

# Sexualität in der Schwangerschaft und post partum

Hans-Joachim Ahrendt<sup>1</sup>, Cornelia Friedrich<sup>2</sup>, Peter Dreyer<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> Praxis für Frauenheilkunde, Klinische Forschung und Weiterbildung, Magdeburg  
<sup>2</sup> Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sexualmedizin, Köthen  
<sup>3</sup> HELIOS Klinik Bad Berleburg, Bad Berleburg

Reviewer: Antje Akkan, Bergisch-Gladbach und Christine Klapp, Berlin

## Zusammenfassung

Die Schwangerschaft und erst recht die Elternschaft stellen für jedes Paar eine tiefgreifende Veränderung im Beziehungsgefüge dar. Die Qualität der Partnerschaft und der Sexualität ändern sich während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes.

Am Anfang steht die Freude über die eingetretene Schwangerschaft, das gemeinsame Erleben dieser Schwangerschaft und die Vorbereitung auf die Elternschaft. Nach meist auch gemeinsam erlebter Geburt folgt der Stolz, Eltern zu sein. Die Liebesbeziehung wandelt sich jetzt in eine Elternbeziehung. Es ist eine Zeit der Veränderung und der Anpassung. Es beginnt eine neue Lebensphase, sich als Paar neu zu finden und als Familie zu definieren. Neue Belastungen stellen sich.

## Schwangerschaft und Postpartalzeit

Das Paar kann Sexualität während der Schwangerschaft sowohl positiver als auch negativer als vorher empfinden. Tabelle 1 listet Faktoren auf, die die Sexualität in der Schwangerschaft positiv beeinflussen, Tabelle 2 diejenigen Faktoren, die die Sexualität hemmen können.

Tabelle 1: Positive Faktoren auf die Sexualität in der Schwangerschaft

- sich näher fühlen nach Eintreten der gewünschten Schwangerschaft
- sich als Paar ganz nah zu sein
- sich beim Sex wohler fühlen ohne hormonale Kontrazeption bzw. ohne schwangerschaftsverhütende Vorkehrungen treffen zu müssen
- entspannter Sex ohne »Konzeptionszwang«
- Ausprägung oder Vertiefung der syndiastischen Paarbeziehung

Tabelle 2: Hemmende Faktoren auf die Sexualität in der Schwangerschaft

- allgemeines Unwohlsein, Müdigkeit, Übelkeit
- Angst vor Störung der Schwangerschaft
- Angst, Blutungen auszulösen
- Angst, eine Fehl- oder Frühgeburt auszulösen
- Angst vor Infektionen
- Angst, das Kind zu verletzen
- Veränderung der Häufigkeit von Geschlechtsverkehr
- Veränderung der Libido
- körperliche Veränderungen: Bauchumfang, Gewicht
- körperliche Beschwerden: Rückenschmerzen, Bauchkrämpfe
- vaginale Blutungen
- Milchfluss beim Sex
- Harninkontinenz beim Sex
- Dyspareunie wegen veränderter Lubrikation

## Beginn der Schwangerschaft

Mit Beginn der Schwangerschaft verändern sich Dynamik und Sexualität innerhalb der Partnerschaft. Diese Veränderungen können beziehungsfestigend, aber auch -trennend wirken. Das Interesse an Sexualität und die Häufigkeit von Sexualkontakten wechseln im Verlaufe der Schwangerschaft (Dreyer 1993; Regan et al. 2003; von Sydow 1999).

Das Erleben der Sexualität der Schwangeren, aber auch das der Partner ist häufig von Ängsten geprägt, insbesondere von der Angst, dem Kind zu schaden oder eine Fehlgeburt auszulösen. Zudem befürchten die meisten Paare, dass Wehen ausgelöst werden könnten, weil der Körper während des Orgasmus oder durch Reizung der Mamillen Oxytocin ausschüttet.

Mehrere Studien konnten nachweisen, dass es keinen Zusammenhang zwischen sexuellen Aktivitäten, einschließlich Koitus, sowie Orgasmushäufigkeit und -stärke und Geburtskomplikationen gibt (Berghella et al. 2003; Ekwo et al. 1993; Leeners et al. 2000; Mills et al. 1981; Naeye 1979; Klebanoff et al. 1984; Read et al. 1996; Read et al. 1993). Fox et al. (2008) dagegen ermittelten einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Geschlechtsverkehr und dem Erleben von Orgasmen und Frühgeburtslichkeit: Von 297 Frauen mit einer Frühgeburt vor der 35. Schwangerschaftswoche (SSW) und 182 Frauen, die nach der 35. SSW entbunden wurden, hatten die Frauen mit einer Frühgeburt signifikant häufiger Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft und vor allem signifikant häufiger Orgasmen.

Andererseits kann gerade eine Schwangerschaft zu großer und intensiver, auch sexueller Nähe führen. Die meisten Paare sind aufgeklärt und haben auch während der

Schwangerschaft weiterhin sexuelle Kontakte. In einer Studie von Kirsten von Sydow (2001) mit 570 Schwangeren hatten etwa 90 % der Paare Geschlechtsverkehr während der Schwangerschaft.

Bei Bartellas et al. (2000) gaben die Schwangeren folgende Veränderungen beim Geschlechtsverkehr als störend an:

- Blutungen (13 %)
- Veränderungen der vaginalen Lubrikation (37 %)
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (22 %)
- Bauchkrämpfe (18 %)
- vaginale Infektionen (9 %)
- Urinverlust beim Geschlechtsverkehr (9 %)

Weiterhin berichteten 58 % der kanadischen Frauen, dass ihre sexuelle Lust in der Schwangerschaft abnahm, 49 % der Frauen hatten Angst, dadurch dem Kind zu schaden und 76 % dieser Frauen hatten nie mit ihrem Arzt über diese Probleme gesprochen.

