

# Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung\*

## Analysis of Health Care in Sexual and Gender Identity Disorders

K. M. Beier, U. Hartmann, H. A. G. Bosinski

### Zusammenfassung

In einem Bericht an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird der aktuelle Bedarf an sexualmedizinisch-sexualpsychologischer Versorgung und dessen Abdeckung durch adäquate Therapieangebote analysiert. Es wird gezeigt, dass sowohl bei den sexuellen Funktionsstörungen des Mannes und der Frau als auch bei den Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung, bei den Geschlechtsidentitätsstörungen und auch bei den soziosexuellen, paraphilen Störungen eine Unterversorgung und teilweise eine Fehlversorgung besteht. Dies ist insofern bemerkenswert, als Störungen in den genannten Bereiche zu erheblichen Einbußen in der Lebensqualität führen können. Vorschläge für eine Überwindung des Dilemmas durch curriculare Qualifizierung von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten werden unterbreitet.

*Schlüsselwörter:* Unterversorgung, Fehlversorgung, Sexualstörungen, Versorgungsbedarf

### Abstract

In a report to the Council of experts for the organization of health care system in German the authors analyze the current need for sexual-medical and sexual-psychological treatment and the existing therapy possibilities. The authors show that in regard to sexual dysfunction in men and women, sexual dysfunction caused by illness and/or its treatment, as well as gender identity disorders and paraphilias/sex offenders there is either a lack of treatment and/or in some cases improper treatment. This is remarkable in that disorders in these areas can lead to significant reduction in the quality of life. Suggestions are made to overcome this situation by means of the postgraduate qualification of physicians and psychotherapists.

*Keywords:* Sexual dysfunktions, Gender identity disorders, Health care system need

## 1. Einleitung

Es gibt kaum einen Fachbereich der Medizin, kaum ein Gebiet der klinischen Psychologie, in dem der Arzt oder Psychologe, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen, nicht mit sexuellen Problemen und Störungen konfrontiert werden. Dabei tritt die Beeinträchtigung der Sexualität in vielerlei Gestalt auf: Als eigenständige (Haupt-)Problematik, im Kontext verschiedenster körperlicher oder psychischer Krankheiten und/oder deren Behandlung (z.B. unerwünschte Wirkungen von Medikamenten, Folgen operativer Eingriffe etc.).

\* Geringfügig geänderte Fassung eines Berichts an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen auf dessen Anfrage an die Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF); der Bericht wurde im Auftrag der Akademie für Sexualmedizin in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) von K. M. Beier, U. Hartmann und H.A.G. Bosinski erstellt. Auf der Veranstaltung „Sexualmedizin in Ausbildung, Lehre und Forschung“ der 50. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin am 10.11.99 in Berlin sind die im Bericht aufgenommenen Themen in Einzelreferaten dargestellt worden.

Aus neueren seriösen und methodisch anspruchsvollen Studien lässt sich die hohe Verbreitung sexueller Störungen ablesen (vgl. z.B. Laumann et al. 1994) und die Schlussfolgerung ziehen, dass insbesondere die *sexuellen Funktionsstörungen* zu den häufigsten Krankheitsbildern unserer Zeit zählen. Es ist ferner absehbar, dass durch den altersdemographischen Wandel und die Zunahme von chronischen Erkrankungen die (sekundären) *Sexualstörungen aufgrund einer Erkrankung und/oder deren Behandlung* weiter zunehmen werden.

Entsprechend breit gefächert ist der Kreis der betroffenen Patienten/innen, die an sexuellen Dysfunktionen leiden können: Der Diabetiker, der im Zuge seiner chronischen Krankheit sexuelle Störungen zu beklagen hat (Erektionsprobleme bei Männern, Erregungs- und Orgasmusprobleme bei Frauen), der Hypertoniker, dessen Medikation sich negativ auf die sexuellen Reaktionen auswirkt, und der Patient mit einer Depression, der seine sexuelle Appetenz einbüßt (und durch die Antidepressiva zusätzlich noch Erregungs- und Orgasmusprobleme bekommen kann), gehören ebenso dazu, wie der junge Mann mit sexueller Versagensangst, das Paar, dessen ungelöste Konflikte oder Machtkämpfe sich in sexuellen Symptomen ausdrücken, oder die Frau, die nach der Menopause durch mangelnde Lubrikation Schmerzen beim Koitus hat.

Hinzu kommen die *Geschlechtsidentitätsstörungen* mit dem Begehren vieler Betroffener nach körperverändernden Maßnahmen (deren Indikation sorgfältig nach Standards zu prüfen ist) und schließlich die *sexuellen Verhaltensabweichungen* (Paraphilien und Sexualdelinquenz) mit hohen Anforderungen an die Qualität der Diagnostik und Therapie, da Begutachtungs- und Behandlungsfehler Fremdgefährdungen (d.h. Opfer von sexuellen Übergriffen) nach sich ziehen können. All dies sind zweifelsohne Herausforderungen für die Heilberufe und wichtige Aufgaben für die Wissenschaften, die sich mit der körperlichen und seelischen Gesundheit des Menschen befassen. Allerdings machen die Multifunktionalität der menschlichen Geschlechtlichkeit, ihre Abhängigkeit von sich wandelnden soziokulturellen Gegebenheiten, ihre individuellen und interpersonalen Aspekte und nicht zuletzt die dadurch notwendigen interdisziplinären Überlappungen eine eigenständige fachliche Ausrichtung erforderlich. Diese wird in umfassender Weise ganz aktuell sowohl grundlagenwissenschaftlich als auch nach den aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für alle sexuellen Störungen im „Lehrbuch der Sexualmedizin“ von Beier, Bosinski, Hartmann und Loewit (Urban & Fischer 2001) dargestellt. Die folgenden Ausführungen zu den oben aufgeführten einzelnen Störungsgruppen sind weitgehend an Ausarbeitungen des genannten Lehrbuches angelehnt.

## 2. Sexuelle Funktionsstörungen

### 2.1. Vorbemerkung

Für die medizinische Praxis stellen die sexuellen Funktionsstörungen die mit Abstand bedeutsamste Gruppe der sexuellen Störungen dar. Die hohe Prävalenz dieser Sexualprobleme bei Männern und Frauen, die Verfügbarkeit einer Palette unterschiedlicher diagnostischer und therapeutischer Optionen und die zunehmende Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch die betroffenen Patienten werden diesem Bereich zukünftig einen noch größeren Stellenwert geben. Mehr als bei den anderen Gruppen sexueller Störungen greifen bei den Funktionsstörungen organische und psychische Faktoren ineinander und machen einen integrativen, biopsychosozialen Zugang notwendig.

## 2.2. Definition und Klassifikation

Definition: Sexuelle Funktionsstörungen manifestieren sich in Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens in Form von ausbleibenden, reduzierten oder unerwünschten genitalphysiologischen Reaktionen. Zu den sexuellen Funktionsstörungen werden auch Störungen der sexuellen Appetenz und Befriedigung sowie Schmerzen im Zusammenhang mit dem Geschlechtsverkehr gezählt.

Tabelle 1: Kategorisierung der sexuellen Funktionsstörungen in DSM-IV und ICD-10

DSM-IV	ICD-10
<b>Störungen der sexuellen Appetenz</b>	
Störung mit verminderter sexueller Appetenz (302.71)	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)
Störung mit sexueller Aversion (302.79)	Sexuelle Aversion (F52.10) Mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.11)
<b>Störungen der sexuellen Erregung</b>	
Störung der sexuellen Erregung bei der Frau (302.72) Erektionsstörung beim Mann (302.72)	Versagen genitaler Reaktionen (F52.2); Männer: Erektionsstörungen; Frauen: Mangel oder Ausfall der vaginalen Lubrikation.
<b>Orgasmusstörungen</b>	
Weibliche Orgasmusstörung (302.73)	Orgasmusstörung (F52.3)
Männliche Orgasmusstörung (302.74)	Ejaculatio praecox (F52.4)
Ejaculatio praecox (302.75)	
<b>Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen</b>	
Dyspareunie, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (302.76)	Nicht-organische Dyspareunie (F52.6)
Vaginismus, nicht aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (306.51)	Nicht-organischer Vaginismus (F52.5)
Sexuelle Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung (625.8 u.a.)	
Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung (291.8 u.a.)	
Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung (302.70)	

## 2.3. Epidemiologie

Der Kenntnisstand zur Prävalenz und Inzidenz sexueller Funktionsstörungen ist in den letzten Jahren zwar besser geworden, im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin aber nach wie vor unbefriedigend. Solide empirische Erhebungen zur Sexualität sind aufwendig, kostenintensiv und methodisch anspruchsvoll und haben sich zudem mit den Besonderheiten dieses Erlebensbereiches auseinanderzusetzen, den die meisten Menschen als besonders privat und intim empfinden. In schriftlichen oder mündlichen Befragungen sind die Verweigerungsquoten daher in der Regel höher und es ist von einem schlecht abzuschätzenden „volunteer bias“ auszugehen, der dazu führt, daß die Befragungsteilnehmer eher offener und liberaler eingestellt sind und sehr wahrscheinlich auch weniger sexuelle Probleme aufweisen als die Verweigerer.

Grundsätzlich ist die Datenlage bei den männlichen Störungen deutlich besser als bei den weiblichen, da – bedingt durch das Interesse der pharmazeutischen Industrie an zuverlässigen Zahlen – speziell zur erektilen Dysfunktion eine Reihe neuerer Studien vorliegen, während entsprechende Erhebungen zu den weiblichen Störungen sich derzeit erst in Planungs- und Durchführungsphasen befinden.

Gleichwohl liegen heute eine Reihe von Daten vor, die ein recht einheitliches Bild ergeben und die sich unterteilen lassen in Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung (community samples) und Studien aus dem klinischen Bereich (office/clinic samples), deren Resultate im folgenden getrennt nach männlichen und weiblichen Störungen zusammen gefaßt werden.

### 2.3.1 Die männlichen Funktionsstörungen

#### Erektionsstörungen

Schon die Prävalenzzahlen des Kinsey-Reports (1948, 1953) verwiesen auf die starke Alterskorreliertheit dieser Störung, die sich in allen neueren Studien bestätigte: vor dem 30 Lebensjahr betrug die Prävalenz erektiler Dysfunktionen bei Kinsey weniger als 1%, bis zum 45 Lebensjahr weniger als 3%, bei den 45 bis 55jährigen 6,7%, bei den 55 bis 65jährigen 25% und bei den 80jährigen annähernd 75%. Spector und Carey (1990) untersuchten insgesamt 23 Studien zur Prävalenz sexueller Dysfunktionen und fanden Prävalenzzahlen zwischen 4 und 9% für Erektionsstörungen. Lendorf et al. (1994) befragten eine Gruppe von 272 dänischen Männern im Alter von 30 bis 79 Jahren nach verschiedenen Dimensionen erektilen Versagens und fanden Impotenz (definiert als Unfähigkeit, den Geschlechtsverkehr zu beginnen oder vollenden) bei insgesamt 4% ihrer Stichprobe, wobei die Zahlen 11% bei den über 60jährigen und 10% bei den über 70jährigen betragen. In der groß angelegten ‚National Health and Social Life Survey‘ (NHSL), einer Repräsentativbefragung an über 3000 US-Amerikanern und Amerikanerinnen im Alter von 18 bis 59 Jahren (Laumann et al. 1994), lag der Prozentsatz von Männern, die über signifikante (mehrere Monate im vergangenen Jahr) Erektionsstörungen berichteten, bei 10,4%. Jing et al. (1998) untersuchten über 40jährige Männer in Shanghai und fanden, dass 33% der 40 – 49jährigen über Erektionsstörungen berichteten, 36% der 50 – 59jährigen, 74% der 60 – 69jährigen und 86% der über 70jährigen. Ebenfalls über 40jährige Männer befragten Pinnock et al. (1999) in Australien und fanden eine Prävalenz erektiler Dysfunktionen von 3% bei den 40 – 49jährigen, von 11,9% bei den 50 – 59jährigen, von 42,3% bei den 60 – 69jährigen, von 64,2% bei den 70 – 79jährigen und von 92,9% bei den über 80jährigen (Gesamtprävalenz: 25,7%, bzw. 16% bei den 40 – 70jährigen). An einer englischen Stichprobe (mittleres Alter: 51 Jahre) erhoben Dunn et al. (1998) eine Prävalenz erektiler Dysfunktionen von 26%.

Die am häufigsten zitierte und ergiebigste neuere Untersuchung zur Prävalenz von Erektionsstörungen ist die *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS, Feldman et al. 1994), bei der im Rahmen einer groß angelegten Studie zum Zusammenhang von Alter und Gesundheit bei Männern sich verschiedene Items eines Fragebogens auf die sexuelle Aktivität und Funktion bezogen, die von 1290 Männern beantwortet wurden. Mit Hilfe einer „Kalibrierungs-Stichprobe“ von 303 in einer urologischen Klinik untersuchten Patienten mit erektilen Dysfunktionen wurde der Grad der Erektionsstörung in der nicht-klinischen Hauptstichprobe berechnet. Die Ergebnisse zeigen, daß 52% der zwischen 40 und 70 Jahre alten Männer eine zumindest leichtgradige Störung der Erektionsfähigkeit aufwiesen, und zwar

17% eine minimale, 25% eine mittelgradige und 10% eine komplette erektile Dysfunktion. Die Ergebnisse der MMAS bestätigten die starke Altersabhängigkeit erektiler Dysfunktionen: zwischen 40 und 70 Jahren verdreifachte sich der Prozentsatz kompletter Impotenz von 5 auf 15%, die Wahrscheinlichkeit moderater Impotenz stieg von 17 auf 34%, während der Anteil minimaler Impotenz mit 17% konstant blieb. Nur 32% der 70jährigen beschrieben sich als frei von Erektionsstörungen.

In den bezüglich des Faktors Alter kontrollierten Daten zeigten sich signifikant höhere Prozentsätze kompletter erektiler Dysfunktionen bei Männern, die wegen Diabetes (28%), Herzkrankheit (39%) und Bluthochdruck (15%) in Behandlung waren, verglichen mit der Gesamtstichprobe (9.6%). Entsprechend waren die Prozentsätze für komplette Impotenz bei Männern, die hypoglykämische Substanzen (26%), antihypertensive Medikamente (14%), Vasodilatoren (36%) und Kardiaka (28%) einnahmen, ebenfalls signifikant erhöht.

Aus ihren Daten errechneten die Autoren, daß ca. 18 Millionen US-amerikanischer Männer im Alter von 40 bis 70 Jahren unter Erektionsstörungen leiden, die daher ein ernsthaftes und quantitativ erhebliches Gesundheitsproblem darstellen. Versucht man, die Daten der MMAS anhand der Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes von 1994 auf bundesdeutsche Verhältnisse zu übertragen, müßte man von Zahlen ausgehen, die zwischen 5 und 8 Millionen aller Männer liegen, davon gut 5 Millionen mit *mittelschwerer oder vollständiger erektiler Dysfunktion*.

Die MMAS-Arbeitsgruppe hat jetzt die ersten prospektiven Daten ihrer Längsschnittuntersuchung vorgestellt (Johannes et al. 2000) und daraus erstmals *Inzidenzraten* für erektile Dysfunktionen berechnet. Die Inzidenzrate betrug insgesamt 26 Fälle pro 1000 Mann-Jahre. Die altersspezifischen Inzidenzraten wurden mit 1.2% für die 40 – 49jährigen, 2.98% für die 50 – 59jährigen und 4.6% für die 60 – 69jährigen berechnet. Für die USA ergeben sich daraus in der Gruppe der 40 – 70jährigen Männer über 600.000 neue Fälle mit erektiler Dysfunktion pro Jahr. Die Inzidenzrate war niedriger bei höherem sozioökonomischen Status und wiederum eng verknüpft mit dem allgemeinen Gesundheitszustand.

