

## Einleitung

»Sexuelle Gesundheit ist die Integration der körperlichen, gefühlsmäßigen, geistigen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und die Persönlichkeit, die Kommunikation und die Liebe stärkt.« (WHO) In diesem Sinne haben Störungen des Sexuallebens Krankheitswert und können nicht nur therapeutisch beseitigt werden, sondern auch präventiv vermieden werden.

Gute zwischenmenschliche Beziehungen sind die Voraussetzung für eine hohe Lebensqualität und allgemeine Lebenszufriedenheit. Die Erfüllung der Grundbedürfnisse nach menschlicher Wärme, Zuneigung, Akzeptanz und dem Gefühl, angenommen zu werden, gehört zu den emotional stabilisierenden Faktoren der Persönlichkeit.

Besonders intensiv erleben Menschen die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse, wenn sie auch auf körperlicher Ebene vermittelt wird. Durch das gemeinsame Erleben von sexuellen Aktivitäten, von Lust und deren Befriedigung können in einer Partnerschaft diese Grundbedürfnisse auf einzigartige Weise erfüllt werden.

Durch ein Fehlen von sexuellen Höhepunkten allein wird niemand krank. Jedoch kann ein chronischer Mangel an emotionaler und auch körperlicher Zuneigung die Wahrscheinlichkeit erhöhen, psychische und physische Störungen mit Krankheitswert zu entwickeln. Diese lassen oftmals aber nicht direkt auf deren Ursache schließen. In der gynäkologischen Praxis schildern Patientinnen nicht selten unspezifische abdominale Beschwerden, Kopfschmerzen, allgemeinen Leistungsmangel oder auch depressive Verstimmungen, deren Ursache in einem Konflikt mit dem Partner oder mangelnder Befriedigung sexueller Wünsche und Bedürfnisse liegen.

Häufig berichten die Frauen auch von Sexualproblemen, die auf Aufklärungsdefiziten oder falsch verstandenen Normvorstellungen beruhen. Oft sind diese Probleme bereits chronifiziert (z. B. Dyspareunie, Vaginismus) und deren Therapie meist langwierig. Sie rufen sekundär weitere Partnerschaftsprobleme hervor oder führen gar zur Trennung des Paares.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass wir uns den Problemen und Fragen der Sexualität unserer Patientinnen offen und aktiv annehmen. Frauenärztinnen und -ärzte sind meist erste Ansprechpartner für sexuelle Probleme. Wir sollten diesem Teilgebiet unseres Fachgebietes deshalb große Aufmerksamkeit schenken. Mit unserer Fachkompetenz und unserer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung haben wir die einzigartige Möglichkeit, Störungen der Sexualität vorzubeugen oder bereits im Anfangsstadium zu behandeln bzw. eine Behandlung einzuleiten. Das trägt nicht nur zur allgemeinen Lebenszufriedenheit unserer Patientinnen bei, sondern verbessert in besonderer Weise auch das Vertrauensverhältnis und die Compliance unserer Patientinnen.

Das Fachgebiet »Gynäkologie und Geburtshilfe« ist vielfältig mit den Problemen der Sexualität direkt oder indirekt assoziiert, ohne dass es den Frauenärztinnen und -ärzten bei der täglichen Arbeit in Klinik und Praxis manchmal bewusst ist. Dies betrifft insbesondere folgende Bereiche:

- Reproduktionsmedizin:
  - Kinderwunsch
  - Schwangerschaft
  - Kontrazeption
  - Sterilisation
  - Infertilität
  - Abruption graviditatis
- Schwangerschaft und Sexualität
- Krankheit und Sexualität:
  - Brustkrebs
  - Genitalkrebs
  - Endometriose
  - Adnexitiden
  - Harninkontinenz
  - Z. n. gynäkologischen und Brustoperationen
- Sexuell übertragbare Krankheiten:
  - Vulvovaginitis
  - Gonorrhö
  - HPV-assoziierte Erkrankungen
  - Chlamydien u. a.
- Dyspareunie und Vaginismus
- Funktionelle Sexualstörungen:
  - Störungen der Appetenz
  - Störungen der Erregung
  - Störungen des Orgasmus

Es gehört zu den Aufgaben der Frauenärztin bzw. des -arztes sexualmedizinische Überlegungen in die Anamnese und in die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit einzubeziehen sowie mit der Patientin zu besprechen.

Einige Patientinnen äußern von sich aus ihre sexuellen Probleme. Nicht wenige jedoch scheuen sich, ihre Frauenärztin bzw. ihren -arzt auf dieses Thema anzusprechen und wünschen sich, dass der Arzt das Thema eröffnet. Es ist den Frauen peinlich, sexuelle Probleme anzusprechen, oder sie wissen nicht, wie sie dies formulieren sollen. Es liegt an uns Frauenärztinnen und -ärzten, die Initiative zu ergreifen, das Gespräch zu eröffnen und so gewissermaßen das »Eis« zu brechen.

Aber auch auf ärztlicher Seite bestehen Ängste, Hemmungen und Unsicherheiten bei diesem Thema (Starke u. Ahrendt 2009). Es stellen sich die Fragen nach

1. der Kompetenz bezüglich der Gesprächsführung, des Erhebens der Sexualanamnese, der Bestimmung der Beratungs- und Therapieziele bzw. der therapeutischen Optionen,
2. dem Zeitmanagement, also der benötigten Zeit für eine einfühlsame und effektive Beratung,
3. nach der Honorierung für diese oft zeitintensive Tätigkeit.

Diese Fragen nehmen unmittelbar Einfluss auf die sexualmedizinische Arbeit in der gynäkologischen Sprechstunde. Sie bedeuten immer einen Spagat zwischen interessanter fachlicher Herausforderung und dem wirtschaftlichen Führen einer Arztpraxis.

Mehr denn je aber ist es für uns Gynäkologinnen und Gynäkologen wichtig, sich den sexualmedizinischen Fragen und Problemen unserer Patientinnen zuzuwenden. Das bedeutet, ein neues und notwendiges Kompetenzfeld zu erschließen. Dies ist insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung unserer fachspezifischen Aufgabenfelder von Bedeutung.

Bei der sexualmedizinischen Tätigkeit unterscheidet man

- die Sexualberatung und
- die Sexualtherapie.

### Sexualberatung

Für die Sexualberatung sind Frauenärztinnen und -ärzte befähigt durch ihre fachärztliche Ausbildung und eine zusätzliche Qualifizierung in Psychosomatik. Mit diesem fachlichen »Rüstzeug« kann die Frauenärztin bzw. der -arzt etwa 80% der in der frauenärztlichen Praxis auftretenden sexualmedizinischen Fragen und Probleme klären.

### Sexualtherapie

Für die Sexualtherapie ist eine mehrjährige zusätzliche Ausbildung in Sexualmedizin bzw. -therapie erforderlich. Hier müssen jene etwa 20% der Patientinnen betreut werden, die tiefgreifende sexuelle oder Paarprobleme haben – Probleme, die eine oft monatelange kontinuierliche Betreuung erforderlich machen. Eine solche Ausbildung haben zurzeit jedoch nur wenige Ärztinnen und Ärzte.

### Dimensionen der Sexualität

Sexuelles Verhalten und Erleben sind individuell, vielseitig und abhängig von biologischen, sozialen und psychologischen Faktoren.

Sexualität hat eine große Bedeutung für das Individuum. Sie bestimmt die geschlechtliche Identität und die damit verbundenen Erlebnisse und die sozialen Aspekte. Sie hat mehrere Dimensionen, die sich gegenseitig bedingen und beeinflussen: die Fortpflanzungsdimension, die Lustdimension und die Beziehungsdimension.

### Fortpflanzung

Sie ist die phylogenetisch älteste Dimension der Sexualität. Fortpflanzung dient dem Erhalt der Art. Sie ist bei Frauen auf die Zeit zwischen Menarche und Menopause beschränkt, beim Mann dagegen weitestgehend unabhängig vom Alter.

In der gynäkologischen Praxis spielt die Fortpflanzung bzw. deren Verhütung als Teil der Sexualität eine sehr große Rolle.

Durch die Möglichkeit einer zuverlässigen Schwangerschaftsverhütung koppeln viele Paare die Fortpflanzung von der Sexualität ab. Eine Familie lässt sich individuell planen, die Zahl der gewünschten Kinder bewusst bestimmen. Die Folge davon kann sein, dass bei einem Paar nach Eintritt einer Schwangerschaft kein sexueller Austausch mehr stattfindet, da es befürchtet, durch körperliche und sexuelle Aktivitäten dem Kind zu schaden (Sydow 2006).