## Erstes Trimenon

Im ersten Trimenon stehen schwangerschaftsbedingte Beschwerden wie allgemeines Unwohlsein, Übelkeit, Hyperemesis und Müdigkeit im Vordergrund. Diese Faktoren können sich nachhaltig auf die sexuelle Appetenz und Erregung auswirken. Potenzieren kann sich das noch durch die mögliche Angst des Mannes, durch Sex könnte eine Fehlgeburt ausgelöst werden oder gar eine Schädigung des Kindes eintreten.

## Zweites Trimenon

Im zweiten Trimenon, dem Stadium des allgemeinen Wohlbefindens, werden meist fast alle Veränderungen des Körpers, wie z. B. der größer werdende Bauch, positiv bewertet. Die Frauen erleben sich häufig als sehr erotisch und sexuell anziehend. Bedingt durch eine verstärkte Vasokongestion und Lubrikation nimmt in dieser Zeit bei vielen Frauen die Libido und sexuelle Erregbarkeit zu. Nicht selten praktizieren die Paare jetzt häufiger Geschlechtsverkehr als vor der Schwangerschaft.

## Drittes Trimenon

Im dritten Trimenon nehmen dann das Bedürfnis nach Geschlechtsverkehr und die sexuellen Aktivitäten bei den meisten Paaren deutlich ab. Gründe hierfür sind zum einen der zunehmende Bauchumfang der Schwangeren und zum anderen die sich verstärkenden körperlichen Beschwerden. Dagegen nimmt das Bedürfnis nach Zärtlichkeit deutlich zu.

## Post partum

Nach der Geburt des Kindes findet für die Frau ein Neufindungs- und Identifikationsprozess statt. Einerseits steigt die Verantwortung für ihr Kind und die damit verbundene psychische und körperliche Belastung, andererseits verändert sich ihre Rolle in der Partnerschaft. Die Liebesbeziehung wandelt sich in eine Elternbeziehung. Die Frau investiert naturgemäß den größten Teil ihrer Kraft und Zeit in

die Betreuung des Kindes. Dadurch entsteht eine große, auch körperliche Nähe zum Kind. Zuwendung und Liebe sind auf das Kind fokussiert, weg vom Partner. Nicht wenige Frauen beklagen in dieser Zeit einen nahezu kompletten Verlust ihrer sexuellen Appetenz. Sie wünschen sich von ihrem Partner Wärme und Geborgenheit, aber oft keine sexuelle Berührung oder gar penetrierenden Geschlechtsverkehr. Dies kann durchaus der Beginn von Entfremdung sein.

Sie muss sich als Mutter und Frau neu finden. Sie muss aber auch ihren Körper neu entdecken. Sie muss mit den Veränderungen ihres Körpers, den Veränderungen der Vulva und Scheide, aber auch der Brüste und der Körperproportionen umgehen lernen. Oft bewegt sie sich in dieser Zeit erotisch nicht auf den Partner zu. Die Liebesbeziehung wandelt sich in eine Elternbeziehung und beide konkurrieren miteinander.

Die sexuellen Probleme, die post partum auftreten können, sind in Tabelle 3 aufgeführt. Tabelle 4 listet die wichtigsten Faktoren auf, die die Sexualität post partum negativ beeinflussen können.

Tabelle 3: Sexuelle Probleme post partum

- seltener Geschlechtsverkehr
- abnehmende Libido und sexuelle Erregung
- seltener und weniger intensive Orgasmen
- abnehmende sexuelle Befriedigung
- Dyspareunie wegen:
  - mangelnder Lubrikation (Fehlen von Appetenz und Erregung)
  - der Episiotomienarbe
  - Z. n. Dammriss
  - scharfrandiger hinterer Kommissur durch die Episiotomienahrt
- Traumatisierung des Introitus vaginale bei Spontangeburt
- postpartaler Scheideninfektion

Tabelle 4: Negative Faktoren auf die Sexualität post partum

- allgemeine Müdigkeit und Abgespanntheit
- Doppelbelastung durch Haushalt und Kind
- Schwierigkeiten mit der Mutterrolle
- Ambivalenzkonflikt: Mutter oder Liebhaberin
- postpartale Depressionen
- Sorge um die körperlichen Veränderungen post partum
- überaktives Kind
- Anwesenheit des Kindes im Schlafzimmer
- Unzufriedenheit mit der Beziehung
- vermindertes sexuelles Verlangen des Partners
- Traumatisierung des Partners durch Anwesenheit bei der Geburt
- negative Einstellung des Partners zum Stillen
- operative Entbindungsverfahren
- Episiotomie
- Dammriss
- Schmerzen beim Sex
- Empfinden erotischer Gefühle beim körperlichen Kontakt zum Kind und beim Stillen
- nachteilige Auswirkungen des Stillens auf die Libido
- Milchfluss beim Sex
- Harn- und Stuhlinkontinenz beim Sex

### Sexuelle Aktivität – sexuelles Erleben

Die sexuellen Aktivitäten während der Schwangerschaft und danach hängen von vielen Faktoren ab. Neben den bereits genannten biopsychosozialen Gründen sind sie stark geprägt vom sexuellen Grundbedürfnis beider Partner, der sogenannten Libido-Ausgangssituation.

In einer Studie von Kirsten von Sydow (2001) mit 570 Schwangeren hatten etwa 90 % der Paare Geschlechtsverkehr, sowohl während der Schwangerschaft als auch wieder ein halbes Jahr post partum. Vier Wochen post partum waren es dagegen nur 19 %.

Bei Brubaker et al. (2008) waren 95 % der Frauen sechs Monate nach der Geburt bereits wieder sexuell aktiv.

Von Sydow (1999) zeigte in einem Review von 59 publizierten Studien, die zwischen 1950 und 1996 durchgeführt worden waren, folgende Veränderungen sexueller Aktivitäten im Verlaufe der Schwangerschaft auf: vor der Schwangerschaft 76–79 % sexuell Aktive, im ersten Trimester 59 %, im zweiten 75–84 % und im dritten 40–41 %.

