Anamnese mit blindem Fleck

Weibliche sexuelle Funktionsstörungen – sind die denn kein Thema? *Von E. Plas*

Sexuelle Funktionsstörungen sind ein Dauerbrenner in den Medien – auch noch im Jahre 2011. Interessanterweise werden in der überwiegenden Mehrzahl nur sexuelle Funktionsstörungen des Mannes berichtet, und es entsteht beinahe der Eindruck, dass weibliche sexuelle Funktionsstörungen kein Thema seien. Eine Analyse der PubMed zeigt jedoch, dass sexuelle Funktionsstörungen der Frau beinahe gleich häufig wie jene des Mannes untersucht werden. Daraus ergibt sich aber die Frage, warum das Thema Mann medial hohes Interesse hat und sexuelle Funktionsstörungen der Frau beinahe totgeschwiegen werden.

Wiederholt wurde gezeigt, dass Sexualität bzw. das Interesse an Sexualität über die gesamte Lebensphasen für beide Geschlechter von Bedeutung

„Libidoverlust beim Mann führt bei der Partnerin zu einem deutlichen Anstieg an Orgasmusstörungen."

sind, auch wenn das Interesse von Männern im Alterungsprozess höher zu sein scheint *(Abbildung)*.

Befragungen zur Auswirkung des Alterungsprozesses auf die Sexualität zeigen, dass für Frauen das Vorhandensein von Libido, die eigene Sexualität und die Gesundheit des Partners wesentlichen Einfluss auf die Sexualität haben, Männern hingegen sind der Erhalt des Selbstwertgefühls, die eigene Gesundheit und eine aktive sexuelle Historie bzw. die Erinnerung daran wichtig.

Seine Probleme sind auch ihre Probleme

Die sexuelle Funktion des Mannes hat jedoch wesentliche Auswirkungen auf den Erhalt der sexuellen Funktion in heterosexuellen Beziehungen, da das Auftreten einer erektilen Dysfunktion für die Partnerin ein 30-fach erhöhtes Risiko zur Ausbildung einer hypoaktiven sexuellen Dysfunktion bei Libidoverlust bedeutet, die schwierig zu therapierende Ejaculatio tarda ein beinahe 26-fach erhöhtes Risiko für Erregungsstörungen sowie die Ejaculatio präcox mit einem vierfachen Anstieg an Orgasmusstörungen assoziiert ist.

Auch auftretender Libidoverlust beim Mann führt bei der Partnerin zu einem deutlichen Anstieg an Orgasmusstörungen. Diese Zahlen untermauern die Feststellung von Raboch et al. 1992, der als größtes Risiko für die Entwicklung weiblicher sexueller Funktionsstörungen in einer stabilen heterosexuellen Beziehung die männliche sexuelle Funktionsstörung sieht.

Wenn männliche und weibliche sexuelle Funktion und deren Störungen so eng miteinander assoziiert sind, stellt sich die Frage, warum wir dann sehr viel über den Mann diskutieren und erst in den letzten Jahren intensiver begonnen haben, auch die Sexualität der Frau und deren Störungen zu thematisieren. Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre berichteten über eine Prävalenz sexueller Funktionsstörungen der Frau zwischen 25 und 45 Prozent, wobei als Risikofaktoren unter anderen das Alter der Frau sowie jenes des Partners, hormonelle Kontrazeption, Stress, Sorge vor Schwangerschaft, Nikotinabusus, unerfüllter Kinderwunsch, Beziehungsstatus, die Dauer der Beziehung und Kohabitationsfrequenz angegeben wurden.

Foto: photos.com

Während sexuelle Funktionsstörungen des Mannes medial hohes Interesse wecken, werden diejenigen der Frau beinahe totgeschwiegen.

Risikofaktoren

Vergleichbar zu den Risikofaktoren des Mannes stellen aber auch für die Frau Hypertonie, Adipositas, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus, Depression, operative Eingriffe sowie das Radfahren potenzielle Risiken für sexuelle Funktionsstörungen der Frau dar. Wie in der Tabelle dargestellt, gibt es aber auch zahlreiche Medikamente, die die sexuelle Funktion der Frau negativ beeinflussen können. Dass sexuelle Funktionsstörungen ein Thema sind, ist aus dem bisher Gezeigten offensichtlich, trotzdem wird dieses Thema zumindest in medizinischen Bereichen nur wenig beachtet.

Rolle des Geschlechts des Arztes

Ein Problem dabei ist, dass Untersuchungen zeigten, dass das Geschlecht der untersuchenden Ärztin oder des Arztes Einfluss auf die Sexualanamnese der Patientin hat. So berichteten nur zwölf Prozent der befragten Ärztinnen, ein unangenehmes Gefühl zu haben, wenn sie eine Sexualanamnese bei Frauen erheben, hingegen gaben 35 Prozent der Ärzte an, dass es ihnen unangenehm sei.

