

Gender-Aspekte der Sexualität

E. Plas

Gender bezeichnet die soziale oder psychologische Seite des Geschlechts einer Person im Unterschied zu ihrem biologischen Geschlecht und dient vor allem den Sozial- und Geisteswissenschaften zur Begriffsbestimmung, wird jedoch oft auch anderweitig verwendet. Bezugnehmend auf die Urologie geht es somit nicht um den bekannten „kleinen“ Unterschied, sondern um den Zugang zur Sexualität.

Gerade unsere Profession blickt auf eine lange, intensive Tradition wissenschaftlicher Studien letztendlich zum Thema Gender-Aspekte im Zusammenhang mit Sexualität zurück, da insbesondere durch die Einführung der PDE-5-Hemmer 1997 eine Vielzahl an Publikationen erfolgte, die nicht nur die therapeutische Effizienz der Therapie, sondern auch unterschiedliche psychologische Auswirkungen sexueller Funktionsstörungen untersuchten. Ein Gender-Aspekt, der uns hinlänglich bekannt ist, ist die Frage der Planungsphase sexueller Aktivität. Fisher et al. berichteten, dass über 60 % der Frauen sowie 50 % der Männer Sexualität nicht planen möchten, sondern dass Spontaneität und die damit verbundene erforderliche organische Funktionalität ein wichtiger Bestandteil zufriedenstellender Sexualität sind. Diese Ergebnisse sind bei einem Kollektiv mit eingeschränkter sexueller Funktion anders, da hier der Erhalt bzw. die Erlangung einer ausreichenden Erektion im Vordergrund steht.

Neben der Funktion hat auch das Alter wichtigen Einfluss auf die Sexualität. Untersuchungen in Skandinavien 2009 berichteten, dass der alternde Mann eine höhere sexuelle Aktivität als die Frau aufwies und dass Frauen im Alterungsprozess häufiger über Libidomangel als Männer berichteten. Wichtige Aspekte für die sexuell aktive Frau im Alterungsprozess waren der Erhalt der Libido, die eigene Sexualität sowie ein gesunder Partner. Männer hingegen berichteten, dass sie mit Sexualität im Alter ein hohes Selbstwertgefühl verbanden und dass sowohl die eigene Gesundheit als auch eine aktive sexuelle Historie wich-

tig waren. Dass Sexualität in allen Altersabschnitten sowohl für die Frau als auch den Mann eine Rolle spielt, zeigten die Ergebnisse von Ponholzer et al., wobei gemäß den obigen Resultaten die Angaben zum Stellenwert sexueller Aktivität in allen Lebensabschnitten bei Frauen geringer waren. Die Ursachen prämenopausal sind spekulativ, postmenopausal können hormonelle Umstellungen zu einer Beeinträchtigung sexueller Funktionen führen. Der Verlust des Partners kann unter Berücksichtigung der höheren Lebenserwartung der Frau ebenso eine Rolle spielen, da eine intakte Partnerschaft ein wesentlicher Bestandteil zufriedener Sexualität ist.

Eine weitere, besonders wichtige Komponente sexueller Funktionsstörungen besteht in den psychologischen Auswirkungen für die Partnerin in heterosexuellen Beziehungen. Bekanntermaßen beklagen Frauen von Männern mit erektiler Dysfunktion 30-fach häufiger über „hypoactive sexual desire disorders“. Bei Ejaculatio tarda besteht ein 26-fach erhöhtes Risiko für Erregungsstörungen und bei Ejaculatio praecox, der häufigsten sexuellen Funktionsstörung des Mannes mit beinahe 30–35 %, ein 4-fach erhöhtes Risiko für Orgasmusstörungen. Raboch et al. zitierten, dass der größte Risikofaktor sexueller Funktionsstörungen in einer stabilen heterosexuellen Beziehung für die Frau die sexuelle Funktionsstörung des Mannes ist.