In der bislang einzigen bundesdeutschen Studie wurde die Prävalenz und die „Therapiebedürftigkeit“ erektiler Dysfunktionen an einer Stichprobe von knapp 5000 Männern (Alter 30 – 80 Jahre) im Großraum Köln erhoben (Braun et al. 1999). Insgesamt berichteten 19,2% der Männer über das Vorliegen einer Erektionsstörung und 8,5% der Männer sahen diese Dysfunktion subjektiv als behandlungsbedürftig an. Die altersabhängige Prävalenz betrug 10% bei den 40 – 49jährigen (von den Befragten als therapiebedürftig eingeschätzt: 3,7%), 15,4% bei den 50 – 59jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 6,7%), 35% bei den 60 – 69jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 18,4%) und 50% bei den über 70jährigen (als therapiebedürftig eingeschätzt: 33,6%).

Der enge Zusammenhang von Inzidenz und Prävalenz erektiler Dysfunktionen mit dem Lebensalter und dem allgemeinen Gesundheitszustand bringt es mit sich, dass bei einer zunehmend älter werdenden Weltbevölkerung eine deutliche Zunahme dieses Krankheitsbildes und der nachgefragten medizinischen Leistungen vorausgesagt werden muss. Basierend auf Zahlen der UNO haben Aytac et al. (1999) eine Projektion für das Jahr 2025 entworfen: bei einer Zunahme des Anteils der über 65jährigen von derzeit 4,2% auf 9,5% ist mehr als eine Verdoppelung der Zahl erektionsgestörter Männer (berechnet wurden nur mittelgradige und vollständige Dysfunktionen bei Männern über 40) zu erwarten, und zwar von derzeit weltweit 152 Millionen auf 322 Millionen im Jahr 2025. Während die stärksten

Zuwächse in Afrika und Asien zu erwarten sind (+169% bzw. +130%), wird für Europa ein Zuwachs von 39% vorhergesagt. Für Deutschland ergäbe sich daraus ein Zuwachs von derzeit ca. 5 Millionen auf ca. 7 Millionen erektionsgestörter Männer im Jahr 2025.

### Orgasmusstörungen

Die Orgasmusstörungen des Mannes lassen sich unterteilen in den vorzeitigen Orgasmus (Ejaculatio praecox) und die Orgasmushemmung.

Die heute gültige Definition des *vorzeitigen Orgasmus* lautet: Ein anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht. Die wenigen Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben zeigen, daß die Daten zur Prävalenz des vorzeitigen Orgasmus auf einem hohen Niveau schwanken und in neueren US-amerikanischen Stichproben zwischen 25 und 40% der befragten Männer dieses Problem angeben (Rosen & Leiblum 1995).

Im *National Health and Social Life Survey* (NHSLS, Laumann et al. 1994) gaben 29% der befragten Männer an, im vergangenen Jahr mindestens über mehrere Monate das Problem eines vorzeitigen Orgasmus gehabt zu haben. Anders als bei den Erektionsstörungen zeigte sich in der NHSLS-Stichprobe für den vorzeitigen Orgasmus keine Alterskorreliertheit, sondern eine sehr gleichmäßige Prävalenz in den verschiedenen Altersgruppen. Andere, allerdings nicht repräsentative Studien kommen zu Prozentzahlen um die 40% und mehr (Überblick bei Metz et al. 1997), so dass die vorhandenen Daten den Schluß erlauben, daß es sich insgesamt beim vorzeitigen Orgasmus um die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes handelt.

Die Daten aus klinischen Stichproben und aus speziellen Behandlungseinrichtungen, die als ein Indikator für die Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote betrachtet werden können, liegen niedriger als die Prävalenzzahlen aus den nicht-klinischen Stichproben und durchweg unter den Zahlen für die Erektionsstörungen. In der Sexualberatungsstelle der Hamburger Abteilung für Sexualforschung lag der Prozentsatz ratsuchender Männer mit vorzeitigem Samenerguß sowohl Mitte der 70er- als auch Anfang der 90er-Jahre bei ca. 20%, verglichen mit mehr als 60% bei den erektilen Dysfunktionen (Schmidt 1996). In einer englischen Klinik für sexuelle Dysfunktionen war diese Verteilung ganz ähnlich (16% zu 63%; Catalan et al. 1990), während in der sexualmedizinischen Sprechstunde des Universitätsspitals Zürich der Anteil von Patienten mit vorzeitigem Samenerguß zwischen 1980 und 1990 mit 25 bis 30% höher, aber ebenfalls unter dem Anteil erektionsgestörter Männer lag (Buddeberg et al. 1994).

Die *Orgasmushemmung* des Mannes wird definiert als: Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, während einer sexuellen Aktivität, die der Untersucher unter Berücksichtigung des Lebensalters hinsichtlich Intensität, Dauer und Art für adäquat hält. Die wenigen vorliegenden Daten zur Prävalenz des gehemmten männlichen Orgasmus aus nicht-klinischen Stichproben deuten darauf hin, daß diese Problematik nicht so selten ist wie gemeinhin angenommen wird. In der US-amerikanischen NHSLS-Studie (Laumann et al. 1994) gaben ca. 8% der befragten Männer an, innerhalb des zurückliegenden Jahres über einen Zeitraum von mehreren Monaten unter einer „Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen“ gelitten zu haben.

In ihrer Analyse verschiedener Befragungen kamen Nathan (1986) zu einem Prozentsatz von 3 – 4% der „nichtgeriatrischen männlichen Bevölkerung“ und Spector und Carey

(1990) zu einem breiten Range von 1 – 10%. Frenken (1980) kam nach einer Studie an 250 Männern zu dem Resultat, daß 2% seiner Stichprobe eine schwere und weitere 6% eine milde Orgasmushemmung aufwiesen.

In klinischen Stichproben liegt der Anteil männlicher Patienten mit dem Symptom der Orgasmushemmung durchweg zwischen 3 und 8% (s. Dekker 1993; Rosen & Leiblum 1995) und ist damit das seltenste Störungsbild, für das professionelle Hilfe gesucht wird.

### Appetenzstörungen

Sowohl die vorhandenen epidemiologischen Daten als auch die klinischen Erfahrungen und Daten lassen eine Zunahme der Appetenzstörungen bei Männern in den vergangenen zwei Jahrzehnten erkennen. In der Hamburger Sexualberatungsstelle war von Mitte der 70er- bis Mitte der 90er-Jahre ein Zuwachs männlicher Inappetenz von 4% auf 16% (Schmidt 1996) zu verzeichnen, während der Prozentsatz in der sexualmedizinischen Sprechstunde des Universitätsspitals Zürich (Buddeberg et al. 1994) zwischen 1980 und 1990 gleichgeblieben ist, aber immerhin auch bei 12% aller Patienten liegt. In der amerikanischen NHSLS-Repräsentativerhebung von Laumann et al. (1994) berichteten 15% der Männer über ein mangelndes sexuelles Interesse in den zurückliegenden 12 Monaten. Trotz zum Teil deutlicher Prävalenzunterschiede innerhalb der westlichen Industrieländer (Rosen & Leiblum 1995) mit höheren Störungsraten in Nordamerika im Vergleich zu Europa, lassen die Daten den Schluß zu, daß es sich bei männlichen Appetenzstörungen nicht um ein unbedeutendes Randphänomen handelt. Es steht zu erwarten, daß die zunehmende Verwendung wirksamer, oral applizierbarer Medikamente für erektile Dysfunktionen oder auch für den vorzeitigen Orgasmus dazu führen wird, daß die nicht selten hinter den Funktionsstörungen „verborgenen“ Appetenzprobleme deutlicher zutage treten und in der Praxis noch größere Bedeutung gewinnen werden.

## 2.3.2. Die weiblichen Funktionsstörungen

### Appetenzstörungen

Die weiblichen Appetenzstörungen werden in den aktuellen Diagnosesystemen unterteilt in (i) den Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen und (ii) die sexuelle Aversion.

Der *Mangel oder Verlust des Sexualverlangens* schließt sexuelle Befriedigung oder Erregung nicht aus, sondern bedeutet, dass sexuelle Aktivitäten seltener initiiert werden und äußert sich typischerweise in einer Verminderung des Suchens nach sexuellen Reizen, des Denkens an Sexualität mit Verlangen oder Lust sowie der sexuellen Phantasien. Das Interesse an sexuellen Aktivitäten oder Masturbation besteht seltener als nach Alter und Umständen zu erwarten, oder die Häufigkeit ist deutlich gesunken.

Bei der *sexuellen Aversion* ist die Vorstellung von einer sexuellen Partnerbeziehung stark mit negativen Gefühlen verbunden und erzeugt soviel Furcht oder Angst, daß sexuelle Handlungen vermieden werden.

Die vorhandenen Daten aus den letzten 20 Jahren zeigen eindrücklich, dass die Appetenzstörungen bei den Frauen die mit Abstand höchste Prävalenz von allen sexuellen Dysfunktionen in nicht-klinischen wie klinischen Stichproben aufweisen. In der US-amerikanischen NHSLS-Repräsentativstudie (s.o., Laumann et al. 1994) berichteten 33,4% der befragten Frauen über ein mangelndes Interesse an Sexualität und 21,2% gaben an, Sexualität nicht genießen zu können.

Während das mangelnde Interesse keine Alterskorreliertheit aufwies, war die mangelnde Genußfähigkeit in den höheren Altersgruppen (ab 35) geringer ausgeprägt.

In den klinischen Stichproben beklagen gegenwärtig mindestens 30% aller weiblichen Patienten, die um sexualmedizinische Hilfe nachsuchen, einen Mangel an sexueller Motivation oder Sexualverlangen (Kaplan 2000). Rosen et al. (1987) diagnostizierten gehemmtes Sexualverlangen bei annähernd 40% ihrer Sexualpatienten, überwiegend bei den Frauen. Hawton et al. (1986) benannten Prävalenzraten von 37% im Hinblick auf mangelndes Sexualverlangen bei den Patientinnen einer Spezialeinrichtung. In der Sexualambulanz am Uniklinikum Zürich berichteten 23,6 der Patientinnen über einen Appetenzmangel und weitere 12% über eine sexuelle Aversion (Buddeberg 1988). Dass ein Wandel im klinischen Erscheinungsbild der sexuellen Störungen bei Frauen in Richtung Appetenzstörung stattgefunden hat, kann zahlenmäßig kaum deutlicher vermittelt werden als durch die Statistik der Sexualberatungsstelle der Universität Hamburg (Schmidt 1996). Ein Diagnosevergleich zwischen 1975/77 und 1992/94 zeigt, dass sich die Klagen der weiblichen Ratsuchenden über sexuelle Lustlosigkeit von 8% auf 58% erhöhten, während die Klagen über Erregungs-/Orgasmusstörungen von 80% auf 29% sanken.

### **Erregungsstörungen**

Die weiblichen Erregungsstörungen spielen im Unterschied zu ihrem männlichen Pendant, der Erektionsstörung, eine eher untergeordnete Rolle, wobei sich hinter den häufiger diagnostizierten Orgasmusstörungen sowie der Dyspareunie nicht selten Erregungsstörungen verbergen. Die weibliche Erregungsstörung wird heute definiert als ein anhaltendes oder wiederkehrendes Versagen, die Lubrikation und ein Anschwellen der äußeren Genitalien als Zeichen genitaler Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.

In der NHSLS-Repräsentativstudie (Laumann et al. 1994) berichteten 18,8% der Frauen über Probleme mit der genitalen Lubrikation, mit einer etwas höheren Prävalenz bei den postmenopausalen Frauen. Während in einer Befragung in den Niederlanden nur 4% der Frauen Lubrikationsprobleme angaben (Diemont et al. 1996), lag die Prävalenz in einer japanischen Studie deutlich höher und stieg von 11% bei den bis 30jährigen auf 77% bei den 70jährigen an (Sato et al. 1998).

Im klinischen Kontext wurden Erregungsstörungen eher selten als Haupt-Konsultationsgrund diagnostiziert. Buddeberg (1988) stellte bei den Patientinnen der Züricher Beratungsstelle nur 2,4% Erregungsstörungen fest, während Rosen et al. (1993) in einer US-amerikanischen gynäkologischen Ambulanz bei 14% der Frauen Lubrikationsprobleme fanden.

### **Orgasmusstörungen**

Die weibliche Orgasmushemmung wird heute definiert als anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase, wobei die sexuelle Aktivität vom Kliniker hinsichtlich ihrer Zielrichtung, Intensität und Dauer als ausreichend beurteilt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass manche Frauen bei nichtkoitaler Klitorisreizung einen Orgasmus erleben können, diesen jedoch nicht beim Koitus ohne manuelle Stimulation der Klitoris erreichen und dass das bei den meisten dieser Frauen eine normale Variation der weiblichen Sexualreaktion darstellt und die Diagnose einer Orgasmushemmung bei der Frau nicht rechtfertigt. Dennoch handelt es sich bei einigen



dieser Frauen um eine psychische Hemmung, welche die Diagnose rechtfertigt. Diese schwierige Entscheidung wird erleichtert durch eine gründliche sexuelle Abklärung, die auch einen Behandlungsversuch erfordern kann (DSM-IV, 1994).

In der NHSLS-Repräsentativstudie (Laumann et al. 1994) berichteten 24,1% der Frauen über Orgasmusprobleme, wobei die Prävalenz bei den jüngeren Frauen und den postmenopausalen Frauen am höchsten lag. Im Kinsey-Report (1953) gaben 10% der Frauen an, noch niemals in ihrem Leben einen Orgasmus erlebt zu haben und in anderen nicht-klinischen Studien lag die Prävalenz von Orgasmusstörungen (nie oder selten) zwischen 5% und 20% (Spector und Carey 1990).

In den klinischen Stichproben fanden sich ganz ähnliche Zahlen, da auch hier der Anteil der Frauen, die wegen Orgasmusproblemen Rat suchen, zwischen 10% und 37% liegt (Hawton 1982, Buddeberg 1988, Renshaw 1988, Catalan 1990, Schmidt 1996).

### Vaginismus und Dyspareunie

Vaginismus und Dyspareunie bilden die bei Frauen recht häufige Gruppe der Störungen mit sexuell bedingten Schmerzen. Der *Vaginismus* ist dabei definiert als wiederkehrende oder anhaltende unwillkürliche Spasmen der Muskulatur des äußeren Drittels der Vagina, wenn eine vaginale Penetration mit dem Penis, dem Finger, einem Tampon oder einem Spekulum versucht wird.

Zur Prävalenz des Vaginismus in der Allgemeinbevölkerung gibt es kaum Zahlen, da diese Problematik nicht als Extrakategorie erfasst wurde. In klinischen Stichproben bewegt sich der Anteil Frauen mit diesem Symptom zumeist zwischen 10 und 15% und erscheint recht konstant (Masters und Johnson 1970, Spector und Carey 1990, Schmidt 1996, Heiman und Meston 1997, Leiblum 1998).

Die *Dyspareunie* wird heute definiert als wiederkehrende oder anhaltende genitale Schmerzen, die mit dem Geschlechtsverkehr einhergehen, wobei die Symptomatik nicht ausschließlich durch Vaginismus oder eine zu geringe Lubrikation verursacht und nicht besser durch eine andere psychische Störung, Substanzgebrauch oder eine körperliche Erkrankung erklärbar sein soll.