Gleichermaßen gaben 24 Prozent der Ärztinnen an, dass sie glaubten, dass es der Frau unangenehm sein würde, Sexualität zu thematisieren. Im Vergleich dazu berichteten aber 53 Prozent der Ärzte, dass es der Patientin unangenehm sei, sie dazu zu befragen.

Das steht im klaren Widerspruch zu Aussagen von Patientinnen, die zu 96 Prozent angaben, kein Problem mit Fragen zur eigenen Sexualität zu haben.

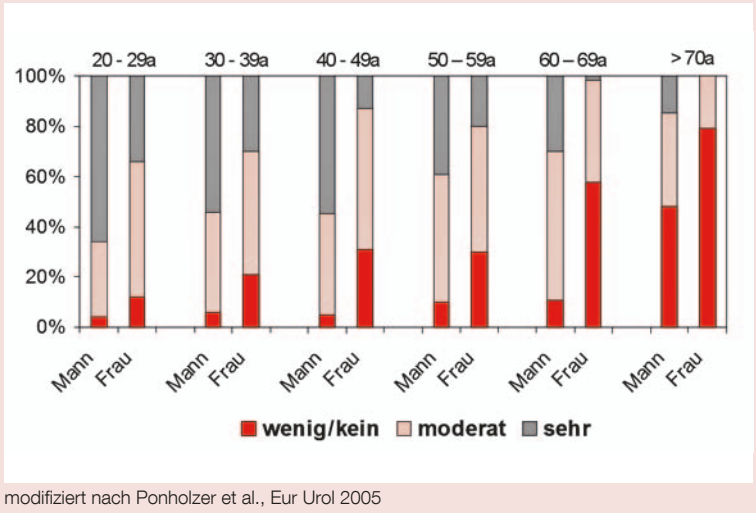
Konkrete Fragen stellen

Sowohl Mann als auch Frau sollten die Sexualität bei der Anamnese ansprechen, offene und konkrete Fragen stellen sowie eine Sprache benutzen, die Sexuelles und Sexualität klar benennt. Des Weiteren ist es wichtig, nicht der eigenen Scham zu folgen bzw. das Problem zu „ vertagen" oder zu bagatellisieren. Ein wesentlicher Bestandteil der Sexualanamnese der Frau ist auch die des Partners, da, wie bereits erwähnt, in heterosexuellen Beziehungen männliche sexuelle Funktionsstörungen der wesentlichste Risikofaktor sexueller Funktionsstörungen der Frau sind. Die Basis jeder Abklärung ist eine intensive, genaue Anamnese sowie physikalische Untersuchung, erst dann sollte eine weiterführende Diagnostik (Vaginalabstrich, pH-Bestimmung, Bakteriologie, Hormonstatus, evtl. Untersuchungen zur Metabolik) durchgeführt werden.

Sexuelle Funktionsstörungen der Frau sind mit einer Prävalenz zwischen 25 und 45 Prozent häufig und sollten, wenn sie belastend sind, behandelt werden. Nicht jede Störung stellt für die Patientin ein Problem dar und erfordert auch eine Therapie. Eine Behandlung kann jedoch nur dann erfolgen, wenn aktiv nach Problemen gefragt wird und diese nicht bagatellisiert werden. Nicht nur der Mann sollte in der Behandlung seiner sexuellen Funktionsstörungen aktiv unterstützt werden, sondern insbesondere auch die Partnerin, die zu einem hohen Prozentsatz auch unter seinen Problemen leidet. ■

„Eine Behandlung kann nur erfolgen, wenn aktiv nach Problemen gefragt wird und diese nicht bagatellisiert werden."

Interesse an Sexualität



modifiziert nach Ponholzer et al., Eur Urol 2005

Nach Geschlecht und unter Berücksichtigung des Alters.

Medikamente und Sexuelle Funktionsstörung

Beeinträchtigung der Libido:
Antipsychotika
Barbiturate
Benzodiazepine
SSRI
Lithium
Trizyklische Antidepressiva
Statine
β-Blocker
Digoxin
Spironolacton
Danazol
GnRH Agonisten
Kontrazeptiva

Erregungsstörungen:
Anticholinergika
Antihistaminka
Antihypertensiva
MAO-Inhibitoren
SSRI
Benzodiazepine

Orgasmusstörungen:
Methyldopa
Antipsychotika
Benzodiazepine
SSRI
Narkotika
Trizyklische Antidepressiva

modifiziert nach www.aafp.org/afp/

Eine Auswahl an Medikamenten, welche bei Frauen mit sexuellen Funktionsstörungen assoziiert sind.

Kongress

37. Gemeinsame Tagung der ÖGU und der Bayerischen Urologenvereinigung

2. bis 4. Juni 2011, Klagenfurt

Doz. Dr. Eugen Plas
Urologische Abteilung, Hanusch Krankenhaus Wien