Pauleta et al. (2009) geben in ihrer portugiesischen Studie folgende Häufigkeiten von Geschlechtsverkehr in den drei Trimestern an:

- 1. Trimester: 44,7 %
- 2. Trimester: 35,6 %
- 3. Trimester: 23,4 %

In einer Längsschnittstudie von 1997/1998 mit 34 deutschen Paaren (Sydow 2006) stellt von Sydow folgende Koitushäufigkeit fest:

- vor der Schwangerschaft: 10-mal im Monat (Angaben der Männer) bzw 8-mal im Monat (Angaben der Frauen)
- während der Schwangerschaft: 3- bis 4-mal im Monat
- nach der Schwangerschaft: 1- bis 3-mal im Monat

In dieser Studie waren die Männer durchschnittlich 34 Jahre alt und die Frauen 32 Jahre. Mehr als die Hälfte beider Partner hatten einen Hochschulabschluss. Alle Mütter stillten ihre Kinder, 90 % über acht Monate.

Fünf Prozent dieser Paare hatten auch zwei Jahre post partum noch keinen Geschlechtsverkehr. Die Häufigkeit der Selbstbefriedigung bei den Frauen nahm vom dritten Trimester an deutlich ab, bei den Männern blieb sie dagegen konstant.

In einer Studie von Dreyer und Ahrendt (1995) gaben 27 % der Frauen ein Jahr post partum an, auf Geschlechtsverkehr komplett verzichten zu können. Darunter waren signifikant häufiger Frauen, die sich auch vor der Schwangerschaft als libidoschwach und weniger sexuell aktiv einstufen. Dreyer und Ahrendt untersuchten in dieser Studie die sexuelle Appetenz und das sexuelle Verhalten von 107 Nulliparae vor, während und nach der Schwangerschaft. Dabei fielen Unterschiede im sexuellen Verhalten besonders dann auf, wenn Frauen mit einer hohen Libido-Ausgangssituation denen mit einer niedrigen Libido-Ausgangssituation gegenübergestellt wurden. Die Autoren bedienten sich dabei der sogenannten Libido-Leiter (Abb. 1) nach Ahrendt (Ahrendt u. Friedrich 2010), einem semiquantitativen Verfahren, das eine HSDD (»hypoactive sexual desire disorder« = verminderte sexuelle Appetenz, verminderte sexuelle Erregbarkeit, verminderte sexuelle Fantasien, verminderte Ansprechbarkeit auf sexuelle Reize, die einen Leidensdruck auslösen) schnell erfassen kann. Die Libido wird dabei in stark, mittelstark und schwache eingeteilt (Abb. 1).

Patientinnen mit einer starken Libido stehen auf einer oberen Stufe der Libido-Leiter. Nimmt deren sexuelle Appetenz ab, stehen diese Frauen auf der Leiter zwar mehrere Stufen weiter unten, besitzen aber immer noch eine stärkere Appetenz als diejenigen Frauen, die sich von Anfang an auf den unteren Stufen befinden. Außerdem ist die Sexualität der libidostarken Frauen nicht so störanfällig wie die der Frauen mit einer niedrigen Libido-Ausgangssituation.

Abbildung 2 zeigt anhand der Studie von Dreyer und Ahrendt (1995), wie sich die sexuelle Appetenz vor, während und nach einer Schwangerschaft verändert. Die Daten dieser Studie zur Koitusfrequenz und zum Orgasmus-erleben während der Schwangerschaft und ein Jahr post partum können den Abbildungen 3 bis 6 entnommen werden.

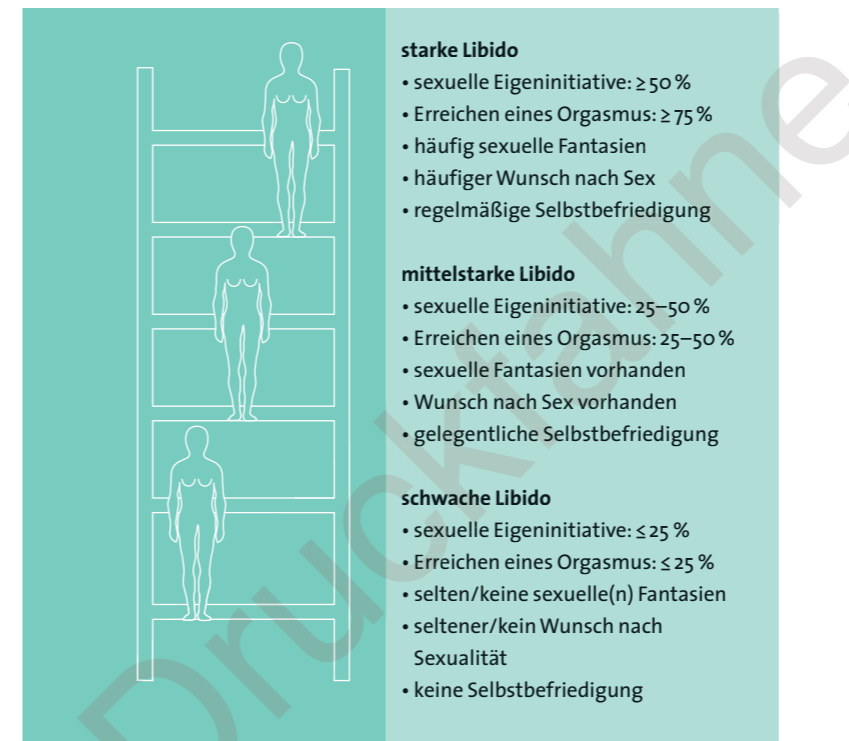


Abbildung 1: Die Libido-Leiter: ein semiquantitatives Instrument zur Diagnostik der HSDD (»hypoactive sexual desire disorder«) (nach Ahrendt u. Friedrich 2010)