### Lust

Durch das Erleben von Lust, Erregung, Orgasmus und Befriedigung ermöglicht Sexualität eine einzigartige, sich von anderen Aktivitäten abhebbare Erfahrung.

Die Lustdimension lässt sie sich nicht von den anderen Dimensionen der Sexualität isolieren, weil sie eng mit ihnen im Zusammenhang steht. Sie ist nicht zwangsläufig an eine andere Person gebunden, sondern kann auch im Rahmen der Selbstbefriedigung erlebt werden.

Anzeige  
wellnara

### Beziehung

Die Beziehungs- oder auch syndyastische Dimension tritt in der Stammesgeschichte erst später auf. Sie ist jedoch für den Menschen heute ein wesentlicher Bestandteil der Sexualität (Beier et al. 2005).

Jeder Mensch hat schon als Säugling das Grundbedürfnis nach menschlicher Wärme, Nähe, Zuwendung, Geborgenheit und nach Liebe. Die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse ist beim Menschen von existenzieller Bedeutung. Bei Säuglingen und Kindern werden diese Bedürfnisse durch liebevolle Zuwendung der Eltern befriedigt.

Im Erwachsenenalter nimmt man eine Beziehung zu einem anderen Menschen auf und der Partner bzw. die Partnerin tritt an die Stelle der Eltern. In dieser Paarbeziehung geht es ebenfalls um die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse. Der Mensch möchte sich vom Partner angenommen fühlen und von ihm akzeptiert werden. Körperliche Wärme, Nähe und Geborgenheit erfährt der Mensch aber nicht nur durch Umarmung und Streicheln. Durch Einbeziehen der erogenen Zonen erlebt er sexuelle Lust und Befriedigung mit dem Partner und durch den Partner.

### Sexueller Reaktionszyklus der Frau

Die menschliche Sexualität ist dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht nur durch den Sexus, den Trieb, bestimmt ist, sondern auch durch den Eros, das Sinnliche. Sexuelles Verhalten und Erleben wird nicht nur von biologischen Vorgängen gesteuert und ist nicht nur, wie im Tierreich, auf saisonale Perioden eingeschränkt. Menschen können permanent sexuell aktiv sein. Ihre Wünsche, ihre Fantasien und ihre Erregung werden dabei stark von den Sinnen, also den visuellen, olfaktorischen und taktilen Eindrücken gesteuert. Diese unterliegen sowohl fördernden als auch hemmenden Einflüssen. Die menschliche Sexualität ist gekennzeichnet durch seine Gesellschafts- und Persönlichkeitsabhängigkeit, seine Beziehung zu Bewusstsein und Psyche sowie zum Partner (Buddenberg 2005).

### Sexueller Reaktionszyklus nach Masters und Johnson

Masters und Johnson haben als erste die sexuellen Reaktionen untersucht und beschrieben. Sie haben sie in vier Phasen eingeteilt, die individuell unterschiedlich und zeitlich variabel ablaufen können:

- die Erregungsphase,
- die Plateauphase,
- den Orgasmus und
- die Entspannungsphase bzw. Refraktärphase.

### Erregungsphase

Der Zustand sexueller Erregung wird durch verschiedene interne (z. B. Fantasien) und externe Faktoren (durch Reize der Sinnesorgane) ausgelöst. Die Schwelle zum Eintritt sexueller Erregung ist sehr variabel und hängt von individuellen Faktoren ab. Dabei kommt es zu einer vermehrten Durchblutung der Vagina, der Klitoris, der kleinen Labien und des gesamten Körpers. Die gesteigerte Vasodilatation und -kongestion führen innerhalb von wenigen Sekunden zur Bildung eines Transsudats im Bereich der Vagina, das die Penetration des Penis und durch Neutralisation des sauren Scheidenmilieus das Überleben von Spermien erleichtert.

### Plateauphase

Während der Plateauphase erreicht die Frau einen Zustand höchster Erregung vor dem Orgasmus. Dieser Zustand kann direkt in die Orgasmusphase einmünden oder auch wieder abflauen. Dabei kommt es zu einem Anstieg des Blutdrucks, der Herzfrequenz und zu einer Erhöhung des Muskeltonus. Es bildet sich eine sogenannte orgastische Manschette, die durch vermehrte Durchblutung und Verengung des distalen Drittels der Vagina entsteht. Das proximale Drittel der Vagina wird erweitert in Vorbereitung zur Aufnahme des Spermas, der Uterus schwillt an und steigt nach oben. Die kleinen Labien und die Klitoris schwellen dunkelrot an. Die Bartholin'schen Drüsen beginnen, ihr Sekret abzusondern.

### Orgasmusphase

Die Erhöhung der Intensität der Erregung während der Plateauphase und das Erreichen der Orgasmusschwelle führen zum Orgasmus, also zum Freisetzen der aufgebauten sexuellen Spannung. Dabei kommt es zu 3–15 rhythmischen, unwillkürlichen Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur, die das gesamte Becken bzw. den ganzen Körper mit einbeziehen können. Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz erreichen ihr Maximum. Manche Frauen bilden durch die paraurethralen Drüsen ein wässriges Sekret, das von der Menge erheblich sein kann.

Die Intensität des Erlebens ist bei Frauen intra- und interpersonell sehr verschieden. Die Spanne reicht vom Auftreten mehrerer Orgasmen hintereinander bis hin zu Schwierigkeiten, während des vaginalen Geschlechtsverkehrs ohne zusätzliche Stimulation bzw. überhaupt einen Orgasmus zu erleben.

### Rückbildungsphase

Die Rückbildungsphase beginnt nach dem Orgasmus. Dabei bilden sich die Erregung und alle damit verbundenen körperlichen Veränderungen langsam zurück. Männer sind in dieser individuell variablen Zeit orgasmusrefraktär.

Atmung, Blutdruck und Herzfrequenz normalisieren sich und die vermehrte Durchblutung der Genitalien geht zurück. Es tritt ein wohliges Gefühl der Entspannung ein, das sogar von Müdigkeit begleitet sein kann.

### Sexueller Reaktionszyklus nach Singer Kaplan

Helen Singer Kaplan ergänzte das Modell des sexuellen Reaktionszyklus von Masters und Johnson um die Phase des sexuellen Verlangens (sexuelle Appetenz, Libido). Sie charakterisiert die Libido als unabdingbare Voraussetzung für das Auftreten von Erregung und den Ablauf aller weiteren sexuellen Reaktionen.

### Nichtlineares Modell nach Basson

Basson et al. (2004) bilden ein nichtlineares Modell für die sexuellen Reaktionen ab. Dies bezieht auch die bedingenden Ursachen und psychische Faktoren für das Inngangkommen der sexuellen Reaktionskette mit ein. Basson geht davon aus, dass sich die Frau in einer indifferenten, neutralen Ausgangssituation befindet. Sexuelle Lust wird erst nach und nach ausgelöst, wenn hemmende Faktoren durch die beginnende sexuelle Kommunikation überwunden sind. Sein Modell ist ein Kreislauf, sich gegenseitig verstärkender oder hemmender Faktoren.

### Neurophysiologische Funktionen

Während die neuroendokrinen Aspekte der Fortpflanzung recht gut erforscht sind, hat sich die Wissenschaft mit der Neurobiologie der Sexualität und der Paarbindung erst in den letzten Jahren intensiver beschäftigt (Bitzer 2008).

Es ist bekannt, dass eine umfangreiche neuronale und endokrine Vernetzung der reproduktiven Organe mit dem ZNS besteht. Die physiologischen, sexuellen Abläufe sind dabei nicht nur an eine bestimmte Hirnregion gebunden, sondern die Sexualität bedient sich der unterschiedlichsten Hirnareale und -funktionen. Neurobiologisch vollziehen sich dabei auf verschiedenen Ebenen unterschiedliche Steuerungsprozesse, die den physiologischen Erregungsablauf bestimmen und kennzeichnen. Dabei ist besonders das limbische System mit der Area praeoptica und die Corpora amygdala von Bedeutung. Hier stehen sich lustfördernde und lusthemmende Reaktionen gegenüber (Hartmann et al. 2006).

### Hormone und Sexualität

Estrogene und vor allem aber Androgene sind für die Sexualität der Frau von großer Bedeutung. Sie sind entscheidend insbesondere für die Libido und die sexuelle Erregung.

### Estrogene

Estrogene haben keine direkten zentralen Wirkungen auf die sexuelle Lustfunktion, jedoch üben sie zahlreiche indirekte Wirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten aus.

