Studies*, 15(2), 130–146.
- Lin, C. A. (1998). Uses of sex appeals in prime-time television commercials. *Sex Roles*, 38(5-6), 461–475.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–774.
- Matthes, J., Franke, G. H., & Jäger, S. (2012). Psychometrische Prüfung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35) in einer nicht-klinischen Stichprobe. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 21(1), 21–30.
- May, M., Gralla, O., Knoll, N., Fenske, S., Spivak, I., Rönnebeck, C., Hoffmann, M., Lenk, S., & Hoschke, B. (2007). Erectile dysfunction, discrepancy between high prevalence and low utilization of treatment options: results from the 'Cottbus Survey' with 10 000 men. *BJU international*, 100(5), 1110–1115.
- McCabe, M. P. & Taleporos, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of sexual behavior*, 32(4), 359–369.

- McCreary, D. R. & Sadava, S. W. (2001). Gender differences in relationships among perceived attractiveness, life satisfaction, and health in adults as a function of body mass index and perceived weight. *Psychology of Men & Masculinity*, 2(2), 108–116.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(3), 163–177.
- Morawski, J. G. (1985). The measurement of masculinity and femininity: engendering categorical realities. *Journal of Personality*, 53(2), 196–223.
- Moreira, E. D., Jr., Hartmann, U., Glasser, D. B., & Gingell, C. (2005). A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults in Germany. *European journal of medical research*, 10(10), 434.
- Morgan, J. F. & Arcelus, J. (2009). Body image in gay and straight men: a qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 435–443.
- Nicholas, L. J., Durrheim, K., & Tredoux, C. G. (1994). Lying as a factor in research on sexuality. *Psychological reports*, 75(2), 839–842.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. (1984). Body image, self-perception, and chronic illness in adolescence. In R. Blum (Ed.), *Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence*, pp. 59–73. New York: Grune & Stratton.
- O’Neil, J. M. (1982). Gender-role conflict and strain in men’s lives: implications for psychiatrists, psychologists, and other human-service providers. In K. Solomon & N. Levy (Eds.), *Men in transition: theory and therapy*, pp. 5–44. New York: Plenum Press.
- Peplau, L. A., Frederick, D. A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., & Ghavami, N. (2009). Body image satisfaction in heterosexual, gay, and lesbian adults. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 713–725.
- Pleck, J. H. (1981). *The myth of masculinity*. MIT Press, Cambridge, MA.

- Pleck, J. H. (1987). The theory of male sex-role identity: its rise and fall, 1936 to the present. In H. Brod (Ed.), *The making of masculinities: the new men's studies*, pp. 21–38. Boston: Allen & Unwin.
- Pöhlmann, K., Roth, M., Brähler, E., & Joraschky, P. (2014). Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35): Validierung auf der Basis einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 64(3-4), 93–100.
- Pöhlmann, K., Thiel, P., & Joraschky, P. (2008). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35). In P. Joraschky, H. Lausberg, & K. Pöhlmann (Eds.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*, pp. 57–72. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pope, H. G., Jr., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 65–72.
- Rand, C. S. W. & Wright, B. A. (2000). Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 90–100.
- Reece, M., Herbenick, D., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, relationships, and perceived health among adult men in the United States: results from a national probability sample. *The journal of sexual medicine*, 7(s5), 291–304.
- Reid, D. & Renwick, R. (2001). Relating familial stress to the psychosocial adjustment of adolescents with Duchenne muscular dystrophy. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(2), 83–93.
- Richter-Appelt, H. (2006). Probleme der intersexuellen Entwicklung. In V. Sigusch (Ed.), *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*, pp. 236–250. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Robert Koch-Institut (Ed.) (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.

- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830.
- Rossen, P., Pedersen, A. F., Zachariae, R., & von der Maase, H. (2012). Sexuality and body image in long-term survivors of testicular cancer. *European journal of cancer*, 48(4), 571–578.
- Rüling, A. (2007). Traditionalisierungsfallen in partnerschaftlichen Aushandlungsprozessen. In A. Rüling (Ed.), *Jenseits der Traditionalisierungsfallen. Wie Eltern sich Familien-und Erwerbsarbeit teilen*, pp. 102–114. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Sand, M. S., Fisher, W., Rosen, R., Heiman, J., & Eardley, I. (2008). Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *The journal of sexual medicine*, 5(3), 583–594.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., Varjonen, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(1), 31–44.
- Sarin, S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2014). How hot is he? A psychophysiological and psychosocial examination of the arousal patterns of sexually functional and dysfunctional men. *The journal of sexual medicine*, 11(7), 1725–1740.
- Schooler, D. & Ward, L. M. (2006). Average Joes: men's relationships with media, real bodies, and sexuality. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(1), 27–41.
- Shkolnik, D. & Iecovich, E. (2013). Health, body image, gender, and migration status: their relationship to sexuality in old age. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1717–1727.
- Smith, A., Lyons, A., Ferris, J., Richters, J., Pitts, M., Shelley, J., & Simpson, J. M. (2011). Sexual and relationship satisfaction among heterosexual men and women:

- the importance of desired frequency of sex. *Journal of sex & marital therapy*, 37(2), 104–115.
- Snell Jr., W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: an objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27–55.
- Snell Jr., W. E. & Papini, D. R. (1989). The Sexuality Scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 256–263.
- Terman, L. M. & Miles, C. C. (1936). *Sex and personality: studies in masculinity and femininity*. New York: McGraw-Hill.
- Thiele, A. (2000). Männlicher Geschlechtsrollenstress. Erste Ergebnisse mit einer deutschen Version der „Masculine Gender Role Stress Scale“ an jungen und älteren Männern. *Zeitschrift für politische Psychologie*, 8(2/3), 139–159.
- Thiele, A., Ottermann, C., & Degenhardt, A. (2001). *Maskuline Rollenorientierung, Sensation Seeking und Aggressivität bei jungen Männern. Validierung der „Male Role Norms Scale“*. Poster auf der 15.Tagung der Fachgruppe Entwicklungspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Potsdam.
- Thompson, E. H. & Pleck, J. H. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 531–543.
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: stability and change. *Body image*, 1(1), 29–41.
- Vasilenko, S. A., Ram, N., & Lefkowitz, E. S. (2011). Body image and first sexual intercourse in late adolescence. *Journal of adolescence*, 34(2), 327–335.
- Volz, R. & Zulehner, P. M. (2009). *Männer in Bewegung: Zehn Jahre Männerentwicklung in Deutschland*. Baden-Baden: Nomos.
- Wade, J. C. & Donis, E. (2007). Masculinity ideology, male identity, and romantic relationship quality among heterosexual and gay men. *Sex Roles*, 57(9-10), 775–786.

- Watkins, P. L., Eisler, R. M., Carpenter, L., Schechtman, K. B., & Fisher Jr, E. B. (1991). Psychosocial and physiological correlates of male gender role stress among employed adults. *Behavioral Medicine*, 17(2), 86–90.
- Wilcox, S. L., Redmond, S., & Davis, T. L. (2015). Genital image, sexual anxiety, and erectile dysfunction among young male military personnel. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1389–1397.

8 Veröffentlichungen

Vortrag

„Selbstbild und erektile Dysfunktion 45-jähriger Männer in Deutschland“
42. Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie, Augsburg, 06/2016

Publikation

Kögel AM, Dinkel A, Marten-Mittag B, Baron J, Albers P, Arsov C, Hadaschik B, Hohenfellner M, Imkamp F, Kuczyk M, Gschwend JE, Herkommer K.
Selbstbild und erektile Dysfunktion 45-jähriger Männer: Ergebnisse eines Begleitprojekts der PROBASE-Studie
Urologe A. 2016 Oct;55(10):1321-1328.

9 Danksagung

Ich bedanke mich bei Chefarzt Herrn Prof. Jürgen E. Gschwend für die Möglichkeit, eine Doktorarbeit in der Urologie des Klinikum rechts der Isar zu schreiben.

Meinen großen Dank spreche ich meiner Doktormutter und Betreuerin Frau Prof. Kathleen Herkommer für Ihre intensive und verlässliche Betreuung aus. Durch Frau Prof. Herkommer und ihre Expertise war es mir möglich, auf hohem Niveau wissenschaftlich zu arbeiten und ein interessantes und spannendes Thema zu bearbeiten. Bei Problemen und zeitweiliger Ratlosigkeit fand ich bei Frau Prof. Herkommer stets ein offenes Ohr. Lösungsorientierte und motivierende Gespräche begleiteten und halfen mir bei der Erstellung der Doktorarbeit.

Vielen Dank sage ich Herrn PD Dr. Andreas Dinkel für seine interessanten Ideen und seine Expertise, mit der er mir den Einstieg in die Thematik erleichterte und mich kompetent und hilfreich unterstützte.

Mein Dank geht auch an Frau Dr. Birgitt Marten-Mittag für die professionelle Auswertung meiner Daten und die freundliche Unterstützung darüber hinaus.

Ebenfalls bedanke ich mich bei Frau Helga Schulwitz für ihre stete Hilfe in allen Belangen. Durch ihre Organisation und sorgfältige Datenpflege konnte die Studie im geplanten Zeitraum durchgeführt werden.

Ein lieber Dank geht an das PROBASE-Team und die Mitarbeiter der weiteren Arbeitsgruppen. Die schöne Gemeinschaft und das gegenseitige Helfen motivierte und unterstützte mich.

Sehr herzlich möchte ich mich bei meinen Eltern Dr. Maria und Martin Kögel bedanken, dass sie mir das Medizinstudium und diese Doktorarbeit ermöglicht haben. Vielen Dank für ihre Unterstützung, auf die ich mich immer verlassen kann.

Einen ganz lieben Dank möchte ich meinem Freund Andreas Volk aussprechen für seine Hilfe zu jeder Zeit. Er hat mich unermüdlich und liebevoll beraten, begleitet und motiviert.