In der NHSLS-Studie (Laumann et al. 1994) berichteten 14% über Schmerzen beim Sexualverkehr, während die Prävalenz in einer älteren Studie (Schover 1981) bei 8% lag. In klinischen Stichproben schwankt der Anteil der Frauen, die wegen dieses Problems Hilfe suchen, zwischen 3 und 17% (Hawton 1982, Buddeberg 1988, Renshaw 1988, Catalan et al. 1990, Spector und Carey 1990), wobei zu berücksichtigen ist, dass viele betroffene Frauen keine Spezialeinrichtungen aufsuchen, sondern ihren Haus- oder Facharzt um Hilfe bitten.

### 2.3.3. Zusammenfassung

Wenngleich die epidemiologischen Daten zu den sexuellen Funktionsstörungen (mit Ausnahme der erektilen Dysfunktionen) noch nicht den zu fordernden Standards entsprechen, lassen die vorhandenen Zahlen den Schluss zu, dass sexuelle Dysfunktionen sehr häufige, alle Altersgruppen und Männer wie Frauen betreffende Gesundheitsprobleme sind. In der derzeit zuverlässigsten Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, der US-amerikanischen National Health and Social Life Survey (NHSLS-Studie, Laumann et al. 1994), gaben insgesamt 43% der Frauen und 35% der Männer an, im Jahr vor der Befragung unter einer signifikanten, mindestens mehrere Monate bestehenden sexuellen Dysfunktion gelitten zu haben. Bei den Frauen stellen Probleme der sexuellen Appetenz sowohl

in der Allgemeinbevölkerung als auch im klinischen Bereich die mit Abstand bedeutsamste Dysfunktion dar, während bei den Männern die Störung mit der höchsten Prävalenz, der vorzeitige Orgasmus (Ejaculatio praecox), viel seltener zur Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen führt als die Erektionsstörung, die deshalb und aufgrund ihres engen Zusammenhangs zu anderen Krankheitsbildern (Diabetes, Hypertonus, KHK, neurologische Krankheiten) die klinisch bedeutsamste Störung des Mannes darstellt. In Deutschland ist derzeit von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer auszugehen; aufgrund der Alterskorreliertheit wird diese Zahl bis zum Jahr 2025 auf mindestens 7 Millionen Männer ansteigen.

#### 2.4. Sexuelle Funktionsstörungen und Lebensqualität

Die Beziehung von sexueller Gesundheit und sexuellen Störungen zur Lebensqualität ist erst in den letzten Jahren breiter aufgegriffen worden. Beflügelt wurde diese Entwicklung durch die zunehmende Beachtung der Lebensqualität in den klinischen Studien zur Überprüfung neuer Medikamente für erektile Dysfunktionen. Mehr und mehr scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass die therapeutische Zielsetzung nicht nur auf eine reine Symptombeseitigung und Wiederherstellung der sexuellen Funktion beschränkt sein darf, sondern sexuelle Gesundheit in einem breiteren Verständnis und speziell in ihrer Bedeutung für die allgemeine und sexualbezogene Lebensqualität als Zielgröße im Mittelpunkt stehen sollte. Die Ergebnisse der vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Beziehung von Sexualität und Lebensqualität begründen diese Akzentverschiebung schon heute nachdrücklich.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit besteht (Fugl-Meyer et al. 1997, McCabe 1997, Litwin et al. 1998, Ventegodt 1998, Benkert 1999). Einige wichtige Resultate dieser Untersuchungen:

- Personen, die nicht sexuell aktiv sind, haben eine deutlich niedrigere Lebensqualität, wobei dieser Zusammenhang von dem Fehlen eines geeigneten Sexualpartners mitbestimmt wird.
- Männer mit Sexualstörungen haben im Vergleich mit *nicht funktionsgestörten* Männern erhebliche Einbußen in den emotionalen, sozialen und sexuellen Qualitäten von Intimität und Paarverbundenheit und die sexuelle Dysfunktion ist bei Ihnen assoziiert mit einem Zusammenbruch der emotionalen und sexuellen Nähe in der Partnerschaft, einer Verminderung des gegenseitigen Austauschs sowie einem Rückgang der Teilnahme an sozialen und Freizeitaktivitäten.
- Auch bei den Frauen beeinflussen sexuelle Probleme zahlreiche Lebensaspekte und sind verbunden mit einer verminderten Leistungsfähigkeit und einer verminderten Befriedigung im interpersonalen, beruflichen und emotionalen Bereich. Dabei scheint es den Frauen weniger als den Männern zu gelingen, die sexuellen Probleme etwa durch eine „Flucht in die Arbeit“ zu kompensieren bzw. zu verdrängen.
- In den klinischen Studien führte eine Reduktion der sexuellen Symptomatik zu signifikanten Verbesserungen der Lebenszufriedenheit sowie der seelischen Gesundheit, speziell zu Veränderungen von Ängsten, Depressionen, der interpersonalen Sensibilität und Selbstachtung.

Die enge Beziehung zwischen sexueller Gesundheit und Lebensqualität ist eine wichtige empirische Untermauerung für eine stärkere Gewichtung dieses Bereichs in unserem Ge-

sundheitssystem und zeigt, dass Sexualmedizin sich nicht mit einem Randbereich, sondern mit einem zentralen Erlebens- und Verhaltensbereich des Menschen beschäftigt.

## 2.5. Daten zum Behandlungsbedarf und zur Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Ähnlich wie zur Inzidenz und Prävalenz liegen auch zum Behandlungsbedarf und zur tatsächlichen Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei sexuellen Funktionsstörungen bislang nur wenige zuverlässige Zahlen vor, so dass Entscheidungen wie etwa zur Erstattungsfähigkeit oral wirksamer Medikamente für erektile Dysfunktionen sich weitgehend auf vage Schätzungen stützen mussten. Die in diesem Zusammenhang erstmals offen erfolgte Konfrontation des Gesundheitswesens mit den Kosten sexueller Störungen dürfte dazu führen, dass die Datenlage sich mittelfristig verbessern wird.

Betrachtet man zunächst die Dimension *der subjektiv empfundenen Behandlungsbedürftigkeit*, so lassen die vorhandenen Daten eine mehr oder minder stark ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und der subjektiv angegebenen Behandlungsbedürftigkeit bzw. dem Therapiewunsch erkennen. In der Studie von Dunn et al. (1998) in England hatten von den 34% der Männer und den 41% der Frauen, die eine sexuelle Störung angaben, 64% der Männer und 44% der Frauen den Wunsch, diese Störung behandeln zu lassen. In der Kölner Untersuchung zur Prävalenz erektiler Dysfunktionen (Braun et al. 1999) betrachteten sich weniger als die Hälfte der Männer, die über eine Erektionsstörung berichteten, als therapiebedürftig, wobei diese Quote mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt (auf über zwei Drittel bei den über 70jährigen Männern). Für die hier zu Tage tretende Diskrepanz sind nach dem gegenwärtigen Stand der Kenntnisse zwei Variablenbündel verantwortlich:

(1) Der Leidensdruck ist bei einem Teil der Patienten mit sexuellen Dysfunktionen nicht so ausgeprägt bzw. so ambivalent, dass kein konkreter Behandlungswunsch entsteht. Einem Teil der Betroffenen gelingt ein Arrangement, das Sexualität trotz Funktionsproblemen weiter ermöglicht. Solche Arrangements finden sich am ehesten bei den männlichen und weiblichen Orgasmusstörungen, während es bei den Erregungs- bzw. Erektionsstörungen seltener gelingt. Der Behandlungswunsch bei Appetenzstörungen ist dagegen oft mit einer großen Ambivalenz verbunden und der Leidensdruck eher „extern“ (Drängen des Partners, Angst vor Beziehungsabbruch). Zu diesem Variablenkomplex ist auch der Umstand zu rechnen, dass ein derzeit nicht genau quantifizierbarer Anteil der Störungen passagerer Natur ist bzw. es zu sog. Spontanremissionen kommt. In allen Überlegungen und Berechnungen ist daher ein sexuelles *Problem* von einer tatsächlichen sexuellen *Störung* zu unterscheiden, für deren Definition allerdings heute klare, operationalisierte Kriterien vorliegen (DSM-IV, NIH-Konsensus-Konferenz, ISIR-Kriterien), die auch den hier gemachten Ausführungen zugrunde liegen.

(2) Als noch bedeutsamer für die Erklärung der Diskrepanz zwischen der Prävalenz sexueller Dysfunktionen und dem Therapiewunsch wird heute ein zweites Variablenbündel angesehen, das sich aus *Hemmungen und Kenntnisdefiziten* über Behandlungsmöglichkeiten auf Seiten der Betroffenen und den *unzureichenden Versorgungsangeboten* auf Seiten der Medizin bzw. Sexualtherapie zusammen setzt. So machen Dunn et al. (1998) für die geringe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen 4 Gründe verantwortlich: (a) Hemmungen auf Seiten der Patienten; (b) mangelnde Kenntnisse, dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt; (c) Vorkommen und Bedeutung von Sexualstörungen werden von der Ärzteschaft unter-

schätzt und (d) Berührungsängste und mangelnde Fachkenntnisse bei den Ärzten. Diese Erklärungen werden von den Ergebnissen der MORI-Studie (Corrado 1999) eindrucksvoll bestätigt, in der in 10 Ländern verschiedener Erdteile (darunter auch in Deutschland) Daten zur Einstellung gegenüber erektilen Dysfunktionen und zur Behandlung(sbedürftigkeit) erhoben wurden. 83% der (über 40jährigen) Männer sind danach noch niemals von ihrem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen worden und 84% hatten ihrerseits ihren Arzt noch niemals auf dieses Thema angesprochen. Diese Situation verdeutlicht sich auch daran, dass 66% der befragten deutschen Männer (mehr als in allen anderen Ländern) die erektile Dysfunktion als das Gesundheitsproblem ansehen, für das sie mit der geringsten Wahrscheinlichkeit ihren Arzt um Rat fragen würden. Gleichzeitig wünscht sich eine Mehrzahl der Männer, dass ihr Arzt sie auf ihre sexuelle Gesundheit anspricht und mehr als die Hälfte glaubt, dass ein offener Umgang mit diesem Thema ihnen persönlich helfen kann und entstigmatisierend wäre.

Betrachtet man nun die wenigen vorliegenden Zahlen zur *tatsächlichen Inanspruchnahme* medizinischer Dienstleistungen für sexuelle Dysfunktionen, so zeigen Zahlen aus den USA, dass 1985 525.000 ambulante Arztkontakte wegen erektiler Dysfunktionen berechnet wurden, das sind 0.2% aller ambulanten Arztbesuche. Aus diesen Zahlen und den Prävalenzdaten der MMAS ergibt sich nach Shabsigh (1996), dass jährlich zwischen 2.6 und 5.2% der betroffenen Männer professionelle Hilfe suchen. 1986 wurde in Deutschland eine Befragung in 189 Allgemeinpraxen und 71 internistischen Praxen zur Behandlung von Erektionsstörungen durchgeführt (Zentgraf und Iffländer 1987). Im Durchschnitt sahen die befragten Ärzte 3 Patienten mit Erektionsstörungen pro Quartal, woraus sich errechnen ließ, dass seinerzeit 120 000 Patienten pro Quartal ihren Arzt wegen dieser Problematik konsultierten. Berücksichtigt man allerdings, dass auch in dieser Studie 75% der Ärzte angaben, ihre Patienten nicht aktiv auf diesen Bereich anzusprechen und dass hier nur die Erektionsstörungen erfasst wurden, lässt sich das Ausmaß der Unterversorgung abschätzen, das sich im übrigen auch aus der englischen Studie von Dunn et al. (1998) ablesen lässt, in der nur 12% der männlichen und 8% der weiblichen Patienten tatsächlich professionelle Hilfe für ihre sexuelle Dysfunktion gefunden hatten.

Insgesamt ist nach gegenwärtiger Datenlage davon auszugehen, dass etwa die Hälfte der subjektiv identifizierten sexuellen Dysfunktionen als subjektiv und objektiv behandlungsbedürftige Störungen einzuschätzen sind. Dabei steigt der Grad der Behandlungsbedürftigkeit mit zunehmendem Lebensalter an.

## 2.6. Die Angebotsseite

Welche wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahren liegen heute vor und wer ist in der Lage, sie anzuwenden?

Zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen liegen heute verschiedene Therapieverfahren vor. Auch auf der Angebotsseite gilt, dass die Datenlage – besonders bezüglich der Langzeitstabilität der Therapieeffekte – noch unbefriedigend ist und dass für die männlichen Störungen ein sehr viel breiteres Repertoire an Therapieoptionen zur Verfügung steht. Mit der von Masters und Johnson (1970) begründeten und seitdem kontinuierlich weiter entwickelten *Sexualtherapie* liegt seit längerer Zeit ein gut erprobtes und effektives Behandlungsverfahren vor, das nicht nur bei den im engeren Sinn psychogen bedingten Funktionsstörungen gute Erfolge aufweisen kann. Der *Grundansatz* der Sexualtherapie ist *paar- und erfahrungsorientiert, zielgerichtet* und *zeitbegrenzt* und kombiniert verhaltensthera-

peutische, psychodynamische und systemische Elemente. Das bevorzugte Setting ist die Paartherapie und es werden selten mehr als 25 Therapiesitzungen abgehalten. Die Daten zur Effizienz der Sexualtherapie (Übersicht bei Beier et al. 2001) zeigen, dass bei ca. 2/3 der Patienten(paare) nach Therapieende eine signifikante Symptomverbesserung erzielt werden kann. Prognostische Faktoren für einen Therapieerfolg sind: (1) Der sozioökonomische Status, (2) die Qualität der Paarbeziehung, (3) das sexuelle Interesse der Partnerin und (4) eine frühe Mitarbeit an der Therapie. Betrachtet man die Behandlungseffektivität bei den verschiedenen Störungsbildern, dann zeigen die vorliegenden Studien, dass bei den Frauen der Vaginismus und die primären Orgasmusprobleme durchweg gute Therapieerfolge aufweisen, während die (stärker beziehungsgebundenen) sekundären Orgasmusprobleme und vor allem die Appetenzprobleme eine schlechtere Prognose haben. Bei den Männern ist die Erfolgsquote zum Zeitpunkt des Therapieendes für die sekundären Erektionsstörungen und den vorzeitigen Orgasmus gut, für die primären Erektionsstörungen und die Orgasmushemmung dagegen deutlich schlechter. Die bislang nur wenigen langfristigen Follow-Up-Studien (Arentewicz & Schmidt 1993, De Amicis et al. 1985, Hawton et al. 1986) zeigen allerdings, dass es gerade beim vorzeitigen Orgasmus, bei den sekundären Erektionsstörungen und bei Paaren mit Appetenzproblemen zu Symptomverschlechterungen und Rückfällen kommt, die Langzeitstabilität der sexualtherapeutisch erzielten Veränderungen also unzureichend ist. Bemerkenswert ist dabei allerdings, dass die Sexualtherapie die sexuelle Zufriedenheit langfristig zu verbessern scheint, selbst wenn die sexuelle Funktionsfähigkeit sich wieder leicht verschlechtert. Auch in der großen Psychotherapie-Evaluation von Grawe und Mitarbeitern (Grawe et al. 1994) wird der Sexualtherapie eine recht gute, aber ausgesprochen differentielle Wirksamkeit bescheinigt.

