Stretcher angeboten, deren Preis von 13-990 $ reichte (im Mittel 269 $). Zwei Seiten boten Gewichte zur Penisvergrößerung an (197 und 350 $) und 2 weitere Seiten pflanzliche Produkte zur oralen Einnahme (60 und 100 $). Eine einzelne Seite bot eine Zeitschrift über Penisvergrößerung an und 3 Kliniken, die operative Eingriffe zur Penisvergrößerung anboten konnten gefunden werden.

Ergebnisse

Der Vergleich der im Internet angebotenen Optionen zur Penisvergrößerung mit den aktuell verfügbaren wissenschaftlichen Daten und Leitlinien ergab durchweg ernüchternde Ergebnisse.

Körperliche Übungen oder pflanzliche Produkte haben keinerlei nachgewiesenen Effekt auf die Penisgröße. Vakuumpumpen, Stretcher oder Gewichte können ggf. einen positiven Effekt auf die Penisgröße haben, es mangelt aber an randomisiert, prospektiv erhobenen Daten. Produkte dieser Art versprechen häufig eine Zunahme der Penisgröße bis zu mehreren Zentimetern auch bereits nach kurzem Gebrauch. Der realistisch zu erwartende Größenzuwachs nach längerem Gebrauch und damit verbundener jeweils längerer täglicher Anwendung, die häufig nicht mit einer normalen Arbeitstätigkeit in Übereinstimmung zu bringen ist, liegt aber eher bei 1-2cm. Dennoch empfehlen einige Autoren Stretcher insbesondere in der postoperativen Phase nach Penisvergrößerungsoperationen. Einige Hersteller sind weiterhin bemüht, randomisiert-prospektive Studien durchzuführen um die Datenlage bzw. die zu erwartenden Ergebnisse zu objektiveren (personal communication, Fa. Andromedical). Werden Penisstretcher aber ohne ärztliche Einweisung oder ärztliche Betreuung unreflektiert eingesetzt, können sie zu erheblichen Verletzungen des äußeren Genitales führen.

In der Literatur finden sich multiple Verfahren der operativen Penisvergrößerung wie z. B. die Durchtrennung des Lig. suspensorium, Fettunterspritzungen und vieles mehr. Da es aber an objektivierbaren Daten mangelt, hat die Society for the Studies of Impotence alle operativen Maßnahmen zur Penisvergrößerung weiterhin als nicht-standardisierte, noch in der Erprobung befindliche Eingriffe bezeichnet (Wessels et al. 1996). Neben der Gefahr des Auftretens ernsthafter Komplikationen wie Funktionseinschränkung des Penis und kosmetisch unzureichendem Ergebnis beträgt der Längengewinn bei Durchtrennung des Lig. suspensorium meist nicht mehr als 2,5cm (Alter 1995).

In Kenntnis dieser Daten liegt die Entscheidung beim Arzt, bei welchem Patienten eine wirkliche Indikation für eine Penisvergrößerung vorliegt. Um diese Entscheidung treffen zu können, muss der behandelnde Arzt mit den Normwerten der Penisgröße Erwachsener in verschiedenen Altersstufen vertraut sein.

Studien mit dem Ziel der Erhebung der durchschnittlichen Penisgröße wurden bereits 1899 durch Loeb durchgeführt (Loeb 1899). Die penile Länge wird in Studien im flacciden und im erigierten Zustand bestimmt, zusätzlich erfolgt teilweise eine Bestimmung der gestreckten Länge im flacciden Status. Die mittlere Länge im erigierten Zustand des erwachsenen Mannes reicht in den unterschiedlichen Studien von 14,2-15,9cm, wobei eine deutliche Tendenz zu einer größeren Länge in den Studien nachzuweisen ist, in denen die Messung durch die Patienten selbst erfolgte (Tab.1) (beinhaltet Literaturstelle 2-9). Unsere eigenen Daten, bei denen die Penislänge von 111 Männern (18-19 J.) und 32 Männern (40-68 J.) im flacciden und erigierten Zustand durch einen einzigen Untersucher bestimmt wurde, zeigte keinen signifikanten Längenunterschied im flacciden und erigierten Zustand zwischen beiden Altersgruppen (Schneider et al. 2001).

Tab. 1 Penisgrößen in verschiededenen Studien

	flaccide	gestretched	erigiert
Loeb 1899	9.5cm	---	---
Schoenfeld 1942	---	13.0cm	---
Kinsey 1948 *	9.7cm	---	15.5cm
da Ros 1994	---	---	14.5cm
Richters 1995 *	---	---	15.9cm
Wessels 1996	8.8cm	12.4cm	15.7cm
Schneider 2000	8.6/9.2cm	---	14.5/14.2cm
Ponchietti 2001	9.0cm	12.5cm	---