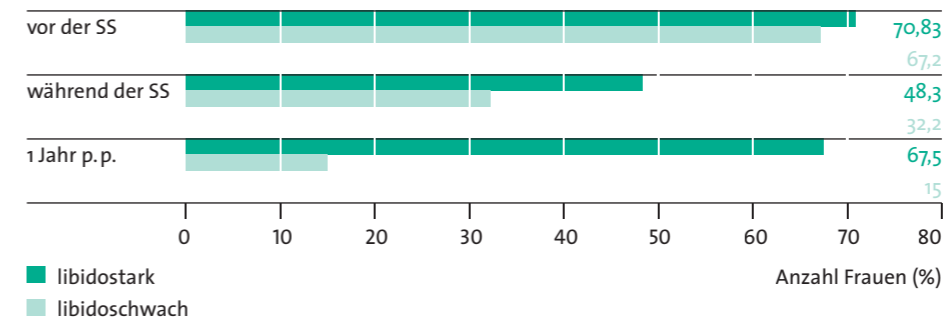


Abbildung 2: Vergleich der sexuellen Appetenz vor, während und nach der Schwangerschaft (Dreyer u. Ahrendt 1995); p.p.: post partum; SS: Schwangerschaft

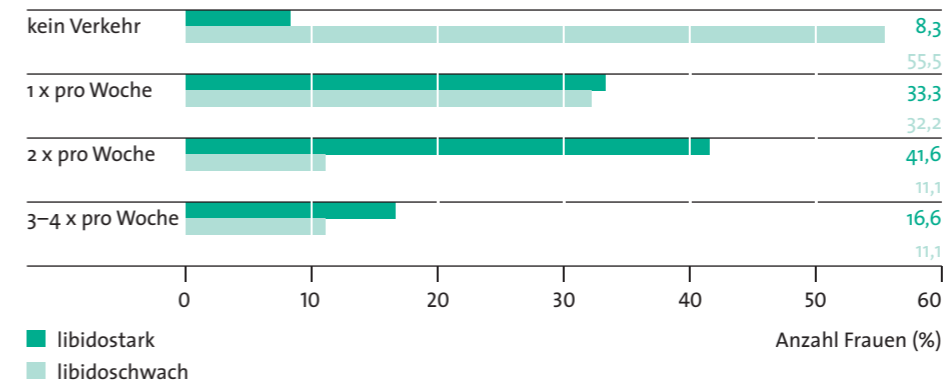


Abbildung 3: Koitusfrequenz während der Schwangerschaft: Vergleich libidostarke und libidoschwache Gruppe (Dreyer u. Ahrendt 1995)

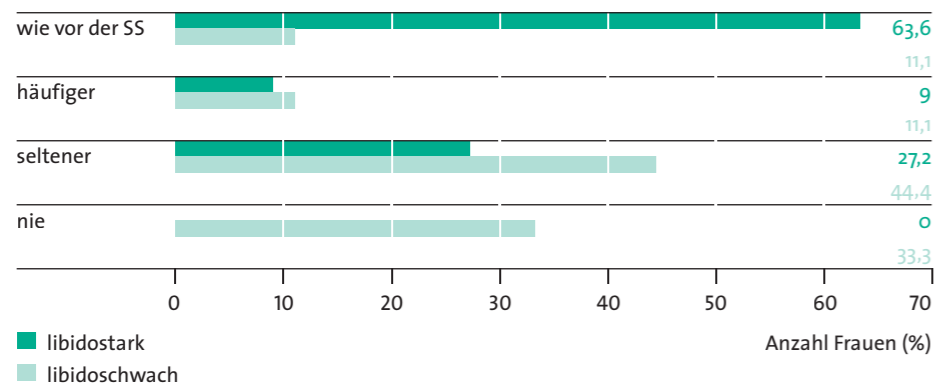


Abbildung 4: Orgasmuserleben während der Schwangerschaft (SS): Vergleich libidostarke und libidoschwache Gruppe (Dreyer u. Ahrendt 1995)

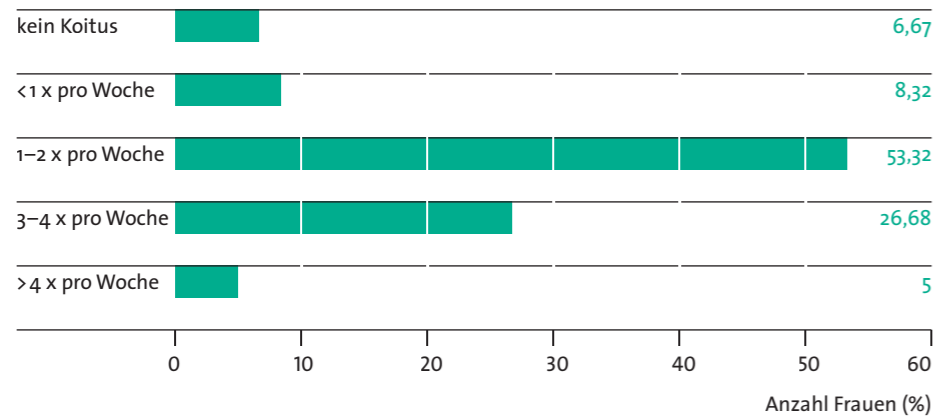


Abbildung 5: Koitusfrequenz 1 Jahr post partum (Dreyer u. Ahrendt 1995)

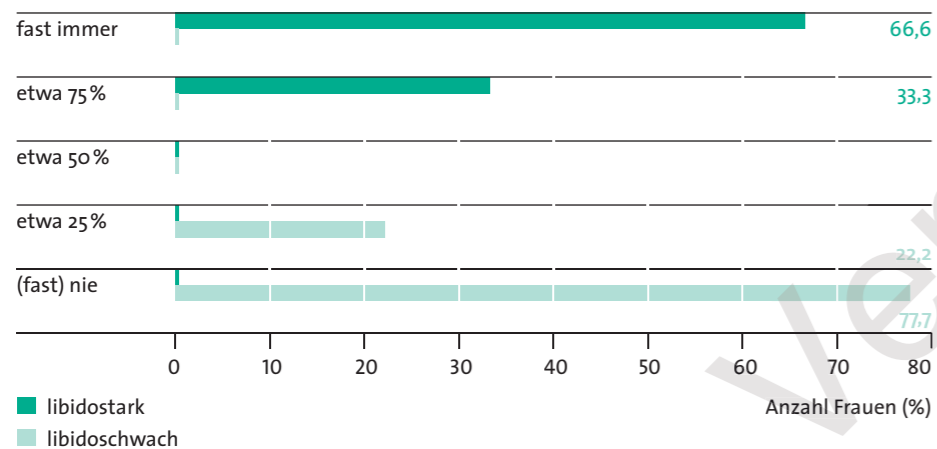


Abbildung 6: Orgasmuserleben 1 Jahr post partum: Vergleich libidoschwache und libidostarke Gruppe (Dreyer u. Ahrendt 1995)

Eine neuere deutsche Studie von Berner et al. 2009 bestätigt diese Daten. Hier haben 80 % der Frauen sechs Monate nach der Entbindung noch nicht wieder zu einer vergleichbaren Sexualität wie vor der Schwangerschaft gefunden, sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch der Qualität. 30,4 % der Partnerschaften sind in dieser Zeit harmonischer, aber 23,2 % weniger harmonisch als vorher.