Eine verkürzte und kompakte Form der Sexualtherapie ist die *Sexualberatung*. Sexualberatung versucht im Rahmen einer zeitbegrenzten und zielorientierten therapeutischen Beziehung durch die Vermittlung von Informationen, die Korrektur von Lerndefiziten und verzerrten Vorstellungen und durch die gezielte Anregung zur Verhaltensmodifikation sexuelle Probleme zu beheben und sexuelle Störungen zu verhindern. Die vorliegenden Erfahrungen (Buddeberg 1995, Hoyndorf et al. 1995) lassen den Schluss zu, dass etwa jedem 3. bis 4. Patienten mit einer Sexualberatung effektiv geholfen werden kann.

Wissenschaftlich anerkannte und effektive *somato-medizinische Therapieoptionen* liegen heute lediglich für die Erektionsstörungen des Mannes vor. Von den verschiedenen Behandlungsansätzen (Übersicht bei Stief, Hartmann et al. 1999, Beier et al. 2001) sind heute die oral wirksamen Medikamente, von denen in Deutschland bislang nur das Sildenafil (Viagra®) für diese Indikation zugelassen ist, die am häufigsten eingesetzte und den Patientenwünschen am stärksten entsprechende Therapieform. Sildenafil ursprünglich zur Therapie der Koronarinsuffizienz entwickelt, ist ein spezifischer Inhibitor des Phosphodiesterase-5-Isoenzym. Sildenafil konnte in einer Reihe klinischer Studien seine Wirksamkeit unter Beweis stellen; an unselektierten Patientenkollektiven liegt die Ansprechrate bei ca. 50% (Steers 1998).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die orale Gabe von Sildenafil bei der Mehrheit der erektionsgestörten Patienten – unabhängig von der Störungsursache – wirksam ist. Kritisch anzumerken ist jedoch das noch nicht ausreichend definierte Nebenwirkungspotential von Sildenafil, insbesondere bezüglich kardiologischer und ophthalmologischer Aspekte in der Langzeitanwendung. Von Kardiologenverbänden sind allerdings inzwischen Kontraindikationen und Behandlungsrichtlinien publiziert worden. Mit zuneh-

mender Erfahrung mit diesem therapeutischen Ansatz wird es wahrscheinlich zu einer genaueren Identifizierung von bestimmten Patientengruppen kommen, die besser als andere für diese Therapieoption geeignet sind. Weiterhin ist mit der Entwicklung weiterer, spezifischerer und selektiverer Substanzen mit verbessertem Wirkungs-Nebenwirkungsprofil zu rechnen.

Die Markteinführung von Sildenafil hat dazu geführt, dass auch zahlreiche Patienten mit psychogen oder „gemischt“ psychogen-somatogen verursachten Erektionsstörungen mit dieser Therapieoption behandelt werden, bei denen jedoch das Therapieverfahren der Wahl die Sexualtherapie wäre, die – anders als die orale Medikation – eine kausale Therapie ist und eine dauerhafte Heilung oder Symptomverbesserung bewirken kann. Dieser Umstand begründet eine *erhebliche Fehlversorgung*, die auch unter Kostengesichtspunkten (wenngleich Viagra® derzeit noch nicht erstattungsfähig ist) zu betrachten ist, da eine Sexualtherapie von 25 Sitzungen Kosten von ca. DM 3.000 verursacht, was etwa einem Einjahresbedarf Viagra® (110 Tabletten à DM 27,-) entspricht.

Die unbefriedigende Versorgungslage im Bereich der sexuellen Dysfunktionen wird also einerseits von den zum Teil noch nicht ausreichend erprobten und differenzierten Therapieoptionen geprägt, mehr aber noch von der völlig unzureichenden Anzahl sexualmedizinisch qualifizierter Ärzte und Psychologen. Vor allem bezüglich Sexualberatung und Sexualtherapie besteht derzeit ein eklatantes Unterangebot. Die steigende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die durch die Verfügbarkeit oral wirksamer Medikamente bedingte Verschiebung in den primärärztlichen Bereich machen verbesserte Weiterbildungs- und (curricular fundierte und zertifizierte) Qualifizierungsangebote dringend erforderlich (s. unten).

## 2.7. Schlussfolgerungen

Sexuelle Funktionsstörungen sind aufgrund ihrer hohen Prävalenz und ihrer Folgewirkungen auf Lebensqualität und Partnerbeziehung *ernsthafte Gesundheitsprobleme*. In Erhebungen an repräsentativen Bevölkerungsstichproben berichten jeder dritte Mann und zwei Fünftel aller Frauen über sexuelle Dysfunktionen, von denen etwa die Hälfte als behandlungsbedürftige Störungen anzusehen sind. In Deutschland muss nach den vorliegenden Zahlen von ca. 5 Millionen erektionsgestörter Männer ausgegangen werden und die Anzahl von Frauen mit signifikanten sexuellen Funktionsstörungen liegt nach zuverlässigen Schätzungen ebenfalls in dieser Größenordnung. Da nach heutigem Kenntnisstand sexuelle Funktionsstörungen oftmals ein *Frühsymptom von Körperkrankheiten* (Hypertonie, KHK, Diabetes, neurologische Krankheiten) sind, ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung besonders wichtig. Diesem Gebot steht derzeit noch eine ausgeprägte Unterversorgung gegenüber, die dazu führt, dass sexuelle Dysfunktionen als *in hohem Maße unterdiagnostizierte und untertherapierte Störungsbilder* anzusehen sind. Es ist davon auszugehen, dass weniger als die Hälfte der betroffenen Personen eine adäquate, qualifizierte Behandlung erhalten. Dabei besteht sowohl eine *Unterversorgung* als auch eine *Fehlversorgung*, da sexuelle Funktionsstörungen überwiegend mit somatomedizinischen Therapieoptionen (v.a. mit oral wirksamen Medikamenten) behandelt werden, während kausal und dauerhaft wirksame Verfahren wie Sexualberatung und Sexualtherapie sehr viel seltener zum Einsatz kommen. Angesichts der viel zu geringen Anzahl sexualmedizinisch/sexualtherapeutisch qualifizierter Ärzte und Psychologen besteht dringender Bedarf nach entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus gilt es, das Therapieangebot – gerade für die

weiblichen Störungen – zu verbessern und integrative, psycho-somatische und paarorientierte Optionen zu entwickeln und zu erproben. Niederschwellige Präventionsangebote sind aufzubauen, da gegenwärtig Behandlungen überwiegend erst nach einer langen Chronifizierungsphase stattfinden. Schließlich sollte der Primärarzt auch in diesem Bereich eine ausreichende Qualifikation besitzen, um ein Case-Management zu leisten, das dem Patienten einer fachgerechten, individuell angepassten Behandlung zuführt und so Kosten sparen kann.

### 3. Sexualstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung

#### 3.1. Vorbemerkung

Praktisch alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patienten, bei denen es durch eine Erkrankung oder die Behandlung dieser Erkrankung zur Ausbildung einer Sexualstörung kommen kann, deren *Krankheitswertigkeit* im DSM-IV (APA 1994) durch *eigene Diagnosenummern* auch anerkannt ist („Sexual dysfunction due to a general medical condition“: z. B. 607.84 „Male erectile disorder“, 625.8 „Female hypoactive sexual desire disorder“ etc.). Sexualmedizinisch bedeutsam sind dabei vor allem die in der folgenden Übersicht aufgeführten *Erkrankungen*.

#### Sexualmedizinisch bedeutsame Erkrankungen

- ↳ Kardiovaskuläre Erkrankungen, wobei Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkt und Hypertonie im Vordergrund stehen
- ↳ Endokrinologische und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus
- ↳ Gynäkologische Erkrankungen, insbesondere chronisches Unterbauchschmerzsyndrom, Vulvodynie, Puritus genitalis, Fluor vaginalis
- ↳ Schwere Allgemeinerkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen
- ↳ Erkrankungen des Bewegungsapparates, z.B. Arthritis oder Lupus erythematoses
- ↳ Urogenitale Erkrankungen und Fehlbildungen
- ↳ Operative Eingriffe im Abdominal-, Becken- und Urogenitalbereich
- ↳ Neurologische Erkrankungen, insbesondere die neuropsychiatrischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson aber auch neurologisch bedingte Behinderungen
- ↳ Psychiatrische Erkrankungen, einschließlich der Angststörung und Depression sowie auch psychiatrisch bedingter Behinderungen sowie Suchterkrankungen, wie insbesondere die Alkoholabhängigkeit

Die Übersicht verdeutlicht zugleich, dass in großem Umfang Ursachen sexueller Störungen in der Behandlung selbst liegen können:

- ↳ Operative Eingriffe, die zu Wundschmerzen sowie Schmerzen bei der Kohabitation durch operationsbedingte Lageveränderungen innerer Organe oder Verwachsungen (z. B. nach Darmoperation) führen; gleichfalls unmittelbare anatomische Schädigungen von Genitalorganen, z. B. nach Penisteilamputationen.
- ↳ unmittelbare physiologische Schädigungen der Genitalorgane, z. B. mangelnde Lubrikation nach Strahlentherapie des Beckens.

- Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung. In Betracht kommen insbesondere
  - a) Kardiovaskulär wirkende Pharmaka, die teils auf periphere Neurotransmissionsmechanismen wirken, teils (auch) zentrale Wirkungen haben;
  - b) Psychopharmaka mit primärer Wirkung auf die cerebrale Neurotransmission, aber unterschiedlichen peripheren Begleiteffekten;
  - c) Verschiedenartige Pharmaka mit endokrinen Wirkungen, sei es durch Prolaktinerhöhung, Beeinträchtigung der Testosteronbiosynthese, erhöhter Testosteronbindung oder als komplexe Folge von Rezeptorenblockaden.

### 3.1.1. Psychische Auswirkungen

Besonders zu beachten sind darüber hinaus stets auch die psychosozialen Belastungen von Erkrankungen, die erheblichen Einfluß auf die sexuelle/partnerschaftliche Beziehung haben können:

- Veränderungen von Körperfunktionen oder Körperbild, welche die Sexualität indirekt beeinflussen und ein negativ verändertes Selbstwertgefühl sowie eine subjektiv abnehmende Attraktivitätsbewertung zur Folge haben können; z. B. nach Mammaresektion, Anlage eines Stomas bei Inkontinenz etc.
- Auswirkungen auf die Zeugungsfähigkeit, z. B. nach Hysterektomie oder Kastration, die zu einer Verunsicherung und Entwertung der männlichen und weiblichen Identität führen können.
- Fehlvorstellungen, z. B. hinsichtlich des vermeintlichen Risikos sexueller Aktivitäten bei Zustand nach Herzinfarkt.
- Gegenseitige Fehlvorstellungen hinsichtlich der sexuellen Wünsche des Partners.

## 3.2. Epidemiologie

Zu den verschiedenen Erkrankungen und Behandlungsoptionen, die mit einer sexuellen Störung verbunden sein und die Lebensqualität der Betroffenen reduzieren können, gibt es in der Regel nur allgemeine epidemiologische Daten, die den einschlägigen Veröffentlichungen entnommen werden können. Empirische Untersuchungen zur *Prävalenz* von krankheits- oder behandlungsbedürftigen Sexualstörungen fehlen weitgehend. Es kann aber aufgrund klinischer Erfahrungen und erster Daten zu ausgewählten Krankheitsbildern davon ausgegangen werden, dass in der Beratung und Behandlung von krankheits- und behandlungsbedingten Sexualstörungen eine *gravierende Unterversorgung* besteht. Es ist davon auszugehen, dass aufgrunddessen die Ressource „Partnerschaft und Sexualität“ zur Verbesserung der Lebensqualität nicht genutzt wird; ferner kann vermutet werden, dass die erhöhte partnerschaftliche Unzufriedenheit ihren Abfluß in anderen psychosomatischen Symptombildungen findet. Dies soll im folgenden beispielhaft bei Morbus Parkinson dargestellt werden:

### 3.2.1. Beispiel: Morbus Parkinson

Morbus Parkinson ist eine chronische Erkrankung des höheren und zunehmend auch des mittleren Lebensalters, an der in Deutschland über 250 000 Menschen leiden. Die Schwere der Erkrankung variiert sehr stark und reicht von geringen Einschränkungen der Beweglichkeit bis zu einer massiven Behinderung. Die vier kardinal klinischen Symptome sind Hypo- oder Akinesie (verlangsamte und verarmte Körperbewegung), Muskelstarrheit (Ri-



gor), Ruhetremor („Geldzählertremor“) und Verschlechterung der aufrechten Balancehaltung mit Gangunsicherheit und Sturzneigung.

Grund für diese vielfachen Symptome ist ein Dopaminmangel vornehmlich in einer Gruppe von Hirnkernen (Basalganglien), die für die Bewegungsabläufe enorme Bedeutung haben. Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung existieren aber zwei Dopaminrezeptorfamilien und insgesamt fünf Dopaminrezeptoren mit unterschiedlicher Verteilung in verschiedenen Gehirnstrukturen. Dies erklärt die außerordentlichen Erschwernisse bei der medikamentösen Behandlung des Morbus Parkinson und die völlig unterschiedlichen, z. T. entgegengesetzten Auswirkungen der gleichen Substanzen bei verschiedenen Betroffenen. Schon theoretisch lassen sich Auswirkungen auf die Sexualität durch drei bedeutsame *Dopaminsysteme* herleiten: Die Basalganglien und damit verbunden Einschränkungen der Beweglichkeit, Dopaminerge Verschaltungen mit dem Hypothalamus-Hypophysen-System (dem Hauptkontrollzentrum der endokrinen Drüsen) und Verbindungen zwischen dem Mittelhirn, dem Großhirn und dem sog. limbischen System (Einfluß auf Gefühle und Wahrnehmungen). Einen weiteren wichtigen Einflußfaktor auf die Sexualität stellen ferner die *parkinsonspezifischen Medikamente* selbst dar (Levodopa-Präparate, Dopamin-Agonisten, Enzymhemmer und Amantadine sowie Anticholinergika). Hinzu kommen *mögliche Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen* anderer Erkrankungen, welche Parkinson-Betroffene – nicht zuletzt aufgrund ihres höheren Alters – haben können: Hierzu zählen insbesondere Herz-Kreislauf-, Nieren sowie Stoffwechselerkrankungen. Schließlich kann durch die Behandlung von Begleiterscheinungen des Morbus Parkinson – z. B. depressive Verstimmungen, die medikamentös therapiert werden – noch ein weiterer substanzbedingter Einflußfaktor gegeben sein, der sich negativ auf das sexuelle Erleben und Verhalten auswirkt.

### 3.2.2. Auswirkungen auf Sexualität und Partnerschaft

Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen bei M. Parkinson schwanken zwischen 35 % und 80 %, was an der fehlenden Operationalisierung der Variable „Funktionsstörung“ liegen dürfte – ein systematischer Fehler, der in der nachfolgend vorgestellten Untersuchung durch die Orientierung an der Kriteriologie des DSM-IV (APA 1994) vermieden wurde.