* Selbstmessung

Da die Penislängenmessung auf verschiedene Art und Weise durchgeführt und interpretiert werden kann, sollte im Rahmen von Studienmessungen eine Selbstmessung vermieden werden und die Messung nur durch einen Untersucher erfolgen. Insbesondere die Daten zur flacciden Penisgröße sind aufgrund der schnellen Größenveränderungen durch Temperaturschwankungen etc. schwierig zu interpretieren. Wir empfehlen daher in Studien eine Penislängenmessung nach Selbststimulation oder aber nach pharmakologischer Induktion der Erektion z. B. nach intrakavernös-

er Injektion von Prostaglandin E1. Sollte eine solche Messung nicht möglich sein, so kann die gestreckte Länge des flacciden Penis gemessen werden, die der Länge im erigierten Zustand bei Addition eines Zentimeters annähernd entspricht. Ein weiteres Problem bei übergewichtigen Patienten ist das sogenannte präpubische Fettpolster. Um die sog. Funktionelle Länge des Penis bei diesen Patienten bestimmen zu können, sollte ein biegsames Lineal kräftig gegen das Schambein gedrückt werden und so die Länge bis zur Penisspitze gemessen werden (Abb. 1).

Schlussfolgerungen

Sämtliche im Internet verfügbaren Daten und Informationen zur Penisverlängerung sollten mit extremer Vorsicht interpretiert werden. Die meisten dort angebotenen Produkte sind ohne Nutzen für den Anwender und verursachen für diesen immense Kosten. Die behandelnden Ärzte werden immer häufiger mit unrealistischen Größenvorstellungen ihrer Patienten konfrontiert und sollten daher bereits bevor es zur Diskussion über Möglichkeiten zur Penisvergrößerung kommt, den Patienten über die zu erwartende normale Penisgröße informieren. Für keinen Patienten mit normal großem Penis besteht derzeit eine medizinische Indikation für eine Penisvergrößerung. Insbesondere operative Eingriffe zur Penisvergrößerung sollten bei Patienten mit einer flacciden Penislänge von > 4 cm oder einer erigierten Penislänge von > 7,5 cm nach den Daten von Wessels und Lue sowie unserer eigenen Daten unterbleiben (Schneider et al. 2001, Wessels et al. 1996).

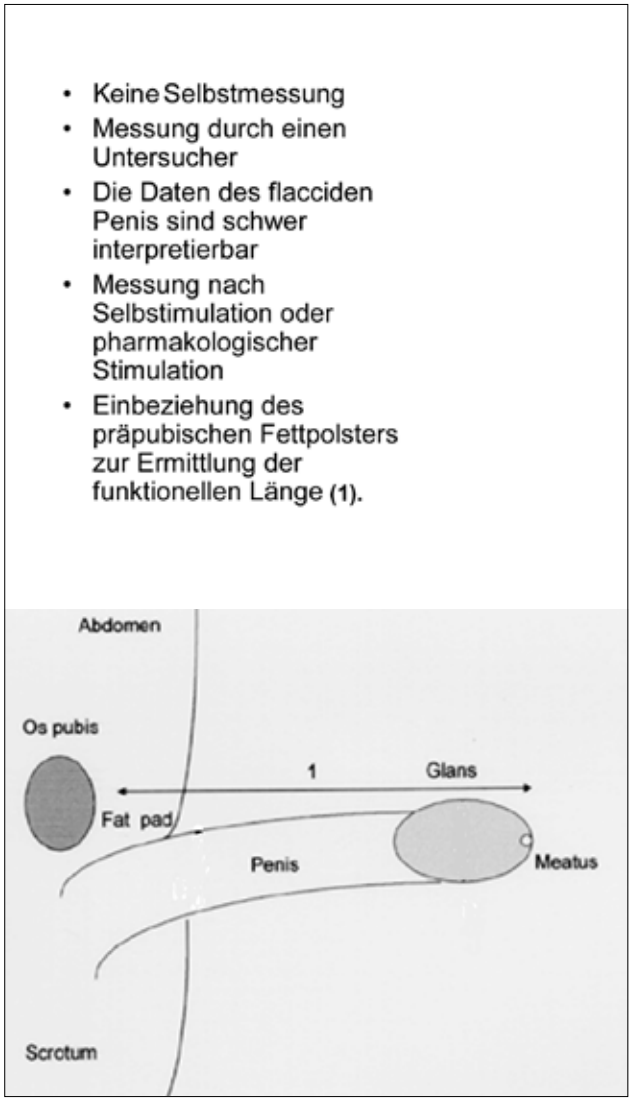


Abb. 1 Penislängenmessung

Literatur

Alter G.J. (1995): Augmentation phalloplasty. Urol Clin North Am 4: 887-901.

da Ros C., Telöken C., Sogari P. et al. (1994): Caucasian penis: what is the normal size? J Urol 151: 323a, abstract 381.

Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1948): Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Saunders Co.

Loeb H. (1899): Harnröhrencapacität und Trippersprizen. Muench. Med. Wochenschr. 46: 1016-1019.

Ponchietti R., Mondaini N., Bonafe M. et al. (2001): Penile length and circumferences: a study on 3.300 young Italian males. Eur Urol 39: 183-186.

Richters J., Gerofi J., Donovan B. (1995): Are condoms the right size(s): a method for self measurement of the erect penis. Venereology 8: 77-81.

Schneider T., Sperling H., Lümmen G. et al. (2001): Does penile size in younger men cause problems in condom use? A prospective measurement of penile dimensions in 111 young and 32 older men. Urology 57 (2): 324-318.

Schoenfeld W.A., Beebe G.W. (1942): Normal growth and variation in the male genitalia from birth to maturity. J Urol 48: 759-777.

Wessels H., Lue T.F., McAninch J.W. (1996): Penile length in the flaccid and erect states: Guidelines for penile augmentation. J Urol 156: 995-997.

Adresse der Autoren
Dr. med. Tim Schneider, Dr. med Berthold Schneider, Gemeinschaftspraxis für Urologie, Schildberg 19, 45475 Mülheim, tim.schneider@uni-essen.de

Sexualbegleitung für geistig behinderte Menschen

Lothar Sandfort

Sexual counseling for people with cognitive disabilities

Abstract

This article takes a new approach to providing sexual counseling for people with mental and/or cognitive disabilities. This new approach to sexual counseling finds its roots in the Independent Living Movement and is based on the principles of this Movement: Self-Definition and Self-Determination, Empowerment, Peer-Support, Ambulatory Living Assistance etc. The involvement of Sexual Assistants/Attendants is a significant aspect of this approach. Their is an individual fee for the services of and experiences with these Sexual Assistants. Importance is placed on a clear distinction between the services provided by these Sexual Assistants and those of normal prostitutes, e.g. the goal of the service is not the quick satisfaction of the consumer. Rather the individual with a disability should have the opportunity to strengthen his image of self, i.e. his personality and his attractivity.

Keywords: Sexual Assistants/attendants, strengthen image of self, personality and attractivity

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt einen neuen Ansatz in der Sexualberatung geistig behinderter Menschen, entstanden aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung Körperbehinderter und aufgebaut auf den Prinzipien dieser Bewegung: Selbstbestimmung, Empowerment, Peer-Support, ambulante Assistenzdienste etc. Diese Sexualberatung schließt die Mitarbeit von Sexualbegleiterinnen ein. Sie bieten Sexualerfahrungen gegen Bezahlung an. Dabei wird auf deutliche Unterschiede zur klassischen Prostitution Wert gelegt. Ziel ist nicht die schnelle Befriedigung des Kunden. Dem behinderten Mensch soll die Gelegenheit geboten werden, seine Persönlichkeit zu stärken und sich zu attraktivieren.

Schlüsselworte: Sexualbegleitung/-assistenz, Persönlichkeitsförderung

Selbstbestimmt Leben

Seit 1986 haben in den deutschen Großstädten behinderte Menschen Beratungszentren nach amerikanischem Vorbild eröffnet. Durch die konnten sie ihre Kompetenzen in sozialrechtlichen Fragen an andere behinderte Menschen und deren Angehörige weitergeben.

Die Gründungsaktivitäten wurden in den USA, Japan, Australien und Europa beobachtet. Die Protagonisten sammelten sich im „Independent-Living-Movement".

In der us-amerikanischen und europäischen Pädagogik haben die Inhalte, die mit dieser Bewegung verbunden werden, einen prägenden Eindruck hinterlassen: Selbstbestimmung, Empowerment, Peer-Support, ambulante Assistenzdienste, Dezentralisierung von stationären Einrichtungen. Die Selbstbestimmung behinderter Menschen ist heute nicht nur zentrales Ziel der wissenschaftlichen Pädagogik sondern auch Kern der broschierten Leitbilder institutioneller Behindertenarbeit. Die pädagogische Praxis in den Wohnheimen und Werkstätten für behinderte Menschen ist allerdings in den seltensten Fällen schon in der Lage, die wissenschaftlichen Normen zu erfüllen.

1994 wurde eine Beratungsstelle dieser Bewegung gegründet, die dem Bedarf an psychologischer Beratung und Psychotherapie entsprach, der sich immer wieder in den Zentren für selbstbestimmtes Leben zeigte. Anders als bisher üblich wurde diese Beratungsstelle in einem Dorf angesiedelt und umfassender als Lehrinstitut aufgebaut: Das „Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter" in Trebel, im Osten Niedersachsens. Den Peer-Counseling-Prinzipien entsprechend ist der leitende Psychotherapeut des ISBB selbst behindert.

Der Nachfrage entsprechend hat sich der Beratungsschwerpunkt zu Fragen nach Sexualität und Partnerschaft behinderter Mensch konkretisiert und da dem Thema Sexualität offen und offensiv begegnet wurde, ist das ISBB heute eine Sexualberatungsstelle, die auch Fragen zu anderen Themen beantwortet.

Sexualbegleitung des ISBB

Es entspricht der Tradition der Bewegung, sich in Selbsthilfegruppen und Workshops zu finden. So wurden in der ISBB-Sexualberatungsstelle neben dem klassischen Beratungsangebot Erotik-Workshops organisiert. Dort trafen sich zunächst körperbehinderte Männer. Diesen Anfängen folgten drei parallele Grup-