### Estrogene

- wirken psychotrop stimmungsauffhellend auf das Gehirn und verbessern die Geruchsfunktion als sexuellen Stimulus,
- fördern die Bildung der Transmitter Serotonin und Dopamin und nehmen damit Einfluss auf die Lustfunktion; Dopamin steigert die sexuelle Appetenz und Erregbarkeit,
- beeinflussen die Reifungsvorgänge des Vulvaepithels, die Zusammensetzung des Binde- und Fettgewebes der Vulva und fördern die Durchblutung von Scheide und Vulva durch Bildung von vasoaktivem intestinalem Polypeptid (VIP) und Stickstoffmonoxid (NO). Dies verbessert die Elastizität und Lubrizität der Vaginalschleimhaut (Nathorst-Boss et al. 1993; Sherwin 1991; Johnson u. Everitt 2000).

Estradiol ist das wichtigste Estrogen während der fertilen Phase der Frau.

### Progesteron und synthetische Gestagene

Das natürliche Progesteron wirkt auf den GABA-Rezeptor und damit auf die Affektivität und Stimmung, es löst Ängste und entspannt. In geringen Dosen steigert es die sexuelle Motivation, in höheren Dosen hemmt es sie jedoch. Progesteron scheint sich auch über Interaktionen mit Dopamin positiv auf die Sexualität auszuwirken.

Synthetische Gestagene können androgene oder antiandrogene Partialwirkungen haben. Gestagene mit antiandrogener Partialwirkung sind Cyproteronacetat, Dienogest, Drospirenon und Chlormadinon. Diese sind in verschiedenen hormonalen Kontrazeptiva enthalten und werden vor allem bei Androgenisierungserscheinungen wie Seborrhö, unreine Haut und Akne verschrieben. Einige Patientinnen berichten über eine verminderte Libido durch diese Präparate, die meisten Patientinnen haben jedoch keine Probleme damit. Konkrete Daten durch randomisierte Studien liegen hierzu nicht vor (Caruso et al. 2004, 2005; Davis u. Castano 2004).

Gestagene mit androgener Partialwirkung sind Levonorgestrel (LNG), Desogestrel (DSG) und Norethisteronacetat (NETA). Es hat sich gezeigt, dass sich Präparate mit LNG positiv auf die sexuelle Appetenz auswirken können. Hier reichen schon Dosierungen von 0,040 mg LNG in Kombination mit Estrogenen aus, um die Libido postmenopausal zu verbessern (Sydow 2006).

### Androgene

Die wichtigsten Androgene sind Testosteron, Andostendion und Dehydroepiandrosteron (DHEA) sowie Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEA-S). Die Androgene der Frau werden sowohl in den Ovarien und der Nebennierenrinde gebildet als auch durch periphere Konversion im Fett- und Muskelgewebe.

Testosteron ist nicht nur bei Männern, sondern auch bei Frauen das Leithormon für die sexuelle Appetenz und Erregung. Indirekte zentrale Wirkung von Testosteron ist die Steigerung des Wohlbefindens und der Vitalität. Androgenrezeptoren befinden sich auch in der Scheide und im Vestibulum.

Verschiedene Arbeiten und Metaanalysen belegen (Alexander et al. 2006; Davis et al. 1995; Sherwin 1991; Sonboonporn et al. 2005), dass durch Estrogen-Androgen-Kombinationen nicht nur die unmittelbaren Parameter sexualphysiologischer Abläufe, sondern auch allgemeine psychologische Parameter verbessert werden wie Stimmung, allgemeines Wohlbefinden, Antrieb, Vitalität und Selbstbild.

### DHEA

DHEA ist ein Prohormon, das in verschiedene aktive Steroide metabolisiert wird, u. a. in 5-Androstendiol, Testosteron und Estradiol.

Die Tatsache, dass DHEA und sein Sulfat (DHEA-S) Androgene sind, lässt den Schluss zu, dass sie positive Wirkungen auf die weibliche Sexualität entfalten. Jedoch hat sich DHEA in der ärztlichen Praxis in der Breite bisher nicht durchgesetzt.

### Prolaktin

Prolaktin wird in den azidophilen Zellen des Hypophysenvorderlappens gebildet. Prolaktin steigt nach dem Orgasmus signifikant an und spielt vermutlich eine wichtige Rolle in der Vermittlung des Erlebens postorgastischer Befriedigung und Sättigung und ist möglicherweise beteiligt an der »Abschaltung des sexuellen Systemprozesses« in der Refraktärphase (Exton et al. 1999, 2001; Hartmann et al. 2006; Krüger et al. 1998).

Eine Hyperprolaktinämie wirkt sich hemmend auf die sexuelle Appetenz aus (Müller et al. 1975).

### Oxytocin

Oxytocin ist ein Neuropeptid, das in Kerngebieten des Hypothalamus gebildet wird. Während der sexuellen Erregung und des Orgasmus steigt der Oxytocinspiegel an. Oxytocin soll eine Rolle spielen beim Bindungs- und Paarverhalten, bei der vaginalen Lubrikation und der sexuellen Appetenz (Anderson-Hunt u. Dennerstein 1994; Anderson-Hunt u. Dennerstein 1995; Carmichael et al. 1994; Meston u. Frohlich 2000).

### Dopamin

Dopamin ist ein Neurotransmitter, der im Volksmund als Glückshormon gilt. Es wird bei intensiven Erlebnissen (Flow) ausgeschüttet und greift in den Hormonhaushalt ein, indem es über bestimmte Neuronen die Ausschüttung von Prolaktin in der Hypophyse hemmt. Dopamin wirkt fördernd auf das sexuelle Verhalten (Bitzer 2008; Hartmann et al. 2006).

### Serotonin

Serotonin ist ein Neurotransmitter, der beim Menschen im Gehirn und anderen Organen, wie z. B. der Leber und Milz, gebildet wird und im Serum u. a. den Blutdruck reguliert. Auf das sexuelle Verhalten wirkt es sich eher hemmend aus und kündigt vom Ende des sexuellen Austausches.

## Sexuelle Störungen

### Libidostörungen

Eine Störung der sexuellen Appetenz ist definiert als Mangel oder Verlust sexuellen Verlangens, welcher zu einer seltenen Initiierung von sexuellen Kontakten führt. Sie beinhaltet ein vermindertes oder fehlendes Ansprechen auf sexuelle Reize und ein Fehlen sexueller Phantasien. Als Folge tritt keine oder nur eine verminderte sexuelle Erregung auf und Befriedigung bleibt aus.

Davon zu unterscheiden ist die sexuelle Aversion, bei der die Vorstellung von sexuellen Kontakten mit negativen Gefühlen oder gar Angst verbunden ist (Hartmann u. Wuttig 2008).

Eine sexuelle Appetenzstörung kann primär (lebenslang) oder sekundär (erworben) vorliegen. Sie kann generalisiert oder situativ auftreten und auf einen bestimmten Partner begrenzt sein (Beier et al. 2005).

Bei einer leichten Libidostörung besteht bei der Frau kein aktives Interesse an Sexualität. Den sexuellen Zärtlichkeitsaustausch selbst erlebt sie dann aber als angenehm, mit der möglichen Folge, dadurch sekundär den sexuellen Reaktionszyklus auszulösen. Bei einer stärkeren Ausprägung des Libidomangels bezeichnet die Frau die Sexualität als etwas Fremdes, Überflüssiges, auf das sie auch verzichten könne.

Ein Leidensdruck dagegen besteht bei Frauen mit Appetenzstörung im Wesentlichen aus folgenden Gründen:

- wenn die Libido primär gut ausgeprägt war, dann aber durch verschiedene Lebensumstände oder durch Krankheiten oder gynäkologische Operationen (Oophorektomie beidseits!) verloren ging.
- wenn sich die Appetenzstörung nachhaltig negativ auf das eigene Selbstwertgefühl oder die Partnerschaft auswirkt. Oftmals fühlen sich diese Frauen unter Druck gesetzt oder haben Angst, verlassen zu werden u. a.

Eine solche Frau befindet sich in einem Teufelskreis aus nicht erfüllten Grundbedürfnissen und fehlender Bestätigung durch den Partner.

Die Lebensqualität kann durch sexuelle Funktionsstörungen eine starke Einschränkung erfahren. Die Reduktion der sexuellen Störungen führte in klinischen Studien zu einer signifikanten Verbesserung der Lebenszufriedenheit, der psychischen Gesundheit, von Ängsten, von Depressionen, der interpersonalen Sensibilität und Selbstachtung (Hartmann 2008).