37,2 % der Frauen gaben an, dass sie seit der Geburt des Kindes nur selten bzw. überhaupt kein Verlangen nach Sexualität hatten. 40,6 % waren seit der Entbindung hin und wieder gegenüber körperlichen Kontakten abgeneigt. 31,8 % der Frauen fühlten sich durch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr in ihrer Sexualität beeinträchtigt. Sechs Monate nach der Entbindung hatten 36,0 % der Frauen selten oder gar keine sexuelle Befriedigung, 12,7 % hatten keinen Orgasmus.

Die Initiative zum ersten Geschlechtsverkehr post partum geht dabei in 60,3 % vom Partner aus und nur in 33,1 % von der Frau selbst. In 8,6 % der Fälle initiieren beide den sexuellen Austausch.

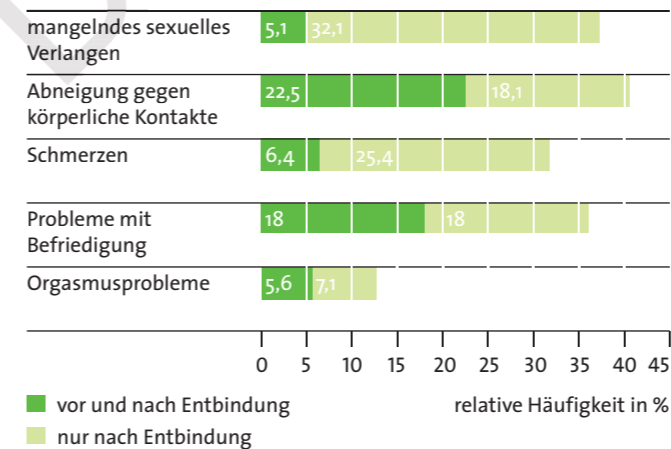


Abbildung 7: Prävalenz weiblicher sexueller Funktionsstörungen vor bzw. nach der Entbindung; Selbsteinschätzung n = 138 (Berner et al. 2005)

Abbildung 7 ist zu entnehmen, dass das Erreichen des Orgasmus eine ausreichende Libido und ausreichende sexuelle Erregung voraussetzt. Kommen noch weitere belastende Faktoren hinzu, wie sie durch die Geburt und die Mutterschaft (Doppelbelastung u. a.) gegeben sind, können bei der Frau erhebliche Defizite hinsichtlich Orgasmus und sexueller Befriedigung auftreten.

Bartellas et al. (2000) beschreiben folgende Häufigkeiten sexueller Praktiken in der Schwangerschaft:

- sexuelle Fantasien: 44 %
- Küssen: 97 %
- Masturbation: 31 %
- sexuelles Vorspiel: 79 %
- Brustpetting: 87 %

- vaginaler Geschlechtsverkehr: 86 %
- analer Geschlechtsverkehr: 7 %
- oral-genitaler Sex: 55 %

Von Sydow (2002) befragte 30 Paare post partum mit dem Ergebnis, dass beide Partner ihre sexuellen Aktivitäten (Geschlechtsverkehr, passives Genitalpetting und oral-genitale Kontakte) meist als angenehm empfanden. Die Paare erreichten meist leicht einen Orgasmus, sowohl durch Geschlechtsverkehr als auch durch Selbstbefriedigung oder manual-genitale Stimulation.

In der portugiesischen Studie von Pauleta et al. (2009) nahm bei 32,2 % der Frauen post partum die Libido ab und bei 27,7 % die sexuelle Zufriedenheit.

Pauls et al. (2008) fanden heraus, dass die Abnahme der sexuellen Aktivitäten einherging mit den Veränderungen des Körperformbildes in der Schwangerschaft und dem Vorhandensein von Harninkontinenz post partum.

#### Geburt und Sexualität

Die Schonung des Beckenbodens ist wichtig für die spätere sexuelle Zufriedenheit beider Partner. Vaginal-operative Entbindungsverfahren wie Forzeps oder Vakuumextraktion können sich nachteilig auswirken (von Sydow 2006).

Ungefähr ein Drittel der Patientinnen klagt post partal über Dyspareunien, die vor der Schwangerschaft nicht vorhanden waren. Dabei besteht eine enge Korrelation zwischen der Dyspareunie und einer vorangegangenen Episiotomie (Klein et al. 1994; von Sydow 1999; Berner et al. 2005).

Andere Studien zeigten, dass es keinen zwingenden Zusammenhang zwischen Geburtsverlauf oder -komplikationen und den sexuellen Aktivitäten, einschließlich Koitus, sowie der Orgasmushäufigkeit und -stärke gibt (Berghella et al. 2003; Ekwo et al. 1993; Klebanoff et al. 1984; Leeners et al. 2000; Mills et al. 1981; Naeye 1979; Read et al. 1996, 1993).