In einer aktuellen Studie des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité (Diss. Boxdorfer 2000; Diss. Lüders i.Vorb.; Lüders et al. 1999) wurden alle 12 000 Mitglieder der Deutschen Parkinsonvereinigung (dPV) und ihre Partner befragt. Insgesamt 2 099 Betroffene (davon 330 Frauen und 1 008 Männer, die sich in einer Partnerschaft befanden) füllten die Fragebögen aus. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag etwa bei 65 Jahren und die durchschnittliche Partnerschaftsdauer bei 37 Jahren. Etwa zwei Drittel waren berentet und die Betroffenen waren im Durchschnitt ca. 10 Jahre an Morbus Parkinson erkrankt.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war eine *starke Zunahme sexueller Funktionsstörungen* seit der Diagnosestellung Morbus Parkinson festzustellen. (nach den Kriterien des DSM-IV und nur als Störung gewertet, wenn eine funktionelle Beeinträchtigung in Verbindung mit subjektivem Leidensdruck und Unzufriedenheit angegeben wurde). Bei den betroffenen Männern war dieser Anstieg besonders auffällig: Während vor Diagnosestellung weniger als 10 % eine Appetenz-, Erregungs- oder Orgasmusstörung beklagten, waren dies seit Diagnosestellung 50 %. Bei den Frauen betrug der Anstieg von ca. 10 %, die eine Funktionsstörung vor Diagnosestellung angaben, bis zu 30 % seit Diagnosestellung.

Besonders eindrucksvoll war, dass auch bei den Partnern/innen der betroffenen Parkinson-Patienten/innen ein signifikanter Anstieg von sexuellen Funktionsstörungen festzustellen war und bei allen Betroffenen und allen Partnern eine starke Abnahme der sexuellen Zufriedenheit: Während vor Diagnosestellung ungefähr 90 % der Befragten mit ihrer Sexualität zufrieden waren, sank dieser Prozentsatz seit Diagnosestellung auf unter 60 %.

Die Betroffenen gaben vor allem *parkinsonspezifische Symptome* als maßgeblich für die Beeinflussung ihrer Sexualität an. Dies gilt sowohl für die betroffenen Frauen als auch für die Männer, wobei die Frauen etwas häufiger auch die Auffassung vertraten, dass bei ihnen Depressionen und Angst zu einer Veränderung ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens beigetragen haben könnten.

Etwa ein Drittel der betroffenen Frauen und zwei Drittel der Männer sahen ein Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und Veränderung ihrer Sexualität. Bei den Levodopa-Präparaten wurde vor allem Madopar genannt, bei den direkten Dopaminagonisten Pergolid (Parkotil) sowie Bromocriptin (Pravidel, Kirim). Auffällig war aber, dass ein und dieselbe Substanzgruppe bei den Betroffenen für fast alle sexuellen Funktionen sowohl eine Abnahme als auch eine Zunahme oder auch gar keine Veränderung bewirken konnte, wobei auch noch eine geschlechtstypisch unterschiedliche Verteilung der Zuordnung auffiel: So führen Levodopa-Präparate beispielsweise bei Männern in etwa zwei Dritteln der Fälle zu einer Abnahme der sexuellen Erregung und Orgasmusfähigkeit, aber nur bei einem Drittel der Frauen. Die meisten Frauen berichten sogar über eine Zunahme von Erregung und Orgasmusfähigkeit unter Levodopa-Präparaten. Auch innerhalb der einzelnen Substanzgruppen fallen bemerkenswerte Unterschiede auf: Lisurid (Dopergin) führte beispielsweise bei etwa 50% der Frauen, die eine Veränderung ihrer Sexualität bemerkten, zur Abnahme des sexuellen Verlangens, bei den Männern lag der entsprechende Prozentsatz lediglich bei 25 %. Hinsichtlich der *partnerschaftlichen Situation* wird sowohl von den Männern als auch von den Frauen angegeben, dass der Austausch von Zärtlichkeiten, die Mitteilung von Empfindungen wie überhaupt die Kommunikation seit der Diagnosestellung abgenommen hatten, wobei der Wunsch nach einer gemeinsamen Gestaltung des Alltags aber unvermittelt fortbestand, und zwar sowohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Partnern; bei beiden kam es auch zu einer Zunahme von Erwartungsängsten, d.h. der Befürchtung, den Erwartungen des Partners nicht gerecht werden zu können.

Die Ergebnisse der Befragung von Parkinsonbetroffenen machen deutlich, dass bei bestehender Unzufriedenheit über die sexuelle und/oder partnerschaftliche Situation folgende Veränderungsmöglichkeiten mit dem Paar besprochen werden können:

1. eine Beeinflussung der parkinsonspezifischen Symptome
2. eine Umstellung der aktuellen Medikation (wobei selbstverständlich nicht gemeint ist, dass die sexuelle Symptomatologie zum Leitmotiv der Parkinsonmedikation erhoben werden soll, sondern lediglich ein Aspekt unter vielen anderen sein kann)
3. eine Verbesserung der partnerschaftlichen Kommunikation (z. B. Klärung gegenseitiger Vorstellungen)
4. der Einsatz von Hilfsmitteln oder Medikamenten zur Behandlung sexueller Funktionsstörungen (z. B. sofern keine Kontraindikationen bestehen bei Erektionsstörungen auch der Einsatz von Sildenafil, vgl. Brewer et al. 1998).

Das derzeitige Ausmaß der *Unterversorgung* wird daran deutlich, dass mehr als 80% der Morbus-Parkinson-Betroffenen den Wunsch nach Verbesserung der Versorgung bei sexuellen Schwierigkeiten äussern.

## 4. Geschlechtsidentitätsstörungen

### 4.1. Vorbemerkungen – Begriffsbestimmung und Problemlage

„Transsexualismus“ ist als Krankheitsbegriff in die medizinische Terminologie relativ spät – erstmals im ICD-9 (1975) - eingeführt worden. Im derzeit gültigen ICD-10 (WHO 1993) wird er im Kapitel F6 (Persönlichkeitsstörungen) unter dem Abschnitt „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64) unter der Nummer F 64.0 aufgeführt:

„Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlechts einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen.“ (WHO 1993: 241).

Aus den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 für Transsexualismus ergibt sich, daß die transsexuelle Identität mindestens 2 Jahre durchgehend bestehen muss, nicht Symptom einer anderen psychischen Störung sein darf und ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschomosomalen Anomalien ausgeschlossen sein muss. Der Operationswunsch ist eine *conditio sine qua non* für die Diagnosevergabe. Besteht er nicht, soll die Diagnose F64.1 „Transvestismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen“ (F64.1) gegeben werden. Die Abgrenzung zum fetischistischen Transvestitismus (F65.1) wird durch das Fehlen sexueller Erregung beim Cross-dressing angegeben.

Diese strenge Abgrenzung, die von einer monolithischen Entität des Transsexualismus ausgeht, ist mittlerweile verlassen worden: Das aktuelle DSM-IV (APA 1996) verwendet den Begriff gar nicht mehr, sondern beschreibt unter der Nummer 302.85 (bei Adoleszenten und Erwachsenen) bzw. 302.6 (bei Kindern) im Abschnitt „Sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Geschlechtsidentität“ die „*Gender Identity Disorders (GID)*“ (Geschlechtsidentitätsstörungen).

Diagnostische Merkmale für *Geschlechtsidentitätsstörung* bei Jugendlichen und Erwachsenen nach DSM-IV (302.85):

A. Ein starkes und andauerndes Zugehörigkeitsgefühl zum anderen Geschlecht (d.h. nicht lediglich das Verlangen nach irgendwelchen kulturellen Vorteilen, die als mit der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht verbunden empfunden werden). [...]

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie geäußertes Verlangen nach Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht, häufiges Auftreten als Angehöriger des anderen Geschlechts, das Verlangen, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben oder behandelt zu werden oder die Überzeugung, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes aufzuweisen. [...]

B. Anhaltendes Unbehagen im Geburtsgeschlecht oder Gefühl der Person, daß die Geschlechtsrolle dieses Geschlechts für sie nicht die richtige ist.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen manifestiert sich das Störungsbild durch Symptome wie das Eingenommensein von dem Gedanken, die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden (z.B. Nachsuchen um Hormone, Operation oder andere Maßnahmen, welche körperlich die Geschlechtsmerkmale so verändern, daß das Aussehen des anderen Geschlechts simuliert wird) oder der Glaube, im falschen Geschlecht geboren zu sein.

C. Das Störungsbild ist nicht von einem somatischen Intersex-Syndrom begleitet.

D. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder beeinträchtigt in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. (APA 1996: 609-610).

Der Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung ist somit ein mögliches, jedoch kein zwingendes Kriterium zur Vergabe der Diagnose.

## 4.2. Epidemiologie

Die Angaben über die Häufigkeit von Geschlechtsidentitätsstörungen insgesamt variieren außerordentlich stark in Abhängigkeit von zugrundegelegten definitiven Begrenzungen des Störungsbildes, verwendeten Erhebungskriterien und Untersuchungsland. Sie werden um so höher sein, je niedriger die diagnostische Schwelle ist (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Prävalenzraten des Transsexualismus in verschiedenen Ländern. Nach Osburg & Weitze (1993: 103, Lit. s. dort)

Autor	Land	TS Total	MFT*	FMT*	Ratio MFT/FMT
Wållinder (1967b)	Schweden	1 : 54.000	1 : 37.000	1 : 103.000	2,8 : 1
Pauly (1968)	USA		1 : 100.000	1 : 400.000	4 : 1
Hoenig & Kenna (1974)	England	1 : 53.000	1 : 34.000	1 : 108.000	3,2 : 1
Ross et al. (1981)	Australien	1 : 42.000	1 : 24.000	1 : 150.000	6,1 : 1
Tsoi (1988)	Singapur	1 : 2.900	1 : 9.000	1 : 27.000	
Bakker et al. (1993)	Niederlande		1 : 11.900	1 : 30.400	70-80%
Osburg & Weitze (1993)	BRD (bis 1990)	1 : 42.000 bzw. 1 : 48.000	1 : 36.000 bzw. 1 : 42.000	1 : 94.000 bzw. 1 : 104.000	2,3 : 1 bzw. 2,2 : 1

\* MFT = Mann-zu-Frau-Transsexuelle; FMT = Frau-zu-Mann-Transsexuelle

Für Deutschland liegen Angaben zur 10-Jahresprävalenz nach den gerichtlichen Entscheidungen zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung gemäß dem *Transsexuellengesetz* vor (Osburg & Weitze 1993). Demnach betrug für die Jahre 1981 bis 1991 die Prävalenz von transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen in der Bundesrepublik ca. 2,1 auf 100.000 der erwachsenen Wohnbevölkerung. Bei biologischen Männern war sie mehr als doppelt so häufig wie bei biologischen Frauen. Diese Zahlen stellen Mindestangaben dar, da nicht sicher festgestellt werden kann, daß alle Transsexuellen auch die gesetzlichen Regelungen in Anspruch nehmen. Aus dem oben Gesagten folgt, daß die Zahl der Geschlechtsidentitätsstörungen insgesamt bei weitem (mutmaßlich um eine Zehnerpotenz) höher liegt. Insgesamt kann aufgrund empirischer Daten und klinischer Erfahrungen die Prävalenz behandlungsbedürftiger (inklusive transsexueller) Geschlechtsidentitätsstörungen auf ca. 15 bis 20 zu 100.000 der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik geschätzt werden.

## 4.3. Behandlungsbedarf und Behandlungsoptionen

Ärzte und psychologische Psychotherapeuten werden im wesentlichen aufgrund folgender Fragestellungen mit transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen konfrontiert:

1. Die Patienten wenden sich an sie mit der Bitte um Beratung, zunehmend aber auch mit der Forderung nach Einleitung einer hormonellen und operativen Geschlechtsumwandlung.
2. Ärzte stellen die Indikation zur hormonellen und/oder operativen Geschlechtsumwandlungsbehandlung und führen diese – bei entsprechender Spezialisierung – auch durch.
3. Sie werden von den zuständigen Amtsgerichten als Gutachter nach dem *Transsexuellengesetz* bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als Gutachter für die Kostenübernahme der Transformations-OP herangezogen.

Für die Frage nach *objektivem und subjektivem Behandlungsbedarf* ergeben sich folgende Probleme

1. „*Transsexualismus*“ ist in der Regel zunächst eine selbstgestellte Diagnose des Patienten. Es gibt kein einzelnes „objektives“ Kriterium – keinen Laborwert und keinen psychometrischen Test – für die Irreversibilität einer Geschlechtsidentitätstransposition im Sinne eines „*Transsexualismus*“.

2. Die vermeintliche Alternative „*Psychotherapie versus Operation*“ ist falsch: Alle Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörung benötigen psychotherapeutische Begleitung, bei einigen kann nur die hormonelle und operative Geschlechtsumwandlungsbehandlung eine dauerhafte Minderung des Leidensdruckes herbeiführen.

3. Nicht bei jeder *Geschlechtsidentitätsstörung* ist die Indikation zur *Geschlechtsumwandlungsbehandlung* gegeben. Sie kann nur im Ergebnis eines längerwährenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses (*ex juvantibus*) gestellt werden. Die Irreversibilität der Rollen- transposition ist eine der Voraussetzungen zur Indikation für eine Umwandlungs- behandlung. Dabei kommt dem mindestens einjährigen *Alltagstest* (s.u.) eine entscheidende Bedeutung bei der Sicherung der Diagnose zu.

4. Bei jeder *Geschlechtsidentitätsstörung* ist die Indikation zur psychotherapeutischen Be- handlung/Begleitung gegeben (Bosinski 2000). Tatsächlich besteht aber gegenwärtig die überaus starke Tendenz der Patienten, eine psychotherapeutische Behandlung abzulehnen bzw. zu umgehen, da sie meinen, daß nur die „Umwandlung“ ihnen helfen könne. Dabei werden die Patienten oft von Selbsthilfegruppen bestärkt.

5. Ein Verschleppen der Behandlung, ein Vertrösten des Patienten ohne tatsächliche Hilfsangebote zum Ausloten seines tiefgreifenden Lebenskonfliktes mit ihm gemeinsam kann letztlich letale Folgen für Patienten haben, da viele in der „Umwandlung“ die letzte lebbar- e Möglichkeit sehen. *Autoaggressionen, Automutilationen und Suizide* sind bei Pati- enten mit Geschlechtsidentitätsstörung nachweislich erhöht (Lit. i. Überblick bei Beier et al. 2001).

6. Andererseits kann aber auch *ein vorschnelles Einleiten* weitgehend irreversibler kör- perverändernder Maßnahmen ohne ausreichende diagnostisch-therapeutische Abklärung deletäre Konsequenzen – bis hin zum Rückumwandlungsbegehren – haben.

Als zunehmend problematisch erweist sich, dass ein „transsexuelles Umwandlungsbegeh- ren“ offenbar verstärkt als vorgebahnte Lösungsschablone für übergreifende Identitätskon- flikte zu funktionieren scheint, so daß zunehmend Patienten mit derartigen Wünschen vor- stellig werden, bei denen zwar eine Geschlechtsidentitätsstörung i.w.S. vorliegt, es aber unklar ist, ob diese Störung tatsächlich nur – wie die Patienten es dringend wünschen – mit- tels irreversibler, eingreifender und auch kostenträchtiger hormoneller und operativer „Um- wandlungsbehandlung“ adäquat behandelbar ist.

#### 4.4. Schlußfolgerungen

Aufgrund dieser Entwicklung haben die sexualmedizinischen/sexualwissenschaftlichen Fachgesellschaften 1997 leitlinienartige „*Standards der Behandlung und Begutachtung Transsexueller*“ erarbeitet (s. Becker et al. 1997).