Die Ursachen für eine nachlassende Libido sind vielfältig:

1. Probleme in der Partnerschaft:
  - Offene oder latente Beziehungskonflikte in der Partnerschaft (Beier et al. 2005)
2. Schwere allgemeine und chronische Erkrankungen:
  - Chronische Schmerzen, Diabetes mellitus, Hypothyreose, gynäkologische Operationen (Ovarektomie, Hysterektomie), gynäkologische und andere Karzinoome, Depressionen, Alkoholabhängigkeit u. a. (Beier et al. 2005; Bitzer 2008)
3. Stress- und Erschöpfungszustände
4. Hormonelle Störungen:
  - Verringerung der Serumspiegel von Estrogenen und Testosteron (Menopause, Oophorektomie beidseits, Chemotherapie, Radiatio, Hyperprolaktinämie, Behandlung mit Antiestrogenen und Antiandrogenen)

Wie häufig sexuelle Appetenzstörungen auftreten, ist nur schwer erfassbar. Verschiedene Autoren geben deshalb unterschiedliche Häufungen an. Sie reichen von 10% (PRESIDE-Studie 2008; Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking) bis 51% (Buddeberg et al. 2006; Hartmann u. Phillipsohn 2008). Häufig kommt es peri- und postmenopausal zu einer Abnahme der Libido. Zunehmend äußern aber auch jüngere Frauen, dass ihre Libido durch die Einnahme hormonaler Kontrazeptiva abnimmt.

### Störungen der sexuellen Erregung

Eine sexuelle Erregungsstörung bei der Frau ist im Gegensatz zum Mann nur schwer nachweisbar. Sie ist gekennzeichnet durch das Fehlen von subjektivem Erregungsempfinden und körperlichen Reaktionen wie das Anschwellen der Klitoris, der Labien und der Scheide, der vaginalen Lubrikation und vermehrten Durchblutung des paravaginalen Gewebes.

Eine isolierte sexuelle Erregungsstörung ist bei Frauen eher selten. Meist tritt sie im Zusammenhang oder infolge einer Störung der sexuellen Appetenz auf. Ursächlich können sowohl psychische als auch somatische Faktoren beteiligt sein. Sie gleichen den Ursachen der sexuellen Appetenz- und Orgasmusstörungen.

Peri- und postmenopausal sind Erregungsstörungen häufig durch fehlende vaginale Lubrikation mitbedingt. Die Frauen klagen dann typischerweise über eine »trockene Scheide«. Kommt es dennoch zum Koitus, führt das zu Schmerzen, die sich wiederum negativ auf die sexuelle Appetenz und Erregung auswirken.

### Störungen des Orgasmus

Orgasmusstörungen kommen laut WISHeS-Studie (Woman's International Sexuality and Health Survey) insgesamt etwa bei 18% aller Frauen vor. Meist sind Störungen des Orgasmus Teil einer komplexeren Störung, die auch die Beeinträchtigung der sexuellen Appetenz und Erregung beinhaltet.

Störungen des Orgasmus können primär auftreten oder sekundär infolge einer Appetenz und Erregungsstörung.

Zu unterscheiden ist die generalisierte Anorgasmie, bei der zu keinem Zeitpunkt ein Orgasmus auftritt trotz vorhandener Erregung und Stimulation, von einer situativ bedingten Anorgasmie. 22–28% der Frauen erleben selten oder nie einen Orgasmus (Bitzer 2008). Dies muss nicht zwangsläufig zu einem Desinteresse an Sexualität führen, da oft die sexuelle Erregung und damit auch die sexuelle Erlebnisfähigkeit und Zufriedenheit uneingeschränkt vorhanden sind.

Jüngere Frauen berichten häufiger über Orgasmusstörungen als ältere. Das kann daran liegen, dass Frauen im Laufe ihres Lebens ihren Körper besser kennenlernen und um die Möglichkeiten befriedigender sexueller Stimulationen wissen.

Allerdings sind Orgasmusstörungen nicht selten auch das Symptom für schwerwiegendere Sexualkonflikte.



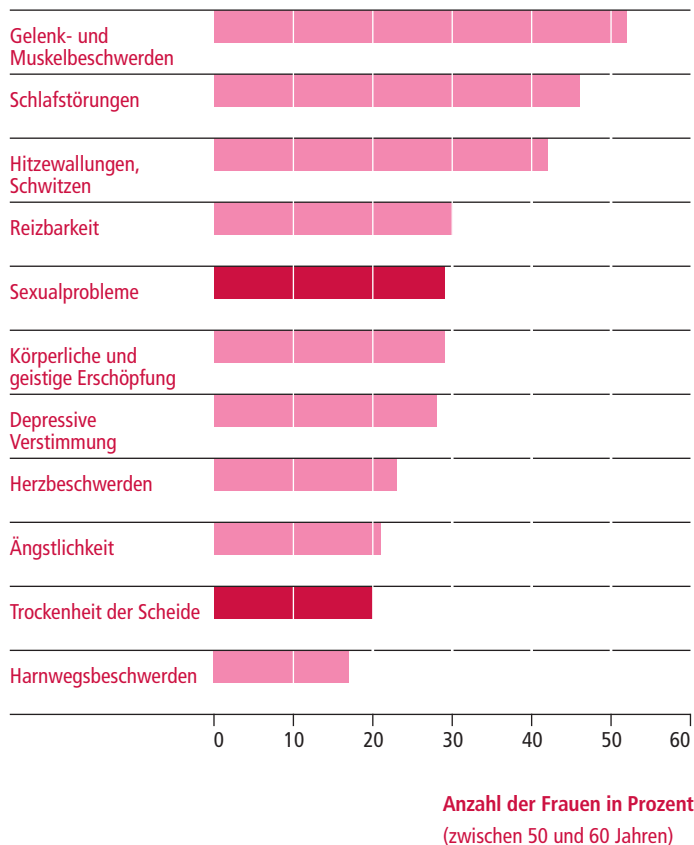


Abbildung 1: Häufige Beschwerden (mittel bis sehr stark) von Frauen im Klimakterium/postmenopausal

### Therapie des Libidomangels

#### Therapie mit Testosteron

Die Auffassung, dass Estrogene allein die Libido der Frau bewirken, ist überholt. Es wurde beschrieben, dass Estrogene nur in Kombination mit Testosteronenanthat eine deutliche Verbesserung der sexuellen Appetenz bewirken.

Sarrel et al. stellten 1998 in ihrer Arbeit dar, dass die Anwendung der Kombination von Estrogen und Methyltestosteron nicht nur das sexuelle Verlangen und die Häufigkeit sexueller Begegnungen steigerte, sondern auch das sexuelle Empfinden.

Seit einigen Jahren steht ein Testosteronpflaster zur Behandlung sexueller Appetenzstörungen zur Verfügung. Es ist zugelassen für Frauen, die nach chirurgisch bedingter Menopause unter »Hypoactive Sexual Desire Disorder« (HSDD) leiden. Die Zulassung beschränkt sich also zurzeit auf Frauen, die nach bilateraler Oophorektomie mit Hysterektomie Libidostörungen haben und darunter erheblich leiden. Die Behandlung muss durch eine zusätzliche Estrogengabe begleitet werden. Dieses Pflaster gibt 300 µg Testosteron pro Tag ab. Die Konzentration an freiem Testosteron im Serum entspricht genau der Konzentration, die durch beidseitige Ovarektomie nicht mehr gebildet werden kann. Es wird am Unterbauch appliziert und zweimal pro Woche gewechselt. Unter der Behandlung tritt bei den meisten Frauen eine deutliche Besserung der sexuellen

Appetenz, der Erregbarkeit und sexuellen Zufriedenheit ein (Buster et al. 2005; Simon et al. 2005).

Die Sicherheit der Testosterontherapie bezüglich gesundheitlicher Risiken ist gut. Langzeitergebnisse, besonders bezüglich des Mammakarzinomrisikos, müssen abgewartet werden.

#### Therapie mit Estrogen-Gestagen-Kombinationen

Unter Einnahme der Pille

Immer wieder berichten Frauen, die hormonale Kontrazeptiva anwenden, über eine Abnahme der Libido.