Dies spiegelt sich auch in rezenten Untersuchungen wider, die zeigten, dass Patienten mit Herzinsuffizienz in 50 % bereits frühzeitig über sexuelle Beeinträchtigungen berichteten, die trotz Therapie nach 18 Monaten auf über 70 % anstiegen. Jüngere Patienten und Männer berichteten häufiger über eine Verschlechterung der sexuellen Zufriedenheit. Jene Frauen und Männer, die Änderungen der sexuellen Aktivität angaben, klagten auch über eine Verschlechterung der Lebensqualität sowie des gesamten Wohlbefindens. Wiederholte Studien der vergangenen Jahre haben den Stellenwert der Erhalt der Sexualität für beide Geschlechter hervorgehoben.

Diese und andere Daten unterstreichen die Wichtigkeit erhaltener Sexualität nicht nur als ersten Hinweis auf assoziierte Erkrankungen (Diabetes, vaskuläre Erkrankungen, hypothalamo-hypophysäre Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen etc.), deshalb sollte diese unser Interesse bei beiden Geschlechtern gleich erfahren.

Dieser Gender-Aspekt bedeutet auch, dass das Geschlecht des betreuenden Arztes auf die Anamnese Einfluss nimmt. Ärzte berichteten, dass sie bei 19 % der befragten Patienten ein unangenehmes Gefühl bei der Erhebung der Sexualanamnese empfanden, hingegen stieg dies auf 35 % bei Patientinnen. Gleichzeitig erwarteten sie sich, dass 40 % der männlichen und 53 % der weiblichen Patienten dies als beeinträchtigend empfinden würden. Ähnlich waren die Resultate bei der Befragung von Ärztinnen, die in 50 % bei der Sexualanamnese der Männer dies als unangenehm empfanden und nur in 12 % bei Frauen. Die Erwartungen eines belastenden Gefühls für Männer bei der Sexualanamnese durch eine Ärztin wurde in 45 % angegeben und in beinahe 25 % bei Frauen. Diese Ergebnisse legen den wichtigen Part des Arztes dar, die Sexualanamnese aktiv in die Behandlung einzubeziehen. Dass das Alter sowie das Geschlecht des Arztes auf die Behandlung Einfluss nehmen, konnten wir anhand von Befragungen an über 40 Urologen nachweisen. Beinahe zeitgleich berichteten Geiss et al., dass 96 % der Frauen Fragen zur Sexualität nicht als Belastung oder peinlich empfanden.

Sowohl konservative als auch operative Therapien in der Urologie sind in vielen Fällen mit Änderungen der sexuellen Funktion assoziiert, weshalb gerade im Vorfeld potenzielle Auswirkungen auf die Sexualität besprochen werden sollten. Unsere Profession blickt auf eine lange Tradition der Berücksichtigung von Gender-Aspekten der Sexualität zurück. Nützen wir dies und sehen wir sexuelle Funktionsstörungen nicht nur als Problem des Patienten; auch die

Auswirkungen auf das homo- oder heterosexuelle Paar gilt es zu betrachten.

Literatur:

Fisher et al. à bitte ergänzen

Geiss et al. à bitte ergänzen

Hoekstra T, Jaarsma T, Sanderman R, et al. Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *Am Heart J* 2012; 163: 246–51.

Kontula O, Haavio-Manila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res* 2009; 1: 46–56.

Oberg K, Sjögren Fugl-Meyer K. On Swedish women's distressing sexual dysfunctions: some concomitant conditions and life satisfaction. *J Sex Med* 2005; 2: 169–80.

Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, et al. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol* 2005; 47: 366–74.

Raboch J, Raboch J. Infrequent orgasms in women. *J Sex Marital Ther* 1992; 18: 114–20.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Doz. Dr. Eugen Plas

Abteilung für Urologie

Hanusch-Krankenhaus

A-1140 Wien

Heinrich-Collin-Straße 30

E-Mail: eugen.plas@wgkk.at