Deren Anwendung scheitert jedoch gegenwärtig an der unzureichenden Anzahl adäquat se- xualmedizinisch qualifizierter Diagnostiker und Therapeuten, d.h. es besteht sowohl eine Unter- als auch eine Fehlversorgung:

↳ Der *psychotherapeutischen Begleitung* kommt eine zentrale Bedeutung in Diagnostik und Therapie transsexueller Geschlechtsidentitätsstörungen zu. Die Psychotherapie von Pati- enten mit Geschlechtsidentitätsstörungen gehört in die Hand eines Therapeuten, der psy-

chodiagnostische, psychopathologische und psychotherapeutische Kompetenzen durch eine möglichst sexualmedizinisch fokussierte Ausbildung (s. Vogt et al. 1995; Beier 1999) erworben hat und mit den Problemen der Geschlechtsidentitätsstörungen auf dem aktuellen Kenntnisstand vertraut ist. Darüber hinaus sollte er bereit und fähig sein, sich mit dieser oft sehr problematischen Patientengruppe helfend zu befassen, d.h. weder überidentifizierend noch deren Wunsch nach Umwandlung innerlich generell ablehnend. In der Ausbildung der Psychotherapeuten kommt die Diagnostik und Therapie sexueller und geschlechtlicher Störungen jedoch nicht oder nur unzureichend vor (i.e. *Unterversorgung*).

➤ Gegenwärtig wird die Indikation zu und Einleitung von *irreversiblen körperverändernden Behandlungsmaßnahmen* häufig von Ärzten vorgenommen, die mit der Materie unzureichend bis gar nicht vertraut sind, in der sicherlich wohlmeinenden Annahme, daß das möglichst schnelle Bedienen der vehement vorgetragenen Patientenwünsche in deren Interesse wäre (i.e. *Fehlversorgung*).

➤ Die von der Akademie für Sexualmedizin initiierten postgradualen berufsbegleitenden Curricula (s.u.) werden hier erst mittelfristig eine Abhilfe schaffen können.

## 5. Paraphilien und Sexualdelinquenz

### 5.1. Vorbemerkung

Die Terminologie ist hier unübersichtlich. Die Bezeichnungen in den internationalen Klassifikationssystemen sind unterschiedlich, decken sich aber inhaltlich weitgehend. Im ICD-10 (WHO 1993) lautet der Oberbegriff *Störung der sexuellen Präferenz* und im DSM-IV (APA 1994) *Paraphilie* – ein alter Begriff aus der Anfangsphase der Sexualwissenschaft. Unter die *Paraphilien* fallen nach Kriterium A des DSM-IV „über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Phantasien, sexuell dringhafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen“, die sich beziehen können

1. auf nichtmenschliche Objekte (Fetischismus, Sodomie),
2. auf Leiden oder Demütigung, Schmerz oder Erniedrigung seines Partners oder seiner selbst (Masochismus, Sadismus),
3. auf Kinder (Pädophilie) oder nicht einwilligende oder einwilligungsfähige Personen.

Nicht alle *Paraphilien* sind dementsprechend also als sexuell übergriffig einzustufen und mit einem Sozialversagen verbunden (z. B. der Fetischismus oder die mit partnerschaftlichem Einverständnis praktizierte Kopro- oder Urophilie – sexuelle Erregung in Verbindung mit Urin oder Kot), wobei das DSM-IV das Ausmaß der partnerbezogenen Dysfunktionalität grundsätzlich unbestimmt läßt. Phantasien und Impulse gelten – wie bereits ausgeführt – dann als paraphil, wenn unübliche sexuelle Aktivierungsmuster im Erleben soviel Raum einnehmen, daß die Person entsprechend handelt oder unter ihnen leidet – das Leid der anderen ist hierin nicht enthalten. Nach Kriterium B (für die Diagnose „Paraphilie“ entsprechend DSM-IV) wird lediglich gefordert, dass „das Verhalten, die sexuell dringhaften Bedürfnisse oder Phantasien in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ führen müssen. Aus sexualmedizinischer Sicht besonders wichtig sind hingegen gerade diejenigen Handlungen, die durch den sexuellen Übergriff auf einen anderen Menschen dessen Integrität und Individualität direkt verletzen – Handlungen überdies, für die keine Zustimmung des Betroffenen vom Täter vorausgesetzt werden kann, weshalb sie (und das ist die soziale Beeinträchtigung) ein Verfehlen der kollektiven Partnererwartungen zum Ausdruck bringen.

## 5.2. Epidemiologie

Zur Prävalenz der Paraphilien gibt es keine epidemiologischen Zahlen; die Erfahrungen aus klinischen Arbeitszusammenhängen zeigen aber, daß von einem großen Dunkelfeld ausgegangen werden muß (so auch die Einschätzung der Expertenkommission im DSM-IV). Ebenfalls schlecht abschätzen läßt sich der Anteil der mit sexuellen Übergriffen verbundenen Paraphilien, da in der Kriminalstatistik (genauso wie die Dunkelfeldberechnung) auch diejenigen Täter enthalten sind, die aus verschiedenen Problemstellungen heraus (z.B. Persönlichkeitsstörungen, starke Intelligenzminderung, Adoleszenzkrise) einen sexuellen Übergriff begangen haben, aber keine Paraphilie aufweisen.

Gleichwohl wird aus kriminalstatistischen Daten der Versorgungsbedarf abschätzbarer, zumal auch nicht-paraphile Sexualdelinquenten einer Betreuung bedürfen können.

Da für juristische Laien die Gesetzestexte oft intransparent erscheinen und auch für den Experten kaum erkennen lassen, was strafbar oder erlaubt ist, sollen in der Tab. 3 die ab 1998 gültigen Sexualstraftatbestände in systematischer Reihenfolge des Strafgesetzes, die in ihrer Unübersichtlichkeit nur strafrechtshistorisch zu erklären ist, aufgeführt werden, jedoch nur mit den (lediglich bis 1997 auch für die Strafverfolgungsstatistik) vorliegenden Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und der Strafverfolgungsstatistik (SVS) des Jahres 1997 (allerdings jeweils mit dem Anteil weiblicher Tatverdächtiger und Verurteilter).

Die „klassischen“, d.h. für Diagnostik und Therapie wichtigsten Sexualdelikte des sexuellen Mißbrauches von Kindern (§§ 176, 174), weiterhin die der sexuellen Aggressionen (§§ 177, 178) und des Exhibitionismus (§§ 183, 183a) machen nicht nur den größten Anteil (ca 70%) der Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung aus, sondern werden zu annähernd 99% von Männern an Frauen und Kinder begangen. Nur bei den Prostitutions- und Pornographiedelikten tauchen in nennenswertem Umfang Täterinnen auf (z.B. ist in der Gruppe der Zuhälter und Bordelliers der Frauenanteil nicht unerheblich), so dass der Anteil der nach dem 13. Abschnitt des StGB verurteilten Frauen insgesamt etwa 7% beträgt.

Die in den Kriminalstatistiken festgestellte Sexualkriminalität wird beeinflusst durch:

- ↳ den Gesetzgeber (Erhöhung des Strafmaßes, Entkriminalisierung oder Neueinordnung von Sexualstraftatbeständen, Verjährung)
- ↳ durch die Rechtsprechung (verschärfte Strafzumessung, Einzeltatschuld statt Fortsetzungszusammenhang, Einstellungen nach §§ 153/153a StPO) und nicht zuletzt
- ↳ durch den vorherrschenden Zeitgeist (Anzeigebereitschaft, kollektive Emotionalisierung, gesellschaftliche Ausgrenzung, Betonung des Opferschutzes).

Ohne Frage ergibt sich aus dem Dunkelfeldproblem, d.h. den nicht angezeigten sexuellen Übergriffen, ein erheblicher Unsicherheitsfaktor. Von den Kriminalstatistiken, die eben nur Anzeige-, Ermittlungs- und Verurteiltenstatistiken sind – aber keine Realitätsstatistiken –, können daher keine sicheren Erkenntnisse, aber faktenbezogene Orientierungswerte erwartet werden. Die in der Öffentlichkeit unkritisch lancierten Multiplikationsfaktoren von 10 bis 30 entbehren jedenfalls einer empirischen Grundlage. Es bleibt hier aber die ergänzende Orientierung mittels Erhebungen an repräsentativen Stichproben, bei denen die Befragten rückblickend über bisherige Mißbrauchserfahrungen in ihrem Leben berichten. Auch wenn bei dieser Erfassungsmethodik ebenfalls davon ausgegangen werden muß, daß manche der Befragten aus vielerlei Gründen sich nicht über tatsächlich erlebte sexuelle Übergriffe äußern können oder wollen, weisen neuere Daten (Wetzels 1997) darauf hin, daß (unter Einbeziehung auch exhibitionistischer Handlungen) etwa 20 % der Frauen im Laufe ihres Lebens Opfer von sexuellen Übergriffen sind. Die Differenzierung nach einmaligen und

länger anhaltenden Übergriffen zeigt eine Tendenz zur Einmaligkeit bei extrafamiliären Sexualstraftaten, während die innerfamiliären eher Wiederholungstaten sind. Männer sind zu etwa 5 % Opfer von sexuellen Handlungen gewesen.

**Tabelle. 3:** Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. 13. Abschnitt des StGB; Straftatbestände in aktueller gesetzlicher Reihenfolge mit absoluten Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und der Strafverfolgungsstatistik (SVS) des Jahres 1997 mit Anteilen der jeweils weiblichen Tatverdächtigen und Verurteilten

	§§ STGB	Fälle	TV	davon weiblich TV	Verurteilte	davon weibliche Verurteilte
Sexueller Missbrauch						
➤ von Schutzbefohlenen (leibl. u. adopt. Kinder)	174	1.950	1.627	112	126	7
➤ von behördlich Verwahrten	174a					
➤ unter Ausnutzung einer Amtsstellung	174b					
➤ von Schutzbefohlenen bei Beratung oder psychotherapeutischer Behandlung.	174c	Erst seit 1998 in Kraft: Daten liegen noch nicht vor				
Sexueller Missbrauch von Kindern (Schwerer Missbrauch von Kindern) mit Todesfolge	176 176a 176b	16.888	9.166	343	2686	11
Vergewaltigung	177	6.636	5.071	41	1321	11
sexuelle Nötigung (früher § 178)	178	5.343	3.724	56	982	9
sex. Missbrauch Widerstandsunfähiger	179	641	550	16	110	1
Förderung sex. Hdlg. Minderjähriger	180	228	221	37	28	4
Förderung der Prostitution	180a	1.187	1.264	389	172	69
Menschenhandel	180b	1.091	1.228	239	184	37
Schwerer Menschenhand.	181					
Zuhälterei	181a	784	748	147	170	45
sex. Missbrauch Jugendlicher (unter 16 Jahren; früher „Verführung“)	182	1.266	915	28	82	2
Exhibitionismus	183	10.352	3.535	27	988	4
Erregung öffentlichen Ärgernisses	183a					
Pornographie	184	5.052	3.940	325	493	40
Prostitution	184a, b	1707	statistisch nicht ausgewiesen		290	273
Insgesamt		53.135	30.902	2.613	7.632	548

Aus diesen Zahlen lassen sich bei rund 800.000 Geburten pro Jahr in Deutschland und einer Opferrelation von 80 % weiblichen und 20 % männlichen Kindern jährlich etwa 40.000 mißbrauchte Mädchen und 10.000 mißbrauchte Jungen als realitätsorientierter Annäherungswert errechnen.



### 5.3. Behandlungsoptionen

Bei der Therapie reicht das Spektrum der Interventionen von sexualpädagogischen Maßnahmen und sexualmedizinischen Interventionen bis hin zur Anwendung psychotherapeutischer Verfahren ggf. in Kombination mit medikamentösen Optionen.

#### 5.3.1. Interventionen mit sexualpädagogischem Schwerpunkt

Steht das Sexualdelikt im Zusammenhang mit einer *adoleszenten Reifungskrise*, dann sind supportive Therapiemaßnahmen sinnvoll, welche eine besondere Gesprächsmöglichkeit für sexuelle Themen bieten und eher *sexualpädagogisch* orientiert sind.

Gerade sexuell unerfahrenen Jugendlichen, die sich als typologische Beschreibung sowohl bei der Deliktgruppe Vergewaltigung/sexuelle Nötigung als auch beim sexuellen Kindesmißbrauch finden, aber auch nicht wenigen erwachsenen (keineswegs nur intelligenzgeminderten) Sexualstraftätern aller Deliktgruppen müssen basale Kenntnisse über die Anatomie der Genitalorgane, über den sexuellen Reaktionszyklus bei Mann und Frau, über Fortpflanzung und Verhütung vermittelt werden, um Fehlvorstellungen über Sexualität und Partnerschaft zu korrigieren.

#### 5.3.2. Interventionen mit sozial-stützendem Schwerpunkt

Ein supportives Vorgehen mit sozial-stützendem Schwerpunkt bietet sich vor allem bei den *stark intelligenzgeminderten (schwachsinnigen) Tätern* an – wobei zusätzlich und zeitlich begrenzt der Einsatz von Antiandrogenen (s.u.) erwogen werden kann -, nicht zuletzt um den meist bestehenden sozialen Bezugsrahmen zu bewahren und einer stets drohenden Desintegration vorzubeugen. Der Anteil stark intelligenzgeminderter Täter unter den Sexualdelinquenten liegt zwischen 25 und 30 % mit einer gewissen Häufung bei den Deliktgruppen Vergewaltigung/sexuelle Nötigung und sexueller Mißbrauch von Kindern.

#### 5.3.3. Interventionen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt

Unter den *psychotherapeutischen Behandlungsmethoden* sind sowohl die konfliktzentrierten Verfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) als auch lerntheoretische Verfahren (Verhaltenstherapie) von Bedeutung, während erlebnisorientierte Verfahren (z. B. Gestaltpsychotherapie) kaum Anwendung finden. Einen gewissen Stellenwert haben noch Mischformen wie z. B. die Gesprächstherapie nach Rogers. Die bisherigen empirischen Behandlungsergebnisse verhaltenstherapeutischer oder psychoanalytisch orientierter Therapieverfahren sind wegen der (sehr kurzen) Katamnesezeiten und dem fehlenden Kontrollgruppendesign wenig aussagekräftig. Die im ambulanten Bereich angebotenen Therapieverfahren hängen weitaus mehr von der Persönlichkeit und dem Ausbildungsstand des Therapeuten/der Therapeutin als von einer Indikation für das entsprechende Verfahren ab.

Wenig verbreitet ist insgesamt darüber hinaus die mögliche Applikation von Antiandrogenen.( s. u.) . Auch aus psychotherapeutischer Sicht können diese dann eine sinnvolle zusätzliche therapeutische Option darstellen, wenn sie sexuelle Impulse entdynamisieren helfen und dadurch für den Patienten alternative Strategien der Konfliktbewältigung erst wahrnehmbar werden, somit also günstigere Voraussetzungen für einen Zuwachs an verhaltenskontrollierenden Ich-Funktionen geschaffen werden. Für diesen Zuwachs bedarf es dann aber der Psychotherapie, weshalb eine alleinige Gabe von Antiandrogenen obsolet ist (vgl. z. B. Petri 1980).

Ein ernstes Problem ist allerdings, dass bei der psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern neben den Erschwernissen der Therapiemotivation der Betroffenen oft genug auch noch ungesicherte Rahmenbedingungen besonders beachtet werden müssen. So ist der Schutzraum der Schweigepflicht häufig gefährdet, weil Dritte (Gericht, Bewährungshilfe etc.) Einblick in den therapeutischen Prozeß nehmen möchten und den Therapeuten für ihre prognostische Einschätzungen benutzen wollen. Praxisrelevante Hinweise zu den Möglichkeiten der Absicherung von Rahmenbedingungen forensischer Psychotherapien liegen seit einiger Zeit mit den „Sankelmarker Richtlinien“ (vgl. Beier und Hinrichs 1995) vor.