Brubaker (2008) fand nur geringe Unterschiede hinsichtlich der sexuellen Lust und der Zufriedenheit mit dieser in Abhängigkeit vom Geburtsmodus: 68,7 % der Frauen mit vaginaler Entbindung waren sechs Monate nach der Geburt mit der momentanen Sexualität zufrieden. In der Gruppe der Frauen mit Kaiserschnitt waren es 67,2 % und bei den Frauen mit einem Dammriss 65,3 %. Jedoch gaben nur 26,0 % der vaginal entbundenen Frauen an, auch oft Lust auf Sex zu haben; dagegen waren es 26,7 % der Frauen mit einem Kaiserschnitt und 27,5 % mit einer Episiotomie. Der Geburtsmodus und mögliche Traumatisierungen von Beckenboden und Vulva können die partnerschaftliche Sexualität demnach beeinflussen. Brubaker (2008) stellte dabei folgende Abhängigkeit zwischen dem Geburtsmodus und der Wiederaufnahme von Geschlechtsverkehr in

Abhängigkeit vom Geburtsverlauf fest (Prozentzahl der Frauen mit Geschlechtsverkehr sechs Monate post partum):

- Vaginale Entbindung: 93,9 %
- Kaiserschnitt: 85,9 %
- Episiotomie: 91,1 %
- keine Episiotomie: 90,7 %
- Sphinkter-Riss: 85,9 %

### Stillen und Sexualität

Stillen hat vielfältige Auswirkungen auf die Sexualität. Etwa ein Drittel der Frauen erlebt das Stillen als erotisch (Avery et al. 2000).

In der Studie von Dreyer berichten sogar zwei Drittel der Frauen (1993), dass der zärtliche Kontakt zum Kind durchaus ein Ersatz für körperliche Beziehungen zum Partner sei. Dies ist besonders ausgeprägt bei den Frauen, die sich als eher libidoschwach bezeichnen (70 % vs. 18 %) (Dreyer 1993; Dreyer et al. 1995).

Dagegen wirkt sich Stillen auf die partnerschaftliche Sexualität eher negativ aus: geringe Libido, schlechtere Erregbarkeit, spätere Aufnahme des koitalen Sexes, Dyspareunie (mangelnde Lubrikation), Milchfluss u. a. Neben den körperlichen Veränderungen hat hierbei auch der Prolaktinspiegel einen Einfluss auf die Sexualität (Avery et al. 2000; Signorello et al. 2001; Sydow 1999). Den Milchfluss beim Sex empfinden 20 % der Paare als störend. Auch die Anwesenheit des Säuglings wirkt sich nachhaltig störend auf die sexuelle Kommunikation aus (Sydow 2006). Einige stillende Mütter berichten von vermehrt erotischen Gefühlen beim Stillen wegen der höheren Empfindlichkeit ihrer vergrößerten Brust (Ellis et al. 1985; Falicov 1973) und wegen der erlebten Nähe beim Stillen des Kindes (Ellis et al. 1985). Manche Frauen verspüren sogar ein stärkeres sexuelles Verlangen als vor der Schwangerschaft (Falicov 1973; Gordon et al. 1978).

### Die Rolle der Männer

Einige Männer enthalten sich von Beginn der Schwangerschaft an sexuell. Sie wollen und können sich aus verschiedenen Gründen ihrer Partnerin nicht sexuell nähern und vor allem keinen penetrierenden Geschlechtsverkehr ausführen. Einige finden ihre schwangere Partnerin nicht sexuell anziehend, andere haben wie die Schwangere selbst Angst vor Komplikationen. Oftmals mangelt es an Kommunikation des Paares untereinander. Die Schwangere interpretiert häufig eine vielleicht ängstliche oder unsichere Zurückhaltung des Mannes als fehlende sexuelle Anziehung!

Die Anwesenheit des Partners bei der Geburt kann sich sexuell und partnerschaftlich fördernd, aber auch hemmend auswirken. Bei einigen Männern wirkt sie sich trau-

matisierend und nachhaltig negativ aus. Deshalb sollten die Männer nur dann anwesend sein, wenn sie es wirklich auch selber wünschen. Dies sollte jedes Paar für sich und eventuell mit dem behandelnden Frauenarzt vor der Geburt in ausführlichen Gesprächen klären.

Auch auf die Sexualität post partum ist die Sichtweise und das Verhalten des Partners von Bedeutung. Sie kann sich fördernd, aber auch hemmend auswirken (Avery et al. 2000). Nicht selten lassen sich die Frauen auf den ersten Geschlechtsverkehr post partum auf Drängen des Partners ein (Falico 1973). Wie bereits erwähnt, können Stillen und Milchfluss beim Sex die Partner negativ beeinflussen. 59 % der Männer gaben jedoch in einer Studie von Hames (Alder et al. 1986) an, dass sich dies nicht negativ auf ihre sexuellen Aktivitäten auswirke. Sogar 19 % meinen, dass die vergrößerte Brust sie sogar sexuell stimuliere.

In einer Studie von Berner et al. (2009) berichteten 51,9 % der Frauen, dass sie sich aufgrund der sexuellen Probleme post partum selbst unter Druck setzen und in der Schuld sehen. 29,0 % dagegen fühlen sich vom Partner unter Druck gesetzt, jedoch ist der Prozentsatz, bei denen dieser Druck stark ausgeprägt ist, nur gering (unter 5 %).

### Schlussfolgerung

Die Daten zeigen, dass es zu den Aufgaben eines jeden Frauenarztes gehört, die Schwangeren kontinuierlich während der Schwangerschaft, aber auch post partum kontinuierlich präventiv und therapeutisch sexualmedizinisch zu betreuen und die Syndiastik ihrer Beziehung hervorzuheben.

### Beratung während der Schwangerschaft

In der frauenärztlichen Mutterschaftsvorsorge sollten die Schwangere und ihr Partner präventiv zur Sexualität beraten werden. Der Frauenarzt sollte:

- über die Möglichkeit und die Wichtigkeit von Sexualität auch während der Schwangerschaft informieren,
- zur Aufnahme/Beibehalten sexueller Aktivitäten ermuntern, da diese zum Wohlbefinden der werdenden Eltern beitragen können,
- bei Unklarheiten, Problemen und Konflikten Beratungsangebote unterbreiten,
- die Frau beraten, wenn sie zu Aborten und Frühgeburten neigt,
- die Frau bzw. das Paar beraten bei Erkrankungen in der Schwangerschaft: Infektionen, Gestose, Rückenschmerzen u. a.,
- sexuelle Techniken bei Problemsituationen (Löffelstellung, Unterstützung durch Kissen u. a.) ansprechen, über Kondome informieren, die sowohl einen Infektionsschutz als auch eine Barriere für Prostaglandine bei Frühgeburtsbestrebungen darstellen,
- über nonkoitale Sexualität beraten.

### Beratung post partum

In das Beratungsgespräch post partum ist nicht nur die Kontrazeption einzubeziehen, sondern es sind alle Fragen der Sexualität und der Partnerschaft, die mögliche Probleme darstellen können, zu integrieren. Das Ziel dabei ist nicht eine maximale Sexualität, sondern eine für beide Partner befriedigende Sexualität.

Inhalte eines solchen Beratungsgesprächs können z. B. sein:

- Veränderung von Libido, sexueller Erregung und Befriedigung
- Abnahme der Häufigkeit koitaler Kontakte
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und deren Ursachen
- Information über Hilfsmittel, wie ausreichend Gleitmittel!
- störender Einfluss des Milchflusses beim Sex
- Stillen kann sich nachteilig auf die Libido auswirken
- Umgang mit den körperlichen Veränderungen post partum
- Harninkontinenz
- Empfinden erotischer Gefühle beim körperlichen Kontakt zum Kind und beim Stillen
- Frau wendet sich zum Kind hin und vom Partner ab
- Ermutigung des Paares, Hilfen zu organisieren, dadurch Entlastung mit der Möglichkeit zur Erholung und mehr gemeinsamer Zeit für das Paar

### Summary

#### Sexuality in pregnancy and in the time post partum

Pregnancy means change for a couple. The relationship between two people become a threesome relationship. This has an impact on sexuality, which may be either positive or negative. On the one hand, pregnancy and give birth may cause a large and intense, even sexual nearby. On the other hand, however, the consequences of childbirth (perineal tear, physical changes) or the double burden of women or the intensive orientation on children, a decrease of sexual activity conditions. The most common post partum defendant sexual dysfunctions are dyspareunia and loss of libido. In gynecological practice, it is important to the couple in this regard during pregnancy preventive care to. Post partum must be made in accordance with emerging problems of therapeutic services. It has also repeatedly syndiastic their relationship are highlighted.

CME Prakt Fortbild Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol 2010; 6(3): ##

### Keywords

Sexuality, pregnancy, childbirth, couple relationship

### Literaturverzeichnis

- AVERY MD, DUCKETT L, FRANTZICH CR. The Experience of Sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45(3): 227–36.
- BARTELLAS E, CRANE JMG, DALEY M, BENNETT KA, HUTCHENS D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 964–8.
- BERGHELLA V, KLEBANOFF M, MCPHERSON C, CAREY JC, HAUTH JC, ERNEST JM, HEINE RP, WAPNER RJ, TROUT W, MOAWAD A, LEVENO KJ, MIODOVNIK M, SIBAI BM, VAN DORSTEN JP, DOMBROWSKI MP, O'SULLIVAN MJ, VARNER M, LANGER O. Sexual intercourse association with asymptomatic bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis* treatment in relationship to preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1277–82.
- BERNER MM, WENDT A, KRISTON L, ROHDE A. Erleben der Sexualität nach Schwangerschaft und Entbindung. *Geburtsh Frauenheilk* 2005; 65: 751–60.
- BRUBAKER L, HANDA VL, BARLEY CS, CONNOLLY AM, MOALLI P, BROWN MB, WEBER A. Obstetrics & Gynaecology 2008; 111(5): 1040–4.
- DREYER P. Veränderungen des Stellenwertes der Sexualität und des Sexualverhaltens während der Schwangerschaft und nach der Geburt des ersten Kindes. Magdeburg: Dissertation 1993.
- EKWO EE, GOSSELINK CA, WOOLSON R, MOAWAD A, LONG CR. Coitus late in pregnancy – risk of preterm rupture of amniotic sac membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(pt 1): 22–31.
- ELLIS DJ, HEWAT RJ. Mothers' postpartum perceptions of spousal relationships. *JOGNN* 1985; 14: 140–6.
- EROL B, SANIL O, KORKMAZ D, SEYHAN A, AKMAN T, KADIOGUL A. A Cross-Selection Study of Female Sexual Function and Dysfunction during Pregnancy. *J Sex Med* 2007; 4: 1381–7.
- FALICOV CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum. *Am Obstet Gynecol* 1937; 117: 991–1000.
- FOX NS, GELBER SE, CHASEN ST. Physical and Sexual Activity during Pregnancy and Near Delivery *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17(9): 1431–5.
- GORDON IB, CARTY E. Sexual adjustments of postpartum couples. *Can Fam Physician* 1978; 24: 1191–8.
- HARMES EM, COOK A, DAVISON D, WEST C, BANCROFT J. Hormones, mood and sexuality in lactating women. *Br J Psychiartry* 1986; 148: 75–9.
- KLEBANOFF MA, NUGENT RP, RHOADS GG. Coitus during pregnancy: is it safe? *Lancet* 1984; 2: 914–17.
- KLEIN MC, GAUTHIER RJ, ROBBINS JM, KACZOROWSKI J, JORGENSEN SH, FRANCO ED, JOHNSON B, WAGHORN K, GELFAND MM, GURALNICK MS, ET AL. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 591–8.
- LEENERS B, BRANDENBURG U, RATH W. Sexualität in der Schwangerschaft: Risiko oder Schutzfaktor? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2000; 60: 536–43.

**MILLS JL, HARLAP S, HARLEY EE.** Should coitus late in pregnancy be Discouraged? *Lancet* 1981; 2: 136–8.

**NAEYE RL.** Coitus and associated amniotic-fluid infection. *N Engl J Med* 1979; 301: 1198–200.

**PAULETA JR, PEREIRA NM, GRACA LM.** Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010; (1 Pt 1): 136–42. Epub 2009 Oct 20.

**READ JS, KLEBANOFF MA.** Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 514–19.

**READ JS, KLEBANOFF MA, THE VIP STUDY GROUP.** Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of cervicovaginal microflora (Abstract). *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 7: A1–A2.

**REGAN PC, LYLE JL, OTTO AL.** Pregnancy and changes in female sexual desire: a review. *Soc Behav Pers* 2003; 31: 603–11.

**SYDOW VON K.** Sexuality during pregnancy and after childbirth: a meta-content-analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47: 27–49.

**SYDOW VON K.** Sexualität in der Schwangerschaft und nach der Entbindung. *Sexuologie* 2006; 13(2–4): 148–153.

**SYDOW VON K.** Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experiences. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002; 23(3): 147–55.

**SYDOW VON K, ULLMEYER M, HAPP N.** Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire 1. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22(1): 29–40.



Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt

Praxis für Frauenheilkunde  
Klinische Forschung und Weiterbildung  
Halberstadter Straße 122  
39112 Magdeburg

Prof. Ahrendt arbeitet als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in eigener Praxis mit Tagesklinik. Seine Schwerpunkte sind die gynäkologische Endokrinologie und Sexualmedizin. Neben dem unmittelbar klinischen Arbeitsbereich gehört zur Praxis auch eine Abteilung für Klinische Forschung und Weiterbildung.

Das Medizinstudium absolvierte er an der Medizinischen Akademie (jetzt Otto-von-Guericke-Universität) in Magdeburg. Danach arbeitete er 20 Jahre an der Universitäts-Frauenklinik in Magdeburg. Dort machte er seine Facharztausbildung, promovierte und habilitierte.

Sein fachliches und wissenschaftliches Interesse galt seit jeher der hormonalen Kontrazeption, der Endokrinologie und der Sexualmedizin. Seine Habilitationsschrift beschäftigte sich mit dem Sexualverhalten und der Kontrazeption von Teenagern. In dieser Zeit etablierte er auch sexualmedizinische Aus- und Weiterbildungen in der Frauenheilkunde und hat dazu einen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität in Magdeburg.

In seiner wissenschaftlichen Arbeit beschäftigt er sich einerseits mit soziologischen Studien zum sozialen, sexuellen und kontrazeptiven Verhalten und andererseits mit klinischen Studien, insbesondere zur Entwicklung von hormonalen Kontrazeptiva, zur Hormonersatztherapie, zur nichthormonalen Behandlung des klimakterischen Syndroms, zu Störungen der sexuellen Lust u. A.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE; [www.icmje.org](http://www.icmje.org)) besteht.

#### Manuskriptdaten

Datum der Einreichung: 31.05.2010  
Datum der Annahme: 30.10.2010

## CME-Fortbildung

### Sexualität in der Schwangerschaft und post partum

#### Frage 1

Welche Veränderungen werden von Schwangeren *nicht* als störend angegeben:

- Blutungen
- Veränderungen der vaginalen Lubrikation
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Bauchkrämpfe
- gesteigerte Libido

#### Frage 2

Wovon sind die sexuellen Aktivitäten in der Schwangerschaft eher *nicht* abhängig?

- biopsychosoziale Gründe
- Libido-Ausgangssituation
- sexuelles Grundbedürfnis des Mannes
- Ernährung
- sexuelles Grundbedürfnis der Frau

#### Frage 3

Wie viel Prozent der Paare haben zwei Jahre post partum noch *keinen* Geschlechtsverkehr?

- 1 %
- 10 %
- 7 %
- 25 %
- 5 %

#### Frage 4

Wofür dient die Libido-Leiter?

- zur Einschätzung der Libido-Ausgangssituation
- zur quantitativen Einschätzung der Sexualität
- zur Beurteilung der Paarbeziehung
- zur Prognose von Sexualstörungen
- zur Therapie von Libidostörungen

#### Frage 5

Welches Kriterium trifft *nicht* auf eine eher schwache Libido zu?

- sexuelle Eigeninitiative:  $\leq 25\%$
- Erreichen eines Orgasmus:  $\leq 25\%$
- häufig Selbstbefriedigung
- seltener bzw. kein Wunsch nach Sexualität
- seltener bzw. keine sexuelle(n) Fantasien

#### Frage 6

Welche positiven Faktoren treten während der Schwangerschaft in Bezug auf Sexualität *nicht* auf?

- Vertiefung der syndiastischen Beziehung
- sich näher fühlen
- kein Konzeptionszwang
- geringeres Infektionsrisiko für Soor/Colpitis
- als Paar ganz nah sein

#### Frage 7

Nach welchem Entbindungsmodus nehmen die Frauen am ehesten wieder Geschlechtsverkehr auf?

- vaginale Entbindung
- Kaiserschnitt
- Episitomie
- keine Episitomie
- Sphinkter-Riss

#### Frage 8

Sollte der Partner bei der Geburt des Kindes anwesend sein?

- ja, auf jeden Fall
- wenn es die Familie wünscht
- nur, wenn die Partnerin es wünscht
- nur, wenn es sein eigener Wunsch ist
- auf gar keinen Fall

#### Frage 9

Welche sexuellen Praktiken werden in der Schwangerschaft am häufigsten ausgeführt?

- Masturbation
- Brustpetting
- vaginaler Geschlechtsverkehr
- analer Geschlechtsverkehr
- oral-genitaler Sex

#### Frage 10

Wie sollte ein Frauenarzt eine Schwangere beraten?

- möglichst nicht nach der Sexualität fragen
- schon während der Schwangerschaft über die Wichtigkeit und Möglichkeit der Sexualität informieren
- lediglich über nonkoitale Sexualität informieren
- uneingeschränkt zur Aufnahme von Sexualität ermutigen
- Kondome sind in der Schwangerschaft überflüssig

Bitte geben Sie die Lösungen online ein unter [www.akademos.de/gyn](http://www.akademos.de/gyn). Sofern Sie die erforderliche Anzahl an richtigen Antworten haben, erhalten Sie Ihre Fortbildungspunkte. Bei einer unzureichenden Punktzahl können Sie die Eingabe nach 24 Stunden wiederholen.