

Inzidenz sexueller Probleme in der gynäkologischen Praxis

Hans-Joachim Ahrendt, Daniela Adolf, Cornelia Friedrich

Frequency of sexual problems in gynecological practice

Abstract

Disorders of sexual function play an important role in daily gynecological practice. They usually concern reproduction: contraception, pregnancy, infertility. The dimensions of desire and relationship receive relatively little attention due to the lack of time, competence, and financial compensation. Many patients are reluctant to speak with their gynecologist about their sexuality and often do so only when queried by the doctor. Little data on the frequency of sexual problems is available in Germany and other countries.

In the study of Ahrendt and Friedrich patients were asked about sexual problems during routine gynecological examinations. They were asked about the frequency and nature of the problems and given the opportunity to raise their own questions. The study distinguished between patients who posed questions themselves and those who replied to questions of the doctor. 4493 patients were included in the study. Disorders involving sexual desire and dyspareunia were those most frequently mentioned.

Most of these problems and issues could be resolved within routine gynecological practice. In some cases additional therapy was needed, although not all patients heeded this advice.

Keywords: Sexual problems, incidence, gynecological practice

Zusammenfassung

Störungen der sexuellen Funktion spielen in der täglichen gynäkologischen Praxis eine bedeutende Rolle. Das betrifft an erster Stelle die Fortpflanzungsdimension im Bereich Kontrazeption, Schwangerschaften, unerfüllter Kinderwunsch. Der Beziehungs- und der Lustdimension werden dagegen aus Gründen der fehlenden Zeit, dem Gefühl mangelnder Kompetenz und der fehlenden Honorierung noch zu wenig Beachtung geschenkt.

Viele Patientinnen scheuen sich nach wie vor, von sich aus ihren Gynäkologen, ihre Gynäkologin auf das Thema Sexualität anzusprechen oder tun dies oft nur, wenn sie im Rahmen der Anamnese darauf angesprochen werden. Über die Häufigkeit von sexuellen Problemen liegen aus Deutschland aber auch aus anderen Ländern bisher nur wenige Daten vor.

In der Studie wurden im Rahmen der Anamnese in der gynäkologischen Routinesprechstunde die Patientinnen nach möglichen Problemen in der Sexualität befragt. Dabei wurden die Häufigkeit und die Art der sexuellen Probleme und Fragen erhoben. Außerdem wurde unterschieden, ob die Patientinnen dieses Thema von sich aus oder erst nach Befragen des Arztes ansprachen. In die Studie eingeschlossen wurden 4493 Patientinnen. Am häufigsten wurden Störungen der sexuellen Appetenz und die äußere und innere Dyspareunie benannt. Die meisten dieser Probleme und Fragen konnten innerhalb der gynäkologischen Routinesprechstunde geklärt werden. Bei einem Teil der Patientinnen wurde die Indikation zur weiteren Therapie gestellt, die jedoch nicht von allen Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fragen der Sexualität konfrontiert. Dies betrifft u.a. die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Adoleszenz und Klimakterium, Kontrazeption, Kinderwunsch und Infertilität. Schwangerschaft und Postpartalzeit, u.a.) und die gynäkologische Onkologie (HPV-assoziierte Erkrankungen, Zervixkarzinom, u.a.)

Schlüsselwörter: Sexuelle Probleme, Inzidenz, Gynäkologische Praxis

Einleitung

Kein Fachgebiet in der Medizin ist so vielfältig mit der Sexualität verbunden wie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In fast allen Bereichen dieses Faches sehen sich Gynäkologinnen und Gynäkologen mit Fragen der Sexualität konfrontiert. Dies betrifft u.a.:

- ◆ die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Adoleszenz und Klimakterium, Kontrazeption, Kinderwunsch und Infertilität. Schwangerschaft und Postpartalzeit, u.a.),
- ◆ die gynäkologische Onkologie (HPV-assoziierte Erkrankungen, Zervixkarzinom, u.a.),
- ◆ Sexualität bei gynäkologischen Erkrankungen (Endometriose, Adnexitis, gynäkologischen Tumoren und Operationen, Descensus und Harninkontinenz, u.a.),
- ◆ Genitale Infektionen und sexuell übertragbare Krankheiten (Vulvovaginitis, Gonorrhoe, Chlamydien, Trichomoniasis, HIV, u.a.),

- ◆ Sexuelle Funktionsstörungen (Störungen der sexuellen Appetenz, der Erregung, des Orgasmus),
- ◆ Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen (Dyspareunie, Vaginismus),
- ◆ Geschlechtsidentitätsstörungen
- ◆ Sexueller Missbrauch.

Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen sich dabei nicht nur den objektiven Parametern einer Krankheit gegenüber. Sie müssen sowohl bei der Diagnostik als auch dem beratenden Gespräch mit der Patientin die drei Dimensionen der Sexualität umfassend berücksichtigen.

Die **Fortpflanzungsdimension** spielt in der frauenärztlichen Praxis und der Klinik naturgemäß eine bedeutende Rolle und wird meist gebührend berücksichtigt. Reproduktionsmedizin mit allen ihren Fassetten nimmt in der Frauenheilkunde einen hohen praktischen Stellenwert ein.

Die **Beziehungsdimension** wird von Frauenärzten/-innen zunehmend berücksichtigt. Sie ist für das Handeln unerlässlich insbesondere bei der Betreuung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch, bei der Betreuung der Patientin mit schwerwiegenden Erkrankungen wie Patientinnen mit Mammakarzinom bei gynäkologischen Operationen, aber auch bei sexuellen Funktionsstörungen u.a.

Der **Lustdimension** wird aus verschiedenen Gründen (Kompetenz, Zeit, Honorierung) in der frauenärztlichen Betreuung zurzeit noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Somit sehen sich Frauenärzte und Frauenärztinnen in ihrer täglichen Arbeit zunehmend mit Fragen und Problemen zur Sexualität konfrontiert. Wie oft werden diese Probleme in der gynäkologischen Routinepraxis geäußert?

Täglich werden in der frauenärztlichen Sprechstunde Sexualprobleme von den Patientinnen angesprochen. Häufig werden diese Probleme jedoch als Sekundärprobleme benannt. Nicht immer benennt die Patientin das Problem aktiv von sich aus. Oft stellt sich das Problem erst nach anamnestischer Befragung. Seltener kommt die Patientin wegen des alleinigen Sexualproblems in die Sprechstunde. Über die Häufigkeit von sexuellen Problemen liegen aus Deutschland aber auch aus anderen Ländern bisher keine verlässlichen Daten vor. Viele der bisherigen Studien und Publikationen lassen keine Vergleichbarkeit zu, da es sich um eine meist unterschiedliche Klientel handelt.

Die meisten vorliegenden Studien stellen Analysen des sexualmedizinischen Patientengutes dar (office/clinic samples) und lassen damit keine Rückschlüsse für die allgemeine Bevölkerung zu (community samples). (Beier et al., 2000) Soziologische Studien zum Sexualverhalten

haben darüber hinaus oft eine geringe Rücklaufquote, so dass sie den Anforderungen an eine repräsentative Studie nicht genügen.

Im Jahr 1989 gaben in einer Studie von 887 Patientinnen einer gynäkologischen Routinesprechstunde in New Brunswick (New Jersey) 19% der Frauen sexuelle Probleme an. Von diesen hatten 48% eine Dyspareunie und 21% Libidostörungen (Bachmann et al., 1989). In einer Analyse der National Health and Social Life Survey 1999 gaben von 1749 Frauen 43% sexuelle Probleme an: davon 27–32% Libidostörungen und 8–21% Dyspareunie (Laumann et al., 1999). Bei einer Internetrecherche von Berman und Mitarbeitern gaben 77% der 3807 Frauen Libidostörungen und 62% Erregungsstörungen an. 24% der Frauen gaben sexuell bedingte Schmerzen an (Berman et al., 2003).

In einer randomisierten Studie mittels zugeschickter Fragebögen in Australien gaben von 857 Frauen zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr 16% der Frauen ein vermindertes sexuelles Verlangen (HSDD) an, 7% eine Störung der sexuellen Erregung, 8% eine Orgasmusstörung, und 1% eine Dyspareunie an (Hayes et al., 2008).

In einer von Berner initiierten Studie in Deutschland über die Häufigkeit von Sexualstörungen in der Gynäkologie gaben 12,5% der Frauen sexuelle Probleme in der Sprechstunde an (Berner et al., 2010). Von diesen hatten 75,5% Libidostörungen, 69,7% Erregungsstörungen, 66,7% Orgasmusstörungen, 66,7% mangelnde Befriedigung, 60,0% Dyspareunie und 20,6% Vaginismus. 70% der Frauen sprachen das Thema von sich aus an. Jedoch betrug die Rücksendequote nur 14,6%. Von 1390 angeschriebenen, niedergelassenen Gynäkologen/-innen schickten nur 203 die entsprechenden Fragebögen zurück. Die angegebenen Daten beruhen nicht auf statistischen Erhebungen sondern auf Schätzungen der teilnehmenden Ärzte. Aussagekräftiger ist die Studie von Wallwiener und Kollegen (2010). Die Befragung mittels Internet von 1219 Medizin-Studenten mehrerer deutscher Universitäten (auswertbare Bögen 1086) ergab folgende Häufigkeit von Sexualstörungen unter den Studentinnen: Störung der Libido 5,8%, der Erregung 1,0%, des Orgasmus 8,7%, Dyspareunie 1,1%.

Ziele der vorliegenden Studie

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, zu ermitteln:

- ◆ wie häufig Patientinnen in der gynäkologischen Routine-Sprechstunde den Wunsch haben, mit ihrem Frauenarzt, mit ihrer Frauenärztin über sexuelle Probleme zu sprechen,

- ◆ ob sie die sexuellen Problem selbst aktiv ansprechen,
- ◆ welche sexuellen Fragen und Probleme geäußert werden.

Material und Methode

Die Autoren haben in ihren gynäkologischen Sprechstunden – Ahrendt in Magdeburg und Friedrich in Köthen – in der Zeit vom 01.04. 2010 bis zum 30.09. 2010 eine Analyse der Sprechstundensituation durchgeführt. Mittels eines selbst entwickelten standardisierten Erhebungsbogens der nach jeder Konsultation ausgefüllt wurde, wurde für jede Patientin erfasst, ob sie Fragen zur oder/und Probleme mit der Sexualität hatte. Stellte eine Patientin von sich aus keine Fragen zur Sexualität, wurde dies vom Arzt bzw. der Ärztin thematisiert. Es wurden sowohl die Häufigkeit und Art der sexuellen Probleme erfasst als auch der Bedarf an weiterführender Diagnostik, Beratung oder Therapie. In diesem Zeitraum stellten sich 5403 Patientinnen vor. Von diesen wurden 4493 (83,15%) in die Analyse eingeschlossen.

910 (16,84%) Patientinnen, die in dieser Zeit ebenfalls die Sprechstunde aufsuchten, wurden nicht erfasst. Die Gründe dafür waren: Zeitnot in der Sprechstunde (62,5%), akute Erkrankung der Patientin (23,2%), multimorbide Patientin (9,0%), Patientin erschien nicht offen (5,3%), Patientin war noch Kind (0,5%).

Die Daten wurden mit vorgefertigtem Erhebungsbogen erfasst und grafisch dargestellt. Die statistische Auswertung erfolgte mittels SAS 9.2 (SAS Institute Inc, USA). Zur Beurteilung der Homogenität zwischen den Altersgruppen wurde Fishers exakter Test verwendet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin ein Problem selbst anspricht wurde mittels der Binomialverteilung bewertet, wobei signifikante Abweichungen vom Wert 50% herausgestellt wurden. Ein p-Wert von 0,05 bildet die Grenze zur Signifikanz, im Sinne des multiplen Testens wurde dabei eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen (vgl. Tab. 1).

In dieser Studie befanden sich auch 396 Schwangere und Wöchnerinnen, die unabhängig vom Alter gesondert ausgewertet wurden.

Ergebnisse

60,45% der befragten Patientinnen gaben an, Fragen, Beschwerden oder Probleme in Zusammenhang mit der Sexualität an. Dies unterschied sich signifikant zwischen den Altersgruppen ($p < 0,0001$). Auf die Patientinnen bezogen (siehe Abb. 1) betraf dies am wenigsten die Teenager.

Tab. 1 Altersverteilung der Patientinnen (n= 4493)

Altersgruppen	N	%
< 20 Jahre	437	11
20 bis 39 Jahre	1490	33
40 bis 59 Jahre	1310	29
>60 Jahre	824	18
Schwangere und Post partum	396	9

Mehr als die Hälfte der Patientinnen (54,8%) sprachen ihre Probleme selbst aktiv an. 45,2% der Patientinnen taten dies erst auf konkretes Befragen. Dies unterschied sich allerdings stark für die verschiedenen Probleme: Während innere und äußere Dyspareunie in 66,3% bzw. 78,5% der Fälle von der Patientin angesprochen wurden (je $p < 0,0001$) und Blutungen beim Sex mit 89,5% am häufigsten aktiv angesprochen wurden ($p < 0,0001$), wurden Libido-Probleme nur zu 34,1% ($p < 0,0001$), Partnerkonflikte am wenigsten (22,9%, $p < 0,0001$) aktiv von der Patientin angesprochen. Auch der aktive Umgang mit diesen Problemen unterschied sich teilweise hochsignifikant zwischen den Altersgruppen, da zumeist die 20- bis 39-Jährigen am häufigsten selbst auf die entsprechenden Probleme eingingen.

Libidostörungen und Dyspareunie waren die am häufigsten genannten Störungen. Sie stellen mehr als die Hälfte (53,5%) aller Störungen dar. Von den „Problem-Patientinnen“ gaben 23,1% Störungen der sexuellen Appetenz und 30,4% Dyspareunien an. (vgl. Abb. 2).

Libidostörungen mit Leidensdruck (Hypoactive Sexual Desire Disorder, HSDD) gehören in der Sprechstunde zu den häufigsten Sexualstörungen, die von den Pati-

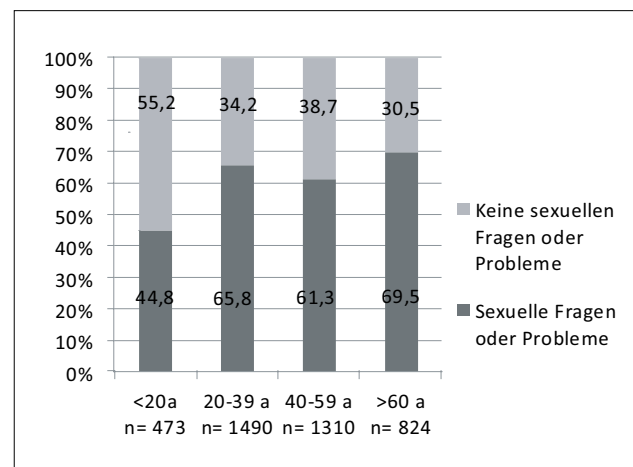


Abb. 1 Altersverteilung der Häufigkeit sexueller Fragen und Probleme (n= 4493)

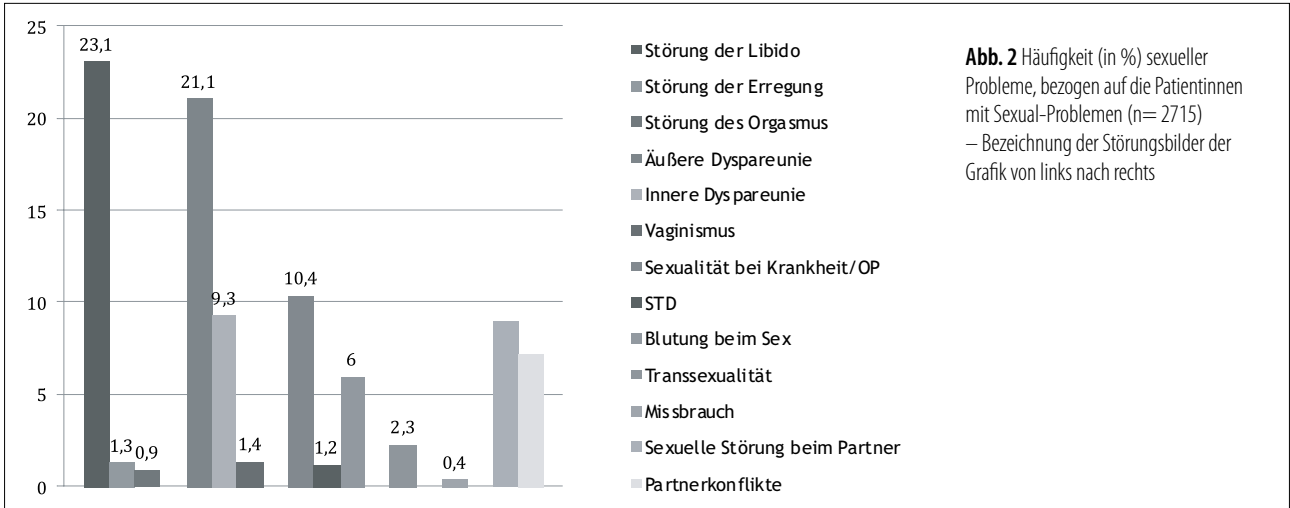


Abb. 2 Häufigkeit (in %) sexueller Probleme, bezogen auf die Patientinnen mit Sexual-Problemen (n= 2715) – Bezeichnung der Störungsbilder der Grafik von links nach rechts

entinnen benannt werden. Etwa 15% aller Patientinnen beklagten eine Störung der Libido, wobei sich die Altersgruppen insofern signifikant voneinander unterschieden ($p=0,0033$), als die Gruppe der Teenager nur zu knapp neun Prozent Libido-Probleme angab. Dagegen wurden Störungen der Erregung und des Orgasmus selten und fast ausschließlich von den 20- bis 59-Jährigen geäußert (vgl. Abb. 3).

Meist wird die Abnahme der sexuellen Appetenz von der Patientin mit einer konkreten Lebenssituation in Zusammenhang gebracht, etwa dem Klimakterium oder der Einnahme hormonaler Kontrazeptiva oder der Postpartalzeit. Seltener wird ein primärer Zusammenhang mit Konflikten in der Partnerschaft und anderen psychosozialen Einflussfaktoren in der Sprechstunde dargestellt.

Die **Dyspareunie** stellt das häufigste von den Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde benannte sexuelle Problem dar. In 21,1% der benannten Probleme konnte eine äußere Dyspareunie (verstärkt bei den unter

20-Jährigen, $p<0,0001$) und in 9,3% eine innere Dyspareunie (vor allem bei den 20- bis 39-Jährigen, $p<0,0001$) diagnostiziert werden. Im Gegensatz zu anderen Definitionen (Kao A et al., 2008) wird in der gynäkologischen Sprechstunde aus praktischen Gesichtspunkten die äußere und die inneren Dyspareunie wie folgt unterschieden: Die **äußere Dyspareunie** schließt sexuell bedingte Schmerzen im Bereich der Vulva, des Introitus vaginae und der Scheide mit ein.

Patientinnen geben insbesondere Schmerzen beim Eindringen des Penis in die Scheide oder während des Sexualverkehrs in der Scheide an (als Brennen, Stechen, Ziehen, Druckgefühl). Als gynäkologische Ursachen kommen u.a. in Frage entzündliche Veränderungen i.S. einer Vulvovaginitis, Veränderungen nach gynäkologischen OP oder Radiatio, Anatomische Variationen: Enge Scheide, Vaginalseptum und Hymenalreste. Vor allem aber auch die Trockenheit der Scheide ist eine häufig zu findende Ursache (vgl. Abb. 4).

Bei der **inneren Dyspareunie** bestehen sexuell bedingte Schmerzen im Bauchraum. Meist durch das Anstoßen des Penis an die Portio vaginalis uteri und das dadurch bedingte „Hochschieben“ des Uterus. Dies ist dann als „physiologisch“ anzusehen, wenn dies selten bzw. nur bei bestimmten sexuellen Stellungen auftritt. Bei permanentem Auftreten kann sie durch chronische Krankheiten bedingt sein und muss durch übliche Organdiagnostik (Palpation, Sonographie, Pelviskopie, u.a.) abgeklärt werden. Als organische Ursachen finden sich oft eine Endometriose, Adhaesionen, Ovarialtumore, Uterus myomatosus, u.a. Genitalerkrankungen (vgl. Abb. 5).

Auch wenn bei der Dyspareunie ein organisches Substrat diagnostiziert werden kann, muss immer auch an ein psychosomatisches Geschehen, Partnerkonflikte, Traumatisierungen u.a. gedacht werden und gegebenenfalls eine Paarberatung oder Paartherapie erfolgen.

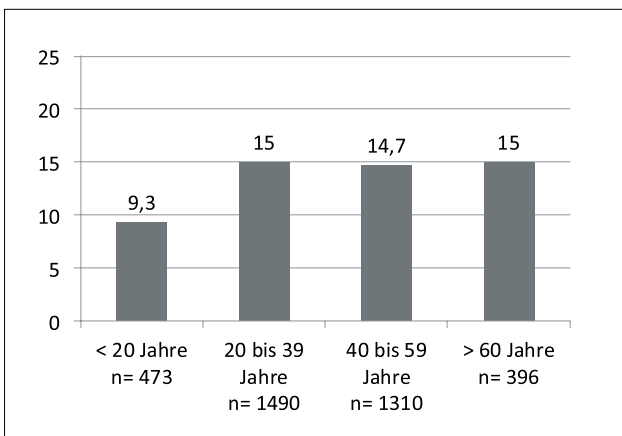


Abb. 3 Patientinnen mit Libidostörungen (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

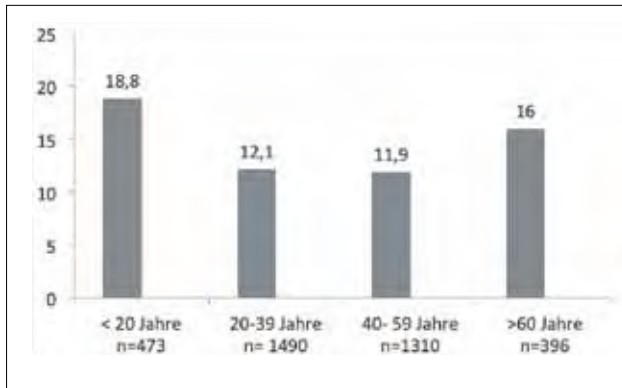


Abb. 4 Patientinnen mit äußerer Dyspareunie (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

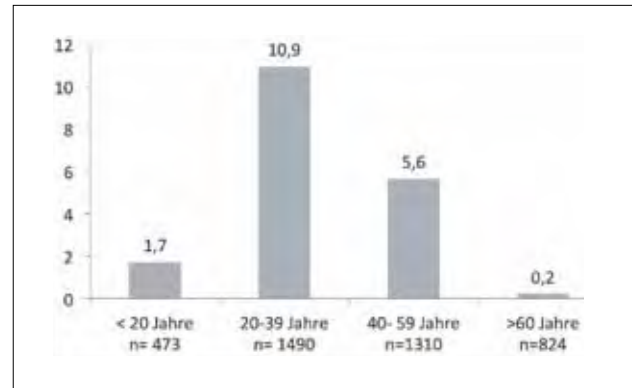


Abb. 5 Patientinnen mit innerer Dyspareunie (in%) bezogen auf alle Patientinnen dieser Altersgruppe

Schlussfolgerungen

Der Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ist entscheidend für die sexualmedizinische Basisbetreuung der Frauen. Es ist gehört zu seinen grundlegenden Aufgaben eine sexualmedizinische Anamnese zu erheben, um mögliche Probleme aufzudecken. Noch immer wird dies nicht angemessen umgesetzt. Die Ursachen hierfür sind eine unausreichende Honorierung, die mangelnde Zeit in der Sprechstunde, aber auch fehlende Kompetenz. (Ahrendt, Friedrich, 2010, Hartmann, 2009)

Es liegt in der Verantwortung der Frauenärzte/-innen dann von ihrer Überweisungskompetenz Gebrauch zu machen, wenn die Grenze der Beratungsmöglichkeit überschritten ist und eine Sexualtherapie, Paartherapie oder Psychotherapie von einem Spezialisten erforderlich ist.

Von den 2715 Patientinnen mit Fragen oder Problemen zur Sexualität der eigenen Klientel wurde bei 146 (5,38%) die Indikation zu einer weiteren Therapie (Sexualtherapie, Paartherapie oder Psychotherapie) gestellt. Dieses Angebot nahmen letztlich jedoch nur 28 Patientinnen (1,03%) wahr.

Literatur

- Ahrendt, H.J., Friedrich, C., 2010. Prävention und Therapie sexueller Störungen. *J f Frauengesundheit* 1, 11–26.
- Beier, K.M., Hartman, U., Bosinski, H.A.G., 2000. Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7 (2), 63–95.
- Berman, L., Berman, J., Felder, S., Pollets, D., Chhabra, S., Miles, M., Powell, J.A., 2003. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility* Vol. 78, No 3.
- Berner, M., Schmidt, E., Weinhäupl, C., Günzler, C., Kriston, L., Zahradnik, H.-P., 2010. Prävalenz, Diagnostik und Therapie weiblicher sexueller Funktionsstörungen in der gynäkologischen Praxis. *Geburtsh Frauenheilk*.
- Hartmann, U., 2009. Sexuelle Funktionsstörungen. Betrachtungen aus der Perspektive der ambulanten Praxis.1. Überblick, *Gynäkol Praxis* 33, 115–127.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Fairley, C.K., 2008. What is the "true" prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 5, 777–787.
- Kao, A., Binik, Y.M., Kapuscinski, A., Khalifé, S., 2008. Dyspareunia in postmenopausal women: A critical review. *Pain Res Manage* 13(3), 243–254.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 281(6), 537ff.
- Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt, 3. Satzung zur Änderung. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt*, H 3, 2011, Anlage, 29–30.
- Wallwiener, M., Wallwiener, L.M., Seeger, H., Mück, A.O., Bitzer, J., Zipfel, S., Wallwiener, C., 2011. Die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen unter deutschen Medizinstudentinnen und der Einfluss der Kontrazeption auf die Libido. *Geburtsh Frauenheilk* 71, 76–78.

AutorInnen

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt, Praxis für Frauenheilkunde und Klinische Forschung, Zentrum für sexuelle Gesundheit, Halberstädter Str. 122, 39112 Magdeburg, email: ahrendt@prof-ahrendt-frauenarzt.de

Dipl.-Stat. (FH), Daniela Adolf, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Biometrie und Medizinische Informatik, Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

Cornelia Friedrich, Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für sexuelle Gesundheit, Schalaunische Str. 6/7, 06366 Köthen