#### 5.3.4. Interventionen mit sexualmedizinischem Schwerpunkt

Bei einer überraschend hohen Anzahl von Sexualstraftätern (ca. einem Drittel) liegen *sexuelle Funktionsstörungen* vor, für deren Diagnostik und Therapie es einer speziellen sexualmedizinischen Kompetenz bedarf (Unterscheidung von primären vs. sekundären, generalisierten vs. situativen Appetenz-, Erregungs- oder Orgasmusstörungen unterschiedlicher Genese), zumal in nicht wenigen Fällen spezielle apparative Untersuchungen erforderlich sein können.

Es entspricht klinischen Erfahrungen in der forensischen Sexualmedizin, dass bei Sexualstraftätern meist die größte Therapiebereitschaft für die Behandlung der sexuellen Funktionsstörungen besteht und über dieses Symptom ein günstiger Einstieg für die Therapie des eigentlichen Sexualkonfliktes gegeben sein kann. Zu den Behandlungstechniken spezieller sexualmedizinischer Interventionen gehört die Einbeziehung der Partnerin für eine anzustrebende Paartherapie.

#### 5.3.5. Zusätzliche somatische Therapieoptionen

Eine Rolle spielen (auch im internationalen Schrifttum, vgl. Bradford 1997) vor allem die Antiandrogene, LHRH-Analoga und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, während chirurgische Interventionen (z. B. die Kastration) – nicht zuletzt aufgrund der genannten medikamentösen Optionen – ohne nennenswerte praktische Relevanz sind.

##### Antiandrogene (Cyproteronacetat, LHRH-Analoga)

Im deutschsprachigen Raum wird die steroidale Verbindung *Cyproteronacetat* (Handelsname: Androcur) von den verfügbaren Medikamenten bei der Behandlung sexueller Verhaltensabweichungen sicher am häufigsten verschrieben. Cyproteronacetat verdrängt das männliche Geschlechtshormon Testosteron von den Rezeptoren in den Zielorganen (periphere Wirkung) und hemmt zugleich die Androgen-Biosynthese aufgrund von Wirkmechanismen im Gehirn (zentrale Wirkung).

Wie Doppelblindstudien gezeigt haben, kommt es bei richtiger Dosierung des Medikaments (Hohe Anfangsdosen um die Rezeptoren zu besetzen; Erhaltungsdosis: 300-600mg i.m. alle 2 Wochen oder 50-100mg per os; intramusculäre Verabreichung ist aufgrund der geringeren Leberbelastung immer vorzuziehen) in den meisten Fällen zu einem Rückgang von sexueller Appetenz, Erektions- und Orgasmusfähigkeit, während Zärtlichkeits- und Zuwendungsbedürfnis sogar zunehmen. Nur bei wenigen Patienten erzielen – möglicherweise aufgrund androgenunabhängiger Erregungen in den Rezeptorarealen (z. B. bei Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung oder nach Schädel-Hirn-Trauma; vgl. Laschet 1990) – auch hohe Dosen von Antiandrogenen kaum Effekte. Als mögliche Nebenwirkungen müs-

sen vor allem Müdigkeit, Konzentrations- und muskuläre Leistungsabschwächung, Gynäkomastie und Gewichtszunahme genannt werden. Es versteht sich von selbst, dass solche Nebenwirkungen vor allem von Patienten hervorgehoben werden, die sich innerlich mit diesem Behandlungskonzept nicht einverstanden fühlen. Dies sollte erneut Anlaß sein, die Indikation sorgfältig zu prüfen. Regelmäßige Kontrollen (etwa alle 2 bis 3 Monate) des Routinelabors, insbesondere der Transaminasen (Leberbelastung!), sind während der Behandlung erforderlich. Die Wirkung von Cyproteronacetat kann durch Alkoholkonsum abgeschwächt, ja aufgehoben werden. In seltenen Fällen kann es nach Einnahme von Cyproteronacetat zu Thrombosen kommen, die dann zum Absetzen des Medikaments zwingen. Alternativ kommen die (zur Behandlung von Männern mit sexuellen Verhaltensabweichungen in Deutschland bislang noch nicht zugelassenen) *LHRH-Analoga* in Frage (z. B. Triptorelin, Handelsname Decapeptyl), das einmal monatlich intramuskulär verabreicht werden muß. Durch die vielfachen Erfahrungen mit der chemischen Kastration von Männern mit Prostatakarzinom können sie kontrolliert und sicher eingesetzt werden. Pharmakologisch kommt es nach anfänglicher Stimulierung der Gonadotropinsekretion zu einem Verlust von LHRH-Rezeptoren an den gonadotropinsynthetisierenden Zellen der Hypophyse; dieses Phänomen wird als „receptor down regulation“ bezeichnet. Die Folgen sind eine verminderte LH-Sekretion und damit verbunden eine deutliche Reduzierung der testikulären Androgenbiosynthese. Nach Behandlungsbeginn kommt es allerdings initial zu einer vermehrten Testosteronausschüttung, weshalb eine 6wöchentliche zusätzliche Antiandrogengabe (Cyproteronacetat) erforderlich ist, um den „hot flushes“, die im Zusammenhang mit erhöhten Testosteronspiegeln auftreten können, vorzubeugen. Bei LHRH-Analoga ist im übrigen die Gefahr einer irreversiblen Schädigung der Leydig'schen Zwischenzellen im Hoden höher als bei der Verwendung von Cyproteronacetat, bei dem bisher von einer Reversibilität der Auswirkungen auf die Spermatogenese ausgegangen wird. Daher ist es erforderlich, vor Beginn einer Behandlung mit Antiandrogenen ein Spermogramm zu machen, um später auftretende Fertilitätsstörungen beurteilen zu können. Darüber hinaus ist eine genaue Aufklärung über Sinn und Zweck der Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsprogramms erforderlich. Diese ist zu dokumentieren und durch Unterschrift vom Patienten zu bestätigen.

In Deutschland fehlen noch einschlägige Behandlungserfahrungen mit LHRH-Analoga bei sexuellen Verhaltensabweichungen. Bisher vorgelegte Studien sind aber eher ermutigend (vgl. Seifert 2000).

### Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Über die zunehmende Nutzung der für die Behandlung von Depressionen und Angst entwickelten *Serotonin-Wiederaufnahmehemmern* zum Zwecke der Minderung sexueller Impulsivität informiert die Literaturübersicht von Gijs und Gooren (1996). Im Vordergrund steht dabei Fluoxetin (Handelsname Fluctin), das die Konzentration des Überträgerstoffes Serotonin im Gehirn an den Synapsen der Nervenzellen erhöht und dadurch modulierend in die Affektentwicklung eingreift. Durch die langsamere Anflutung von Gefühlszuständen – so die Überlegung – entsteht mehr Zeit, um (psychotherapeutisch aufgebaute) alternative Bewältigungsstrategien in Gang zu setzen. Die Ergebnisse müssen aber bisher – aufgrund der geringen Fallzahlen und überwiegend unkontrolliert durchgeführten Studien – als vorläufig und ungesichert gelten. Wenn man berücksichtigt, dass die Einflußnahme auf die sexuelle Appetenz, Erregbarkeit und die Orgasmusfähigkeit nicht so gravierend und außer-

dem leberschonender ist als bei den Antiandrogeneren, handelt es sich hierbei durchaus um eine mögliche Ergänzung im Gesamtbehandlungsplan. Dazu kommt, dass die antidepressive Wirkungskomponente in manchen Fällen zusätzlich sehr willkommen sein kann.

#### **5.4. Angebotsseite**

Grundsätzlich gilt, dass die Behandlung sexueller Störungen vom Therapeuten ein besonders hohes Maß an kritischer (und selbstkritischer) Auseinandersetzung mit der menschlichen Geschlechtlichkeit und den Möglichkeiten erfolversprechender therapeutischer Interventionen verlangt. Hierfür sind nicht nur theoretische Kenntnisse erforderlich, sondern auch praktische Fertigkeiten, die sich über spezielle Ausbildungen erwerben lassen und Elemente umfassen, die sich in keinem anderen Fort- oder Weiterbildungsangebot finden (themenzentrierte Selbsterfahrung; Supervision sexualmedizinischer Diagnostik und Behandlung). Hinzu kommen die Besonderheiten (z. B. der Übertragungs-Gegenübertragungsproblematik) in der Behandlung von Menschen mit sexuellen Verhaltensabweichungen (insbesondere Sexualstraftätern), die schnell dazu führen können, dass anfangs gutwillige und engagierte Therapeuten/innen nach ersten Enttäuschungen und Frustrationen nicht mehr bereit sind, diese Patienten in Therapie zu übernehmen.

Von großer Wichtigkeit ist es schließlich, auch die Möglichkeiten der somatischen Therapie in die Überlegungen miteinzubeziehen. Diese sind leider bei nicht wenigen Behandlern/innen negativ besetzt, was dazu führen kann, dass sie dem Patienten pauschal als ungeeignete Therapieformen geschildert werden und entsprechend Chancen ungenutzt bleiben können.

#### **5.5. Schlußfolgerungen**

Für die medizinische Versorgung im Rahmen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung muß zunächst darauf hingewiesen werden, dass Verhaltensabweichungen gemäß den Psychotherapierichtlinien eine Psychotherapieindikation begründen können. Selbstverständlich sind aber neben der Therapiebedürftigkeit (z. B. bei einer Pädophilie) Fragen der Therapiefähigkeit (z. B. bei einer Intelligenzminderung) und der Therapiemotivation (z. B. bei fehlendem Veränderungsmotiv und Signalisieren von Therapiebereitschaft nur aufgrund erhoffter günstiger juristischer Beurteilungen) mit zu berücksichtigen. Geschätzt wird man daher bei den jährlich verurteilten 4500 Sexualdelinquenten im engeren Sinne nur zur Hälfte eine Therapieindikation stellen können. Hinzu kommen nach Erfahrungen der klinischen Einrichtungen mindestens dreimal so viel noch nicht strafverfolgte behandlungsmotivierte Betroffene (bei denen eine Indikation gestellt werden könnte), so dass ein Behandlungsbedarf in Deutschland für jährlich 10 000 männliche Betroffene zugrunde gelegt werden muß. Der zeitliche Umfang der Behandlungsmaßnahmen wird zwischen 20 und 150 Stunden liegen. Für die Therapie der meisten Täter (ca. 80 %) ist eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation neben spezieller sexualmedizinischer Kompetenz erforderlich. Diese Qualifikation weisen in Deutschland maximal 50 Therapeuten/innen auf, die wiederum zum größten Teil nicht schwerpunktmäßig mit Sexualstraftätern befaßt sind. In Deutschland dürften darüber hinaus ca. 200 psychotherapeutisch tätige Kollegen/innen zur Behandlungsübernahme bereit sein, ohne dass sie eine spezielle sexualmedizinische Kompetenz aufweisen und über die Schwierigkeiten und Gefahren einer unzureichenden Behandlung genügend informiert sind, z. T. aber auch die medikamentösen Behandlungsoptionen nicht selber nutzen können (ca. 75 % davon sind psychologische Psychotherapeuten/innen). Es ist aus diesen Gründen auf dem Gebiet der Paraphilien und Sexualdelin-

quenz von einer *eklatanten Unterversorgung* auszugehen. Der größte Teil der in Deutschland versorgten Patienten ist wegen der nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft fehlenden Kenntnisse auf Therapeutenseite und der aufgrund von mangelndem Wissen über medikamentöse Wirkungen unterbleibenden medikamentösen Behandlung *fehlversorgt*.

## 6. Sexualmedizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von 36 Medizinfakultäten in der Bundesrepublik Deutschland ist lediglich an 4 Universitätsklinika (Berlin, Frankfurt, Hamburg, Kiel) die Sexualmedizin als eigenständiges Fach mit entsprechenden Lehrangeboten und einschlägiger Forschung vertreten. Zur Behebung eines ähnlich gravierenden und dem Bedarf in der Patientenversorgung zuwiderlaufenden Mangels in der Weiterbildung werden seit 1997 berufsbegleitende Kurse zur sexualmedizinischen Qualifizierung von Ärzten/innen und klinischen Psychologen/innen durchgeführt. Nur wenige Universitäten in Deutschland bieten sexualmedizinische/ sexualtherapeutische Lehrveranstaltungen an, insbesondere diejenigen, an denen die Sexualmedizin als eigenständiges Fach vertreten ist (Berlin, Frankfurt, Hamburg, Kiel). Diese Lehrangebote sind fakultativ und die Sexualmedizin ist bisher in keiner Studienordnung als Pflichtfach verankert. In der medizinischen Approbationsordnung sind sexualmedizinische Lehrinhalte über ganz verschiedene Fächer verstreut (z.B. Dermatologie, Gynäkologie, Medizinische Psychologie, Psychiatrie, Rechtsmedizin, Urologie etc.; vgl. Übersicht), in den psychologischen Studienordnungen spielen sie überhaupt keine Rolle.

In fast allen klinischen Fächern der Medizin werden sexualmedizinische Kompetenzen (zunehmend) von den betroffenen Patienten/innen nachgefragt.

Darum hat die Akademie für Sexualmedizin 1995 ein sexualmedizinisches Curriculum vorgelegt (Vogt et al. 1995), um Ärzte/innen verschiedener Fachrichtungen und klinische Psychologen für die eigenständige Erkennung und Behandlung von sexuellen Störungen zu qualifizieren. Das Curriculum umfaßt die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen (100 Stunden) sowie Haltungen und Fertigkeiten (120 Stunden).

Die Aneignung eines biopsychosozialen Verständnisses von Sexualität verlangt, sich mit anthropologischen, biomedizinischen, psychologischen und soziokulturellen Aspekten der menschlichen Geschlechtlichkeit auseinanderzusetzen. Erforderlich ist daher, ein interdisziplinäres Denken zu entwickeln und in diesem Sinne disziplinäres Wissen aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten (insbesondere Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Endokrinologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) sowie benachbarten Humanwissenschaften (insbesondere Biologie, Psychologie, Soziologie etc.) zu integrieren.

Für die praktische Tätigkeit und die eigenständige Durchführung sexualtherapeutischer Interventionen sind darüber hinaus vor allem drei weitere Ausbildungselemente von besonderer Bedeutung.

Dieses Curriculum liegt dem bei der Bundesärztekammer 1995 gestellten Antrag auf Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung zugrunde und wird in verschiedenen Bundesländern mittlerweile umgesetzt.

Der bundesweit erste Kurs dieser curricular fundierten sexualmedizinischen Qualifizierung fand von November 1997 bis Oktober 1999 an der Charité statt und wurde veranstaltet von der *Berliner Ärztekammer*, der *Akademie für Sexualmedizin* und dem *Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin* der Charité (vgl. Beier 1999).

Die Teilnehmer stammten aus unterschiedlichen Facharztgebieten (30 % Gynäkologie, 20 % Urologie, 20 % Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte, 20 % Nervenheilkunde, z. T. mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, 10 % innere Medizin sowie klinische Psychologie). Die Gruppengröße war auf 30 bemessen, es durften nicht mehr als 10 % der verschiedenen Ausbildungsteile versäumt werden. Vor Zulassung zum Abschlußkolloquium mußten die schriftlich dokumentierten Erstinterviews und Behandlungsfälle eingereicht werden. Der Prüfungskommission gehörte ein Mitglied der Berliner Ärztekammer, als Vorsitzender ein Mitglied des Akademie-Vorstandes und der Direktor des Instituts für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité an.