Gesicherte Studien über konkrete Zusammenhänge zwischen hormonalen Kontrazeptiva und einer Libidoabnahme liegen zurzeit nicht vor. Diskutiert werden jedoch unter anderem der Einfluss von Gestagenen mit antiandrogener Partialwirkung oder höhere Estrogendosen, die das Sexualhormon-bindende Globulin (SHBG) erhöhen und damit Testosteron binden. Die gynäkologische Praxis zeigt jedoch, dass durchaus auch Patientinnen mit niedriger Estrogendosis von einer Abnahme der Libido berichten. Deshalb ist es wichtig, die geäußerte Störung stets im Kontext mit anderen, die Libido beeinflussenden Faktoren wie Krankheiten, Medikamenteneinnahme, Stress oder Partnerschaftskonflikten zu sehen.

Eine mögliche Therapieoption ist neben der eingehenden Beratung der Patientin die Umstellung auf eine Pille mit niedrigem Ethinylestradiol-Anteil und einem Gestagen mit antiandrogener Partialwirkung (z. B. 20 µg EE und LNG). Oft kann der Arzt den Patientinnen hiermit helfen.

Im Klimakterium bzw. postmenopausal

In der frauenärztlichen Routine-Praxis beklagen Frauen sexuelle Probleme meist nicht isoliert, sondern als ein Symptom des klimakterischen Syndroms, also im Zusammenhang mit Hitzewellen, nächtlichen Schweißausbrüchen, Schlafstörungen, Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, Gelenkschmerzen u. Ä.

Meist handelt es sich dabei um eine Abnahme oder einen Verlust der sexuellen Appetenz (Libido), häufig begleitet von Symptomen wie Scheidentrockenheit mit mangelnder Lubrikation und Dyspareunie. Solche Beschwerden werden von den Patientinnen nicht selten ab Mitte des vierten Lebensjahrzehnts geäußert, häufiger jedoch nach der Menopause. 29% der Frauen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr klagen über Sexualprobleme (vor allem über eine Abnahme des sexuellen Verlangens) und 20% über Scheidentrockenheit (Abb. 1). Damit rangieren die Sexualprobleme bei den Symptomen des klimakterischen Syndroms, die als mittelstark bis sehr stark benannt werden, an fünfter Stelle (Starke u. Ahrendt 2009).



Anzeige  
lafamme

### Mittlere Zahl moderater/schwerer Hitzewellen pro Woche

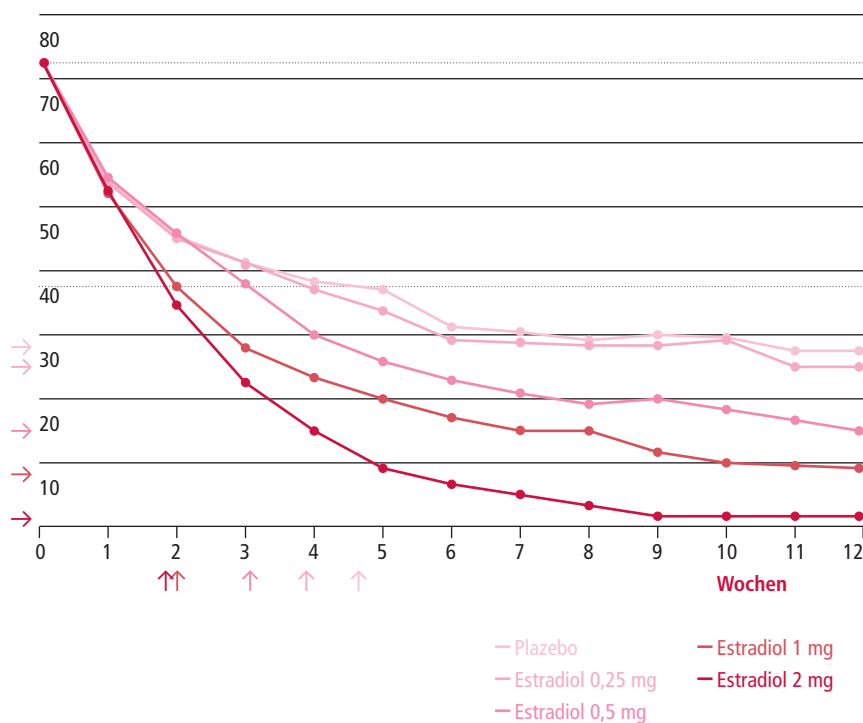


Abbildung 2: Zahl und Stärke der Hitzewellen (nach Notelovitz et al. 2000); Pfeile: zu diesem Zeitpunkt sind 50% der Beschwerden unter der Dosierung verschwunden

Bestehen neben dem Mangel an sexueller Appetenz weitere Symptome wie Hitzewellen, nächtliche Schweißausbrüche, Schlafstörungen usw. ist die Therapie mit Estrogen-Gestagen-Kombinationen sinnvoll.

In Estrogen-Gestagen-Kombinationspräparaten vereinen sich alle Vorteile der Estrogene und der Gestagene in einer Medikation. Einerseits ist hierbei die Dosierung des Estrogens von Bedeutung und andererseits kann die Wahl eines Gestagens mit einer androgenen Partialwirkung von Vorteil sein. Im Allgemeinen reicht 1 mg Estradiol als Estrogen-dosis aus, um die Symptome des klimakterischen Syndroms zu beseitigen. Nur im Einzelfall kann es nötig sein, eine höhere Dosierung einzusetzen.

Wie Untersuchungen belegen, unterbindet 1 mg Estradiol wirkungsvoll die bestehenden Hitzewallungen (Abb. 2): Nach drei Wochen sind 60% der mittelschweren und schweren Wallungen beseitigt und nach vier Wochen rund 80%.

Ist also bei einer Patientin aufgrund des klimakterischen Syndroms eine Hormonersatztherapie indiziert, sollte bei vorhandenem Mangel an sexueller Appetenz ein Kombinationspräparat aus einem Estrogen mit einem entsprechenden Gestagen, wie z. B. Levonorgestrel, ausgewählt werden. Levonorgestrel besitzt eine androgene Partialwirkung, was sich in Kombination mit einem Estrogen positiv auf die sexuelle Lust auswirkt und gleichzeitig die Lubrikation der Scheide verbessert. Nachweislich tritt eine spürbare subjektive Verbesserung der sexuellen Lust, der sexuellen Betätigung und Befriedigung ein. Zu Beginn der Studie klagten 54% der postmenopausalen Frauen über Sexualprobleme. Nach 13-monatiger Behandlung mit einer Kombination aus 1 mg Estradiol und 0,04 mg Levonorgestrel waren es nur noch 8% (s. Abb. 3).

Insbesondere verringerte sich die Zahl der Probandinnen, die über starke sexuelle Probleme klagten. Diese Ergebnisse verdeutlichen im Prinzip das, was sich in der frauenärztlichen Praxis erwiesen hat.

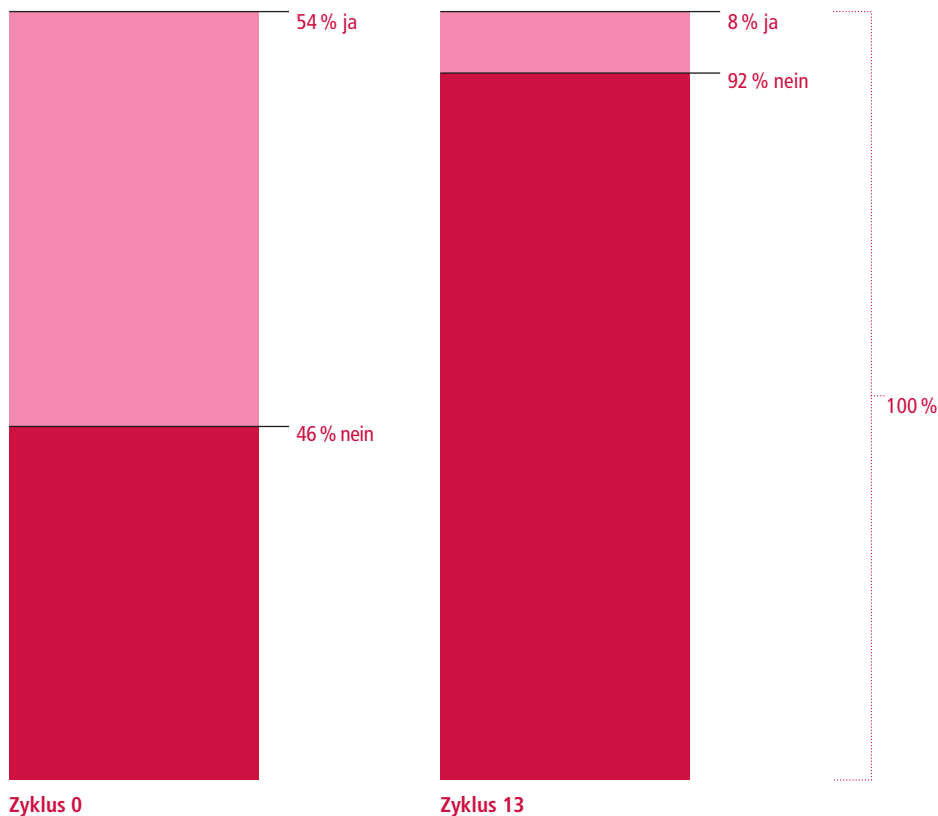


Abbildung 3: Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Bestätigung und Befriedigung (multizentrische, klinische Studie; n = 105)

### Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen: Dyspareunie und Vaginismus

Schmerzen stellen eine einschneidende Belastung für das Sexualeben dar. Sie verhindern die Lust und Erregung oder schränken sie erheblich ein. Das kann sich sekundär in weiteren Störungen wie Libidomangel äußern und durch Vermeidungsverhalten zu Partnerschaftskonflikten führen. Dyspareunie und Vaginismus sind typische Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen, die in jeder Altersgruppe auftreten.

Die Dypareunie ist definiert als wiederholt auftretende oder ständige genitale Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die persönliches Leid verursachen (Bitzer 2008). Man unterscheidet zwischen psychisch bedingter und organopathologisch bedingter Dyspareunie (s. unten).

Beim Vaginismus ist das Eindringen des Penis in die Scheide nicht möglich. Bedingt durch eine starke Anspannung oder Verkrampfung der Scheidenmuskulatur wird die Immissio penis unmöglich, trotz des ausdrücklichen Wunsches der Frau, dies zu tun. Auch die gynäkologische Untersuchung oder das Einführen eines Tampons gelingen häufig nicht (Hartmann 2008).

Für die Frauenärztin bzw. den -arzt ist die Dyspareunie praxisrelevanter. Sie wird in der gynäkologischen Praxis von den Patientinnen meist täglich angesprochen. Die Prävalenz liegt zwischen 3% und 43% (Basson et al. 2004).

#### Psychisch bedingte Dyspareunie

Hierbei spielen Sexualängste, phobische und sexuelle aversive Reaktionen, Schuldgefühle, Partnerschaftskonflikte, negative Erfahrungen, sexualfeindliche Erziehung und sexuelle Traumata eine Rolle. Gleiches trifft auch für den Vaginismus zu.

#### Organpathologisch bedingte Dyspareunie

Aus praktischen Gesichtspunkten unterscheiden wir in der gynäkologischen Sprechstunde die äußere von der inneren Dyspareunie (Starke u. Ahrendt 2009).

Äußere Dyspareunie: Schmerzen im Bereich der Vulva, des Introitus vaginae und der Scheide  
Die Patientin gibt dabei besonders Schmerzen beim Eindringen des Penis in die Scheide oder während des Sexualverkehrs in der Scheide an (als Brennen, Stechen, Ziehen, Druckgefühl). Dies kann meist leicht durch eine gynäkologische Diagnostik, einschließlich der Mikrobiologie u. a. geklärt werden.

Tabelle 1: Behandlung der äußeren Dyspareunie

Indikation	Therapie
Bei Estrogenmangelbedingter trockener Scheide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estriol in verschiedenen Dosierungen als Salbe oder Scheidenvolum, oder auch Estradiol</li> <li>• Zur Linderung der Beschwerden der trockenen Scheide und der Dyspareunie reichen Dosierungen von 0,5–1 mg Estradiol aus. So führt die Anwendung von Xapro® Vaginalcreme (1 mg Estriol/1 g Creme) zwei- bis dreimal pro Woche appliziert zu ausreichender Feuchtigkeit und Lubrikation</li> </ul>
Bei nicht durch Estrogenmangel bedingter trockener Scheide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behebung von externen Ursachen (Krankheiten, Medikamente u. a.)</li> <li>• Behebung von Partnerschaftskonflikten, Aufklärung über Sexualpraktiken</li> <li>• Aufklärung über adäquate sexuelle Stimulation</li> <li>• Bei Entzündungen: Vulvovaginitis</li> <li>• Adäquate antimykotische oder antibiotische Therapie</li> <li>• Bei Organbesonderheiten (enge Scheide u. a.)</li> <li>• Adäquate Beratung</li> </ul>

Folgende Erkrankungen können eine äußere Dyspareunie bedingen:

- Trockenheit der Scheide
- Vulvovaginitis-Syndrom, Vulvitis, Vulvovaginitis
- Interstitielle Zystitis, Urethritis
- Dermatologische Erkrankungen, Kondylome, Ekzeme
- Epitheliale Defekte, Episiotomie-Narbe
- Veränderungen nach gynäkologischen OP oder Radiatio: verkürzte Scheide, Stenose der Scheide
- Anatomische Variationen: enge Scheide, Vaginalgseptum, Hymenalreste, Probleme mit der Penisgröße

Die Dyspareunie bei Frauen in der Peri- und Postmenopause ist meist durch eine estrogenbedingte trockene Scheide verursacht; gegebenenfalls sekundär begleitet von einer Vulvovaginitis (Starke u. Ahrendt 2009).

Innere Dyspareunie: Schmerzen im Bauchraum  
Schmerzen im Bauchraum sind durch das Anstoßen des Penis an die Portio vaginalis uteri und das »Hochschieben« des Uterus bedingt. Diese Schmerzen sind durchaus als »physiologisch« anzusehen, wenn sie nur in einigen wenigen sexuellen Stellungen auftreten. Treten die Schmerzen aber permanent auf, können sie durch akute oder chronische Krankheiten bedingt sein und müssen durch eine übliche Organdiagnostik (Palpation, Sonografie, Pelviskopie u. a.) abgeklärt werden:

- Endometriose, Adhäsionen
- Ovarialtumoren, Uterus myomatosus
- Adnexitis, Appendizitis
- Retroflexio uteri fixata
- Gynäkologische Karzinome
- Colon irritabile u. a.

Behandlung der organisch bedingten Dyspareunie

Die Behandlung von organisch bedingten Schmerzen beim Sexualverkehr richtet sich nach der Lokalisation und der Art der Beschwerden. Die Therapieoptionen der äußeren Dyspareunie sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Zur Behandlung der inneren Dyspareunie ist eine exakte Diagnose erforderlich. Diese muss durch eine entsprechende Vaginalsonografie oder/und Pelviskopie gestellt werden. Die Therapie wird sich dann nach der Diagnose richten, z. B. bei Endometriose, Adhäsionen.

### Sexualmedizinische Gesprächsführung

Für das Erheben einer sorgfältigen sexualmedizinischen Anamnese und für eine sinnvolle Beratung müssen Bedingungen für eine offene und entspannte Atmosphäre ohne Zeitdruck gegeben sein. Sind diese Bedingungen, z. B. bei voller Sprechstunde nicht vorhanden, sollte die Patientin dazu noch einmal einbestellt werden, ggf. mit ihrem Partner. Die Anamneserhebung im Beisein des Partners der Patientin hat den Vorteil, dass man somit gleich einen Einblick in die typische Paarkonstellation hat und sich in diese einfühlen kann. Außerdem lernt man so die Sichtweise beider Partner kennen und kann möglich Kommunikationsprobleme relativ schnell erkennen und beide wieder einander annähern.

Am Anfang jeder sexualmedizinischer Anamnese sollte die Patientin zunächst das Problem aus ihrer Sicht schildern und möglichst eine typische Episode beschreiben, in der die Störung auftritt. Daran anknüpfend ist es möglich, durch eine zunächst offene Fragestellung, relativ schnell einen Einblick in die eigentliche Problematik zu bekommen. Hat die Patientin anfängliche Scheu, über ihre intimen Probleme und Ängste zu reden, sollte man sie durch verbale

Hilfestellung ermutigen. Dadurch wird ihr ihre Angst genommen. Um das Problem genau zu diagnostizieren, sind sogenannte W-Fragen üblich, z. B.: »Seit wann tut es weh? Wo tut es weh? Wie hat es angefangen? Welche Lösungsversuche haben Sie bereits unternommen?«. Darüber hinaus sollte die Ärztin bzw. der Arzt nach dem familiären Umfeld, der Ursprungsfamilie, frühere Erfahrungen usw. fragen.

Nach der Klärung dieser Fragen kann es bereits möglich sein, gemeinsam eine Lösung für das Problem zu finden. Oftmals möchte die Patientin einfach nur einmal die Probleme aussprechen und ist schon dadurch erleichtert.

Doch auch Hemmungen auf ärztlicher Seite können dazu führen, dass Gespräche über Sexualität vermieden und schnell abgewiegelt werden:

- »Seien Sie froh, dass Sie gesund sind!«
- »Körperlich jedenfalls ist bei Ihnen alles in Ordnung.«
- »In Ihrem Alter ist Sex doch nicht das Wichtigste.«
- »Seien Sie froh, dass Sie die schwere Krankheit überwunden haben. Da ist Sexualität doch wirklich zweitrangig.«

Solche Äußerungen sprechen für die Unsicherheit des behandelnden Arztes, über Sexualität zu reden. Die Patientin fühlt sich dann nicht richtig angenommen und wird wahrscheinlich nie wieder über sexuelle Probleme mit diesem Frauenarzt sprechen.

Eine offene, zuhörende, vertrauensvolle Gesprächsführung zeugt von der Kompetenz des Arztes und fördert erheblich die Compliance.

### Prävention

Prävention ist die beste Medizin. Die beste Prävention von Sexualstörungen ist natürlich, jung und gesund zu sein, eine positive Einstellung zur Sexualität zu haben und in einer harmonischen Beziehung zu leben. Sexuelle Funktionsstörungen treten seltener auf bei Menschen, die sexuell hinreichend aufgeklärt sind und der Sexualität positiv gegenüber stehen, die eine harmonische Beziehung führen und frei sind von chronischen Erkrankungen oder Traumatisierungen.

Viele der uns in der frauenärztliche Sprechstunde vorgebrachten sexuellen Probleme lassen sich meist gut präventiv vermeiden.

Man unterscheidet die Primärprävention von der Sekundärprävention. Primärprävention sind alle Maßnahmen elterlicher, schulischer und außerschulischer Sexualerziehung vor Aufnahme sexueller Beziehungen. Sekundärprävention dient der Vermeidung von sexuellen Störungen, die durch konkrete Lebenssituationen, Krankheiten oder Operationen entstehen könnten.

### Primärprävention

Die Primärprävention dient der Aufklärung über Sexualität. Oft resultieren sexuelle Probleme und Störungen aus unklaren oder falschen Vorstellungen hinsichtlich

- der Anatomie und Physiologie der Genitalien,
- der sexualphysiologischen Abläufe,
- des sogenannten Normalen in der Sexualität,
- der sexuellen Wünsche und Erwartungen des Partners,
- der Art der verbalen Kommunikation und Verständigung,
- der Art von Berührung und sexuellem Zärtlichkeitsaustausch,
- der Interpretation von Art und Ursachen auftretender Beschwerden beim Sex.

Häufig kann deshalb bereits ein aufklärendes Gespräch derartige falsche Vorstellungen korrigieren, Irrtümer beseitigen oder Erwartungsgängste nehmen.

Vor allem aber ist es wichtig, präventiv zur Verbesserung der Kenntnisse über Sexualität beizutragen. Hierzu sind folgende Möglichkeiten besser auszuschöpfen:

- Verbesserung der schulischen Sexualerziehung
- Verbesserung der sexualpädagogischen Kompetenz von Lehrern und Erziehern
- Verbesserung der außerschulischen Sexualerziehung
- Verbesserung der sexualpädagogischen Kompetenz von Sozialpädagogen und anderen Fachkräften in Beratungsstellen
- Einflussnahme auf die Sexualaufklärung der Medien
- Beseitigung von Mythen

### Prävention durch Verbesserung der medizinischen Fachkompetenz

Auch die unmittelbare Beratung durch Ärzte und andere medizinische Fachkräfte muss verbessert werden. Nur so ist es möglich, primär präventiv beratend oder therapeutisch Einfluss zu nehmen. Es gibt nur wenige Universitäten in Deutschland, die eine Ausbildung in Sexualmedizin anbieten. Sexualmedizin erlernen die meisten Ärzte zurzeit autodidaktisch im Selbststudium. Grundlage hierfür sind die eigenen Einstellungen und persönlichen wie auch klinischen Erfahrungen.

Hinsichtlich einer qualifizierten Ausbildung, die Ärzte zu einer adäquaten und kompetenten sexualmedizinischen Betreuung befähigt, besteht in Deutschland ein großer Nachholbedarf. Deshalb ist verbesserungswürdig:

- die sexualmedizinische Ausbildung von Medizinstudenten,
- die sexualmedizinische Kompetenz der Ärzte,
- die sexualmedizinische Kompetenz mittlerer medizinischer Fachkräfte.

### Prävention durch sexualmedizinische Beratung vor und nach Operationen

Besonders wenn gynäkologische Operationen oder Operationen an der Brust anstehen, kann dies die Betroffenen nachhaltig traumatisieren, weil sie befürchten, dadurch ihre Lust und Sexualität einbüßen zu müssen. Deshalb sollte es für den betreuenden Gynäkologen selbstverständlich sein, das die Operation vorbereitende Aufklärungsgespräch aktiv und offen zu gestalten und auch über die möglichen Auswirkungen bzw. Nichtauswirkungen der anstehenden Operation auf die Sexualität zu sprechen.

Dabei sollte die Ärztin bzw. der Arzt die Patientinnen u. a. darüber informieren, dass eine einfache Hysterektomie ohne Adnektomie keinen Verlust der Libido und der sexuellen Erregung bedeutet oder gar den Koitus beeinträchtigt. Andererseits muss auf die Scheide verkürzende Operationen (Hysterektomie mit Scheidenmanschette u. a.) oder die Scheide verengende Operationen (Scheidenplastiken u. a.) hingewiesen werden. Bei jeder Operation im Bereich des Uterus, der Vagina und Vulva ist zu beachten, dass durch Verletzung oder Durchtrennung von Nerven und Blutgefäßen die Sensibilität beeinträchtigt werden kann und durch entstehende Narben Schmerzen auftreten können.

Eine der wichtigsten präventiven Möglichkeiten, Sexualstörungen zu verhindern, ist das Vermeiden von Ovariektomien. Viele Studien (Buster et al. 2005; Simin et al. 2005) haben gezeigt, dass die chirurgische Menopause ad hoc zum Verlust sexueller Fantasien, zur Abnahme der sexuellen Appetenz und zu Störungen der sexuellen Erregung und Befriedigung führt.

### Prävention sexueller Probleme beim Mammakarzinom

Die Diagnose Mammakarzinom und die nachfolgenden therapeutischen Maßnahmen wie Operation, Chemotherapie, Radiatio und Antihormontherapie vermindern vorübergehend oder permanent die sexuelle Appetenz, die sexuelle Erregung und den Orgasmus. Vor allem aber die Veränderung der Brust durch Narben oder der massive Haarausfall beeinträchtigen erheblich das feminine und ästhetische Wohlbefinden vieler Frauen mit einer starken Abneigung, sich körperlich unbedeckt seinem Partner zu zeigen oder gar zärtlich berühren zu lassen. Hier sind eine behutsame Aufklärung und eine gute psychische Führung dieser Patientinnen sehr wichtig, bei denen möglichst immer der Partner mit einzubeziehen ist.

Die Erfahrungen aus der eigenen onkologischen Tätigkeit zeigen, dass die Beeinträchtigung der Patientinnen individuell sehr unterschiedlich ist. Sie ist abhängig vom Alter, der konkreten Lebenssituation und dem individuellen Stellenwert der Sexualität zu Beginn der Erkrankung. Eine rechtzeitige und angemessene Aufklärung besitzt daher einen großen präventiven Wert.

### Prävention sexueller Probleme in der Pubertät und der Adoleszenz

Die Teenager-Sprechstunde eignet sich sehr gut für Sexualaufklärung. Einerseits kann die Ärztin bzw. der Arzt hier, je nach Gestaltung einer solchen Sprechstunde, einzelne Teenager als auch eine Gruppe von Teenagern über sexuelle Fragen und die Kontrazeption informieren. Andererseits bietet es sich an, schon beim ersten Frauenarztbesuch junger Mädchen und Frauen gezielt und natürlich unter besonderer Berücksichtigung der Erwartungängste auch eine Sexualanamnese zu erheben. Diese jungen Patientinnen sehen dann in ihrer Frauenärztin bzw. -arzt stets einen kompetenten und vertrauensvollen Ansprechpartner für ihre intimen Fragen und Bedürfnisse. Dies trägt wesentlich zur primären Prävention von sexuellen Missverständnissen oder sexuellen Störungen bei.

### Prävention durch hormonale Kontrazeption

Die sichere hormonale Kontrazeption hat in den letzten Jahrzehnten den größten präventiven Nutzen hinsichtlich sexueller Störungen gebracht. Vor allem stellte sie eine sexuelle Befreiung der Frau dar. Die Pille führte binnen kurzer Zeit eine sexuelle Revolution herbei. Ist es durch die sichere Schwangerschaftsverhütung doch möglich, sexuelle Lust von der Zeugung zu trennen. Seit dieser Zeit ist es möglich, zu jedem gewünschten Zeitpunkt Sex ohne Angst vor einer unerwünschten Schwangerschaft zu haben. Allein dadurch verschwanden eine Vielzahl ehemals vorhandener sexueller Probleme und Erkrankungen.

Heute, wo es viele niedrigdosierte Präparate gibt, unterschiedliche Gestagene mit verschiedenen Partialwirkungen, nichtorale Präparate und Langzeitsysteme, können wir individualisiert den Wünschen unserer Patientinnen entsprechen. So ist es möglich, primär oder sekundär sexuelles Wohlbefinden zu beeinflussen:

- Erzielen von Zusatznutzen: Einflussnahme auf Seborrhö und Akne und damit auf ästhetisches Wohlbefinden,
- Beseitigung von hormon- oder zyklusabhängigen Beschwerden: menstruelle Migräne, PMS, Mastodynie, Hyper- und Dysmenorrhö
- Einflussnahme auf die sexuelle Appetenz: Anwendung von Kombinationspräparaten mit Androgen wirksamen Gestagenen wie Levonorgestrel und Desogestrel.

## Prävention von sexuellen Störungen in der Peri- und Postmenopause

Durch die Abnahme des Progesterons, der Estrogene und der Androgene tritt in der Peri- und Postmenopause im Rahmen des klimakterischen Syndroms eine Vielzahl von Symptomen in unterschiedlicher Stärke und Ausprägung auf, die die Frauen oft erheblich beeinträchtigen. Neben Hitzewallungen, Schweißausbrüchen, Schlafstörungen, Müdigkeit, depressiven Verstimmungen und Leistungsabfall, neben körperlichen Symptomen wie Gelenkschmerzen, Brustspannungen, Veränderung der Haut und Haare und Gewichtszunahme spüren nicht wenige Frauen:

- ein vermindertes Ansprechen auf sexuelle Reize,
- eine Abnahme der sexuellen Appetenz und Erlebnissfähigkeit,
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Dyspareunie, bedingt durch eine fehlende Lubrikation der Scheide.

Es gehört zu unseren Aufgaben in der frauenärztlichen Sprechstunde, die Patientin umfassend über die Komplexität der sich in dieser Lebensphase vollziehende Veränderungen zu informieren und ihr mögliche Wege aufzuzeigen, wie eventuell auftretende Beeinträchtigungen behandelt werden können.



Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. med.  
Hans-Joachim Ahrendt  
Praxis für Frauenheilkunde  
Klinische Forschung  
und Weiterbildung  
Halberstädter Straße 122  
39112 Magdeburg

Cornelia Friedrich  
Praxis für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe,  
Sexualmedizin  
Schalaunische Straße 6/7  
06366 Köthen

Nehmen wir uns also Zeit für unsere Patientin! Hören wir aktiv zu! Fragen wir nach der Sexualität und möglichen Problemen! Klären wir die Patientin aktiv auf über mögliche Auswirkungen auf die Sexualität: bei gynäkologischen Erkrankungen, vor großen operativen Eingriffen oder unter beeinträchtigenden Therapien.

## Literatur

- Alexander JL, Dennerstein L, Burger H, Graziottin A.** Testosterone and libido in surgically and naturally menopausal women. *Womens Health (Lond Engl)* 2006; 2(3): 459–77.
- Anderson-Hunt M, Dennerstein L.** Increased female sexual response after oxytocin. *BMJ* 1994; 309(6959): 929.
- Anderson-Hunt M, Dennerstein L.** Oxytocin and female sexuality. *Gynecol Obstet Invest* 1995; 40: 217–21
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heimann JR, Laan E, Meston C, van Schover LLJ, Schultz WW.** Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1(1): 40–8.
- Beier KM, Bosinski H, Hartmut AG, Loewitt K.** Sexualmedizin. München: Urban & Fischer 2005; 188–230.
- Bitzer J.** Die sexuelle Dysfunktion der Frau – Ursachen und aktuelle Therapieoptionen. Bremen: UNI-MED 2008.
- Buddeberg C.** Sexualberatung. Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart, New York: Thieme 2005.
- Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, Rodenberg CA, Wekselman K, Casson P.** Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005; 105(5 Pt 1): 944–52.
- Carmichael MS, Warburton VL, Diken J, Davidson JM.** Relationship among cardiovascular, muscular and oxytocin responses during human sexual activity. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 59–77.
- Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A.** Sexual behavior of women taking low-dose oral contraceptive containing 15 microg ethinylestradiol/60 microg gestodene. *Contraception* 2004; 69(3): 237–40.
- Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Sparacino L, Cianci A.** Prospective study on sexual behavior of women using 30 microg ethinylestradiol and 3 mg drospirenone oral contraceptive. *Contraception* 2005; 72(1): 19–23.
- Davis AR, Castano PM.** Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res* 2004; 15: 297–320.
- Davis SR, Mccloud P, Strauss BJ, Burger H.** Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 1995; 21(3): 227–36.
- Exton MS, Bindert A, Krüger T, Scheller F, Hartmann U, Schedlowski M.** Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. *Psychosom Med* 1999; 61: 280–9.
- Exton MS, Krüger TH, Koch M, Paulson E, Knapp W, Hartmann U, Schedlowski M.** Coitus-induced orgasm stimulates prolactin secretion in healthy subjects. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26: 287–94.
- Hartmann U, Becker AJ, Ückert S, Stief CG.** Sexualstörungen – Sexuelle Funktionsstörungen. In: Förstl H, Hautzinger M, Roth G (Hrsg). *Neurobiologie psychischer Störungen*. Heidelberg: Springer 2006; 764–803.



- Hartmann U.** Es besteht großer Handlungsbedarf. *Gyne* 2008; 29(3): 49–58.
- Hartmann U, Philippsohn S.** Wie sollte bei sexuellen Schmerzstörungen in praxi vorgegangen werden? *Gyne* 2008; 29(8): 209–16.
- Hartmann U, Wuttig D.** Wenn das sexuelle Verlangen vermindert oder verloren gegangen ist. *Gyne* 2008; 29(12): 336–40.
- Johnson M, Everitt B.** *Essential Reproduction*. Oxford: Blackwell Science 2000; 3–16.
- Krüger T, Exton MS, Pawlak C, von zur Mühlen A, Harmann U, Schedlowski M.** Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23: 401–11.
- Meston CM, Frohlich PF.** The Neurobiology of sexual Function. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(11): 1012–27.
- Müller P, Musch K, Wolf AS.** Prolactin variables in personality and sexual behavior. In: Zichella L, Pancheri P (Eds). *Psychoneuroendocrinology in Reproduction*. Amsterdam: Elsevier/North-Holland Biomedical Press 1979; 359–72.
- Nathorst-Böös J, Wiklund I, Mattsson LA, Sandin K, von Schoultz B.** Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72(8): 656–60.
- Notelovitz M, Lenihan JP, McDermott M, Kerber IJ, Nanavati N, Arce J.** Initial 17beta-estradiol dose for treating vasomotor symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 95(5): 726–31.
- PRESIDE-Studie aus Sexualstörungen bei Frauen.** *Frauenarzt* 2008; 49: 1082.
- Sarrel P, Dobay P, Wiita B.** Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapie. Sexual behavior and neuroendocrine responses. *J Reprod Med* 1998; 43: 847.
- Sherwin BB.** The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab* 1991; 72: 336.
- Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, Waldbaum A, Bouchard C, Derzko C, Buch A, Rodenberg C, Lucas J, Davis S.** Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90(9): 5226–33.
- Sonboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R.** Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (4): CD004509.
- Starke K, Ahrendt HJ.** *Last oder Lust? Sexualität in der Postmenopause*. Jena: Jenapharm 2009.
- Sydow von K.** Sexuality in pregnancy and the postpartum period. Sexuality in pregnancy & puerperium. In: Reece A, Hobbins J (Eds). *Clinical Obstetrics: The Fetus & Mother*. 3<sup>rd</sup> Edition. Oxford: Blackwell 2006.

Anzeige  
minisiston