Nach den zweijährigen Erfahrungen mit diesem ersten Kurs läßt sich sagen: Die angebotene sexualmedizinische Fortbildung ist geeignet, um die Kollegen/innen innerhalb ihrer Arbeitszusammenhänge für die eigenständige Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen auszubilden. So ist es beispielsweise Gynäkologen/innen (auch ohne Zusatzbezeichnung Psychotherapie) möglich geworden, Patientinnen mit sexuellen Funktionsstörungen (z. B. Vaginismus) selbst zu behandeln, während Fachärzte für Nervenheilkunde die Betreuung von geschlechtsidentitätsgestörten Menschen übernehmen und diejenigen mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sich auch die Behandlung von Patienten mit sexuellen Verhaltensabweichungen zutrauen. Nach den Rückmeldungen der Kursteilnehmer hat das Curriculum eine ausreichende Sicherheit für den Umgang mit sexuellen Störungen vermittelt und durch das Miteinander der verschiedenen Fachdisziplinen dafür gesorgt, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen besser zu erkennen. So haben die überwiegend somatisch tätigen Kollegen/innen von den überwiegend psychotherapeutisch tätigen genauso profitiert wie letztere von ersteren.

Die Teilnehmer/innen aus den verschiedenen medizinischen Fachgebieten sowie der klinischen Psychologie können somit insgesamt das Spektrum sexualmedizinisch relevanter Störungsbilder abdecken, wenn sie auch – je nach Arbeitsschwerpunkt – nur bestimmte sexualmedizinische Behandlungsoptionen bevorzugt bereithalten (s. Übersicht).

*Sexuelle Funktionsstörungen:* Verbesserung partnerschaftlicher und sexueller Kommunikation ggf. unter Einsatz somatischer Therapieoptionen

*Krankheitsbedingte Sexualstörungen:* Unter Beachtung der Paar-Situation gezielte Verbesserung symptom- oder medikamenteninduzierter sexueller Beeinträchtigungen

*Geschlechtsidentitätsstörungen:* Gemäß Standards of care - körperverändernde Maßnahmen erst nach verlaufsbezogener Diagnosestellung

*Sexuelle Verhaltensabweichungen:* Sexualpädagogische, sozialstützende oder psychotherapeutische Schwerpunktsetzung ggf. in Verbindung mit medikamentösen Optionen (Antiandrogene wie Cyproteronacetat oder LH-RH- Analoga, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)

Auf diese Weise kann mittelfristig eine fachlich strukturwirksame Verbesserung der Versorgung betroffener Patienten/innen resultieren. Ohne Frage bedarf es in diesem Zusammenhang allerdings auch einer adäquaten finanziellen Honorierung dieser speziellen Leistungen sowie der Einführung einer Zusatzbezeichnung (bzw. eines „Moduls“) Sexualme-

dizin in die ärztliche Weiterbildungsordnung, weil (bisher nur) auf diese Weise die Kollegen/innen ihre sexualmedizinische Fachkompetenz für die Patienten (und Krankenkassen bzw. an den Leistungen interessierte Behörden wie z.B. Gerichte) nach außen sichtbar machen können und so eine gezieltere Inanspruchnahme erfolgen würde.

## Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. Göttingen: Hogrefe (1996).
- Arentewicz, G.; Schmidt, G. (1993): Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Stuttgart Enke 3. Aufl.
- Aytac, I.A.; McKinlay, J.B.; Krane, R.J. (1999): The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU International* 84: 50 – 56.
- Basson, R. (1996): Sexuality and Parkinson's Disease. *Parkinsonism and related disorders* 2 (4): 177 – 185.
- Becker, S.; Bosinski, H.A.G.; Clement, U.; Eicher, W.; Goerlich, T.; Hartmann, U.; Kockott, G.; Langer, D.; Preuss, W.; Schmidt, G.; Springer, A.; Wille, R. (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Sexuologie* 4: 130 – 138.
- Beier, K. M.; Hinrichs, G. (1995): Psychotherapie mit Straffälligen. Standort und Thesen zum Verhältnis Patient – Therapeut – Justiz. Stuttgart: Fischer.
- Beier, K. M. (1999): Sexuamedizin – berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dt Ärzteblatt* 33: A 2075 – 2077.
- Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G.; Hartmann, U.; Loewit, K. (2001): Lehrbuch der Sexualmedizin. Urban & Fischer: München.
- Benkert, O. (1999): Lebensqualität und Partnerschaftsqualität bei behandelter vs. unbehandelter ED. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Bosinski, H.A.G. (2000): Transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen. *Psychotherapeut* (i.Druck)
- Boxdorfer, S.A. (2000): Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson. Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Männern und ihren Partnerinnen. *Med Diss, Humboldt Universität Berlin*.
- Bradford, J. (1997) Medical Interventions in Sexual Deviance. In: Laws, D.R.; O'Donohue, W. (Eds) (1997): *Sexual Deviance Theory. Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Braun, M.; Klotz, T.; Reifenrath, B.; Engelmann, U. (1999): The „Cologne 8000 men survey“ – prevalence and therapy necessity of men with erectile dysfunction. Poster presented at the 1st Int. Consultation on erectile dysfunction. Paris.
- Brewer, M.; Stacy, M. (1998): Sildenafil citrate therapy in men with Parkinson's disease. *PSG/HSG/MDS Twelfth annual symposia abstracts. Movement disorders* 13 (5): 860.
- Brown, M.; Jahanshahi, M.; Quinn, N.; Marsden, C.D. (1990): Sexual function in patients with Parkinson's disease and their partners. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 55: 480-486.
- Buddeberg, C.; Bass, B.; Gnirss-Bornet, R. (1994): Die lustlose Frau – der impotente Mann. Zur sexuellen Beziehungsdynamik in ehelichen Zweierbeziehungen. *Familiendynamik* 19: 266 – 280.
- Buddeberg, C., Willi, J., Sieber, M.; Furrer, H. J. (1988): 10 Jahre Sexualmedizin am Universitätsspital Zürich. *Schweizerische Ärztezeitung*. 69: 388 – 394.
- Buddeberg, C. (1995): *Sexualberatung*. Stuttgart: Enke 3. Aufl.
- Catalan, J.; Hawton, K.; Day, A. (1990): Couples referred to a sexual dysfunction clinic. *Brit J Psychiatry* 156: 61ff.
- Corrado, M. (1999): Men and erectile dysfunction: a survey of attitudes in 10 countries. *Newsbulletin of the International Society Impotence Research*. 2:
- De Amicis, L.A.; Goldberg, D.C.; LoPiccolo, J.; Friedman, J.; Davies, L. (1985). Clinical Follow-up of Couples Treated for Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior* 14 (6): 467 – 489.
- Dekker, J. (1993): Inhibited male orgasm. In: O'Donohue, W.; Geer, J.H. (Eds): *Handbook of sexual dysfunctions. Assessment and Treatment*. Allyn and Bacon: Boston.
- Diemont, W.; Vrugink, P.A.; Doesburg, W.; Meuleman, E. (1960: Prevalence of sexual problems in the Dutch population. Poster presented at the 22nd Annual Meeting of the International Academy of Sex Research. Rotterdam.
- Dunn, K.M.; Croft, P.R.; Hackett, G.I. (1998): Sexual problems: A study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice* 15: 519 – 524.

- Feldmann, H. A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D. G.; Krane, R. J.; McKinlay, J. B.: Impotence and its medical and psychosocial Correlates: Results of the Massachusetts Male aging Study. *The Journal of Urology* Vol 151: 54ff.
- Frenken, J. (Hrsg.) (1980): *Seksuologie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Fugl-Meyer, AR.; Lodnert, G.; Bränholm, I.-B.; Fugl-Meyer, K.S. (1997): On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J of Impotence Research* 9: 141 – 148 Stockton Press.
- Gijs, L.; Gooren, L. (1996): Hormonal and Psychopharmacological Interventions in the Treatment of Paraphilias: An Update. *Journal of Sex Reserch* 33: 273 – 290.
- Hawton, K. (1982): The behavioural treatment of sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 140: 94 – 101.
- Hawton, K.; Catalan, J.; Martin, P.; Fagg, J. (1986): Prognostic factors in sex therapy. *Behaviour Research and Therapy* 24: 377 – 385.
- Heiman, J. R.; Meston, C. M. (1997): Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research* Vol. VIII: 148 – 194.
- Hoyndorf, S.; Reinhold, M.; Christmann, F. (1995): *Behandlung sexueller Störungen*. Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hyypä, M.; Rinne, K.; Sonninen, V. (1970): The activating effect of L-dopa treatment on sexual functions and its experimental backgrounds. *Acta Neurol Scand* 46 (Suppl 43): 223.
- Jing, L.; Guo-wu, C.; Yi-xin, W.; Bin, C.; Xu-yuan, H. (1998): The prevalence of erectile dysfunction in elder men in Shanghai (an analysis of 1582 cases). *Int J Impotence Res* 10 Supl. 3: S1 – S68.
- Johannes, C.B.; Araujo, A.B.; Feldman, H.A.; Derby, C.A.; Kleinman, K.P.; McKinlay, J.B. (2000): Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology* 163: 460 – 463.
- Kaplan, H.S. (1995): *The sexual desire disorders*. Brunner/Mazel (dt.: *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Thieme 2000).
- Kinsey, A.C. (1953): *Sexual behavior in the human female*.
- Kinsey, A.C. (1948): *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Koller, W.C.; Vetere-Overfield, B.; Williamson, A.; Busenbark, K.; Nash, J.; Parrish, D. (1990): Sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Clin neuropharmacol* 13 (5): 461 – 463.
- Laschet, U. (1990) Zur Therapie mit Cyproteronacetat. In: Wille, R. Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.): *Zur Therapie von sexuell Devianten*. Berlin: Diesbach: 36 – 42.
- Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michaels, S. (1994): *The social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States*. London: The University of Chicago Press, Ltd.
- Leiblum, S. R. (1998): Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research* 10 Suppl 2: 104-106.
- Lendorf, A.; Juncker, L.; Rosenkilde, P. (1994): Frequency of erectile dysfunction in a Danish subpopulation. *Nordisk Sexologi* 12: 118 – 124.
- Litwin, M.S.; Nied, R.J.; Dhanani, N. (1998): Health-Related Quality of Life in Men with Erectile Dysfunction. *J Gen Int Med* 13: 159 – 166.
- Lüders, M.: *Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson: Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen Frauen und ihren Partnern*. Med. Diss. i.Vorb. Humboldt Universität Berlin
- Lüders, M.; Boxdorfer, S.; Beier K.M. (1999): *Partnerschaft und Sexualität bei Morbus Parkinson*. *Sexuologie* 6: 18ff.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970): *Human sexual inadequacy*. Boston: Little/Brown. (Deutsch: *Impotenz und Anorgasmie*. Frankfurt: Goyverts 1973).
- McCabe, M. P. (1997): Intimacy and Quality of Life Among Sexually Dysfunctional Men and Women. *J of Sex & Marital Therapy* Vol 23 No 4.
- Metz, M.; Pryor, J.; Nesvacil, L.; Abuzzahab, F.; Koznar, J. (1997): Premature ejaculation: A Psychophysiological review. *Journal of Sex & Marital Therapy* 23: 3 – 23.
- Nathan, S. G. (1986): The Epidemiology of the DSM-III Psychosexual Dysfunctions. *J of Sex & Marital Therapy* Vol 12 No 4.
- National Institutes of Health (1993): *Impotence*. NIH Consensus Development Conference Statement on Impotence. *JAMA* 270: 83 – 90.
- Osburg, S.; Weitze, C (1993): *Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz*. *Recht & Psychiatrie* 11: 2-26.
- Petri, H. (1980): *Analytische Kurztherapie bei sexuellen Perversionen. Mit Bemerkungen zur Antiandrogentherapie*. In V. Sigusch (Hrsg.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme: 187-219.
- Pinnock, C.B.; Stapleton, A.M.F.; Marshall, V.R. (1999): *Erectile dysfunction in the community: a prevalence study*. *Medical J Australia* 171: 353 – 357.



- Quinn, N.P.; Toone, B.; Lang, A.E.; Marsden, C.D.; Parkes, J.D. (1983): Dopa dose – dependent sexual deviation. *Brit J Psychiat* 142: 296 – 298.
- Renshaw, D.C. (1988): Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 – 1987. *Sex Marital Ther* 3 111 – 117.
- Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (1995): *Case Studies in Sex Therapy*. NY: The Guilford Press.
- Rosen, R. C.; Leiblum, S. R.; Hall, K. S. (1987): Etiological and predictive factors in sex therapy. Paper presented at the annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research. New Orleans.
- Rosen, R. C.; Taylor, J. F.; Leiblum, S. R.; Bachmann, G. A. (1993): Prevalence of Sexual Dysfunction in Women: Results of a Survey Study of 329 Women in an Outpatient Gynecological Clinic *J of Sex & Marital Therapy* Vol 19 No 3.,
- Sato, Y.; Kumamoto, Y.; Horita, H.; Tsukamoto, T. (1998): Sexual activity and dysfunction in Japanese women. *Int J Impotence Res* 10 Supl 3: 74.
- Schmidt, G. (1996): Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme.
- Schover, L. (1981): Unpublished research. Cited in: Schover, L.R.; Jensen, S.B. (1988): *Sexuality problems and chronic disease*. New York: Guilford Press.
- Seifert, D. (2000): LHRH-Analoga bei der Behandlung von Sexualstraftätern. *Sexuologie* 7: 1 – 11
- Shabsigh, R. (1996): Impotence on the rise as a urological subspeciality. *J Urol* 155: 924 – 925.
- Singer, C.; Weiner, W.J.; Sanchez-Ramos, J.R.; Ackerman, M. (1989): Sexual Dysfunction in Men with Parkinson's disease. *J Neuro Rehab* 3: 199 – 204.
- Spector, I. P.; Carey, M. P. (1990): Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Archives of Sexual Behavior* Vol 19 No 4.
- Steers, W.D. (1998): Meta-analysis of the efficacy of sildenafil (Viagra®) in the treatment of severe erectile dysfunction. *J Urol* 159 (5) suppl: AA910.
- Stief, C.G.; Hartmann, U.; Truss, M.C.; Jonas, U. (Hrsg) (1999): *Zeitgemäße Therapie der erektilen Dysfunktion*. Berlin: Springer.
- Szasz, G. (1989): Sexuality in persons with severe physical disability: A guide to the physician. *Can Fam Physician* 35: 345 – 351.
- Uitti, R.J.; Tanner, C.M.; Rajput, A.H.; Goetz, C.G.; Klawans, H.L.; Thiessen, B. (1989) Hypersexuality with anti-parkinson therapy. *Clin Neuropharmacol* 12 (5): 375 – 383.
- Ventegodt, S. (1998): Sex and the Quality of Life in Denmark. *Archives of Sexual Behavior* Vol 27 No 3.
- Vogt, H.J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K.M.; Bosinski, H.A.G. (1995): Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie* 2 (2): 65 – 89.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Wermuth, L.; Stenager, E. (1992): Sexual aspects of Parkinson's disease. *Semin Neurol* 12 (2): 125 – 126.
- Wetzels, P. (1997): Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* 2: 89 – 107.
- Zentgraf, M.; Iffländer, B. (1987): Erektile Dysfunktion – Impotenz. *Dt Ärzteblatt* 84: B-1998.

#### Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin des Universitätsklinikums Charité, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Freien und der Humboldt-Universität Berlin, Luisenstr. 57, 10115 Berlin

Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Uwe Hartmann, Arbeitsbereich Klinische Psychologie der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychologische Medizin, Medizinische Hochschule, Konstanty-Gutschow-Str. 8, 30623 Hannover

Priv.-Doz. Dr. med. Hartmut A. G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel