

Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen

Dagmar A. Cedzich, Hartmut A. Bosinski

Sexual Medicine in GP practice: Growing awareness but still insufficient knowledge

Abstract

In order to ascertain the relevance of sexual disorders in the practice of general practitioners (GP) questionnaires were sent out to all 366 GPs in the city of Kiel (KI) and the rural district of Rendsburg-Eckernförde (RD). 110 GPs (28 female and 82 male; KI: 57; RD: 53) returned the questionnaire (response rate 30.1%). Compared with earlier studies we could demonstrate an enhanced awareness of sexual problems by GPs: Two thirds of the respondents contradicted the allegation that sexuality does not play a role in their daily practice. However, three fourths of the GPs reported that they take the sexual medical history of only every fourth patient. On the other hand, nearly all GPs declared that at least one fourth of their male patients spontaneously report sexual disorders, while only 70% of the respondents found this to be the case in female patients. The survey showed a relationship between the gender of the GP and his/her patient and the likelihood of sexuality being an issue in GP-patient communication. In addition to the differing genders of GP and patient, the assumed reluctance of patients to discuss sexual matters, and the general lack of time, a major reason for this communication barrier was found to be the insecurity of the GPs. Two thirds of the respondents reported feeling "somewhat secure" to "very insecure"; 87% rated the knowledge regarding sexual disorders received during their studies as "insufficient"; 81% wanted post-graduate training in sexual medicine.

Keywords: General practitioner, sexual disorders, sexual medical history, vocational training, post-graduate training

Zusammenfassung

Im Bestreben, die Bedeutung sexualmedizinischer Störungsbilder in der hausärztlichen Praxis zu erheben, wurden 366 Fragebögen an alle Hausärzte im Stadtgebiet Kiel (KI) und im Landkreis Rendsburg-Eckernförde (RD) versandt. 28 Ärztinnen und 82 Ärzte sandten 110 Fragebögen zurück (KI: 57; RD: 53; Rücklaufquote 30,1%).

Sexuologie 17 (3–4) 2010 5–13 / Akademie für Sexualmedizin
<http://www.akademie-sexualmedizin.de/sexuologie>

Im Vergleich zu früheren Untersuchungen ergab sich ein deutlich gestiegenes Problembewusstsein der Allgemeinärzte für sexualmedizinische Fragestellungen: Zwei Drittel der Respondenten widersprachen der Aussage, dass das Thema in ihrer Tätigkeit keine Rolle spiele. Allerdings gaben ca. drei Viertel der Ärzte an, dass sie nur bei ca. einem Viertel ihrer Patienten eine Sexualanamnese erheben. Auch die Bereitschaft der Patienten, sich mit sexuellen Problemen an ihren Hausarzt zu wenden, ist deutlich gestiegen: Fast alle Ärzte berichteten, dass von mindestens einem Viertel ihrer männlichen Patienten bereits sexuelle Probleme spontan beklagt worden seien, für Patientinnen wurde dies nur von 70% berichtet. Es fand sich an mehreren Stellen der Untersuchung ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht des Arztes und des Patienten in der Weise, dass bei gleicher Geschlechtszugehörigkeit eher sexuelle Probleme thematisiert wurden.

Als Hauptprobleme beim Ansprechen der Sexualität in der Praxis wurde neben der Annahme, dass dies dem Patienten unangenehm sei, Zeitmangel und unterschiedlichen Geschlechtszugehörigkeit vor allem die eigene Unsicherheit genannt: Knapp zwei Drittel der Respondenten gaben an, sich beim Ansprechen von Sexualität in der Praxis nur „mäßig sicher“ bis „sehr unsicher“ zu fühlen, 87% hielten die Informationen, die sie während des Studiums zu sexualmedizinischen Störungsbildern bekommen hatten, für unzureichend. Folgerichtig wünschten sich 81% adäquate sexualmedizinische Weiterbildungsangebote.

Schlüsselwörter: Hausärzte, sexuelle Störungen, Sexualanamnese, Aus- und Weiterbildung, Sexualmedizin

Stand der Forschung

Der Hausarzt ist aufgrund seiner Position als „Lotse und Koordinator“ im Gefüge der medizinischen Versorgungskette eigentlich der „natürliche“ erste Ansprechpartner bei sexuellen Störungen (Sadovsky & Nusbaum 2006). Dies wird auch von den meisten Patienten so gesehen: In einer internationalen Studie von Hartmann und Mitarbeitern (2002) stimmten ca. 50% der Befragten

der Aussage zu, dass ein Arzt seine Patienten routinemäßig nach ihrer sexuellen Funktion fragen sollte. In der von einem internationalen sexuologischen Forscherteam vorgelegten „Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors“ (Moreira et al. 2005) sagten 48% der Männer und 41% der Frauen, dass ein Arzt von sich aus seine Patienten zu sexuellen Problemen im Rahmen einer Routinekonsultation befragen sollte. Auch die Untersuchungen von Read und Mitarbeitern (1997) sowie Aschka und Mitarbeitern (2001) zeigten, dass die große Mehrheit der Patienten (bei Read et al. 70%, bei Aschka et al. 84%) einem Gespräch über Sexualprobleme mit dem Hausarzt positiv gegenübersteht. In einer Befragung von Dunn und Mitarbeitern (1998) gaben 52% der an Sexualproblemen leidenden Patienten an, für dieses Problem professionelle Hilfe annehmen zu wollen.

In welchem Umfang werden nun Hausärzte dieser großen Nachfrage seitens der Patientenschaft gerecht?

Für die Bundesrepublik legte Pacharzina bereits 1975 eine Interview-Studie zur „Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis“ vor. Er befragte 100 repräsentativ ausgewählte Allgemeinärzte in Hannover (75 Männer, 25 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren, die seit durchschnittlich 22 Jahren in freier Praxis tätig waren. Die Studie, die wegen ihrer Ergebnisse, aber auch wegen einiger Wertungen des Autors seinerzeit für nicht unerhebliche Diskussionen vor allem bei den ärztlichen Standesvertretern, aber auch in der Öffentlichkeit sorgte (s. dazu die Diskussion in der Zeitschrift *Sexualmedizin*, Pacharzina 1975) offenbarte zum einen teilweise gravierende Wissenslücken der Ärzte sowie dem damaligen Zeitgeist entsprechende oder aber vom Autor so eingeordnete patriarchal-traditionelle Einstellungen der Respondenten (beispielsweise zur Masturbation, zum vorehelichen Geschlechtsverkehr, zur Verschreibung oraler Kontrazeptiva für unter 16jährige Mädchen, zur Homosexualität usw.). Der Autor erfragte auch, wie häufig sich in der allgemeinärztlichen Praxis Patienten wegen sexueller Probleme vorstellten und inwieweit sich die befragten Ärzte darauf ausreichend vorbereitet fühlten. Seine Respondenten gaben an, dass ca. 8% ihrer Patienten von sich aus über derartige Probleme (bei Männern vor allem Erektionsstörungen, bei Frauen vor allem Libidoprobleme, bei beiden Geschlechtern sexuelle Paarprobleme, auch im Zusammenhang mit kontrazeptiven Fragen) berichteten. Zugleich gingen die befragten Allgemeinärzte davon aus, dass ca. 25% ihrer Patienten tatsächlich unter sexuellen Störungen litten. 80% der Ärzte gaben an, dass ihre Patienten sicherlich dankbar für ärztlichen Rat und Hilfe bei diesen Belangen wären, 70% hielten den Hausarzt auch für den zuständigen Ansprechpartner, aber 84% hielten sich selbst für derartige Patientenfragen nicht ausreichend ausgebildet.

In den Folgejahren hat sich die Lage, folgt man den einschlägigen Untersuchungen, nicht sonderlich verändert: Hartmann und Mitarbeiter (2002) fanden in einer groß angelegten Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation über Sexualität, dass nur eine Minderzahl der Respondenten (19% der Frauen und 12% der Männer) von ihrem Arzt in der Vergangenheit nach sexuellen Störungen befragt wurden. Maximal ein Viertel der Probanden hatten von sich aus Hilfe bei einem Arzt gesucht.

In der Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors gaben nur 9% der in verschiedenen Ländern befragten 27.500 Männer und Frauen an, innerhalb der letzten drei Jahre von ihrem Arzt zu sexuellen Problemen befragt worden zu sein. Die Ergebnisse derselben Studie für Deutschland zeigten, dass nur 18% der Männer und 15% der Frauen mit bereits bestehenden sexuellen Problemen darüber mit ihrem Arzt gesprochen haben (Moreira et al. 2005).

Lindau und Mitarbeiter (2007) berichteten für die USA, dass 38% der von ihnen befragten Männer im Alter von 57 bis 85 Jahren und 22% der Frauen der gleichen Altersgruppe angaben, seit ihrem 50. Lebensjahr schon einmal mit einem Arzt über ihre (altersbedingt häufigen) sexuellen Probleme gesprochen zu haben.

Corrado (1999) fand in einer Untersuchung zur Einstellung gegenüber sexualmedizinischer Behandlung, dass 83% der über 40jährigen Männer angaben, noch niemals von ihrem Arzt auf ihre Sexualität angesprochen worden zu sein. Die betroffenen Patienten wendeten sich meist erst nach einer langen (sogar jahrelangen) Leidensgeschichte an den Arzt. Die auslösenden Faktoren für den Gang zum Arzt waren meist psychische oder soziale Folgen, die von den Betroffenen nicht mehr kompensiert werden konnten (Büsing und Liedtke 1999).

Temple-Smith und Mitarbeiter (1996) befragten 40 Hausärzte in Schwerpunktgruppen von vier bis acht Teilnehmern zu den Hindernissen bei Erhebung von Sexualanamnesen. Als Haupthindernisse wurden genannt: An erster Stelle der Mangel an geeigneten Weiterbildungsangeboten, gefolgt von Zeitmangel, der Befürchtung, der Patient könnte derartige Fragen als aufdringlich oder gar voyeuristisch empfinden sowie Alters-, soziale oder ethnisch-kulturelle Unterschiede zwischen Arzt und Patient, als erleichternde Faktoren jugendliches Alter der Patienten und gleiche Geschlechtszugehörigkeit.

Aschka und Mitarbeiter (2001) befragten 20 Hausärzte (Responserate 43%) und deren sich an einem Tage vorstellende insgesamt 307 männliche Patienten. Letztere füllten einen Fragebogen über Art und Häufigkeit ihrer etwaigen sexuellen Probleme, ihre Wünsche nach Behandlung und ihre diesbezüglichen Erwartungen an ihren Arzt aus. Die Ärzte wurden mittels Fragebogen

zu Häufigkeit und Behandlung sexueller Störungen bei ihren männlichen Patienten und über Gründe, die ein Nicht-Ansprechen sexueller Probleme bedingen, befragt. 93% der Patienten gaben an, unter mindestens einem sexuellen Problem zu leiden und 84% von ihnen fanden es wichtig, mit ihrem Hausarzt über sexuelle Probleme zu sprechen. Zwei Drittel wünschten sich eine direkte Thematisierung der Sexualität durch den Hausarzt. Dem stand gegenüber, dass die meisten Ärzte Sexualität und damit zusammenhängende Probleme nur manchmal (53%) oder selten (37%) ansprachen. Als Gründe hierfür gaben die befragten Ärzte wiederum ungenügende Kenntnisse auf diesem Gebiet oder Zeitmangel an.

Gott und Hinchliff (2003) untersuchten mittels halbstrukturierter Interviews bei 22 Patientinnen und 23 Patienten im Alter von 50 bis 92 Jahren Erfahrungen, Einstellungen und Hindernisse für Patienten dieser Altersgruppe, Hilfe bei sexuellen Problemen in Anspruch zu nehmen. Alle teilnehmenden Patienten (Response rate 25%) entstammten der Kartei einer Hausarztpraxis. Der Hausarzt wurde von den befragten Patienten als Hauptansprechpartner bei sexuellen Problemen angegeben. Als arzt spezifische Barrieren stellten sich das Alter und Geschlecht des Arztes, Zeitmangel, ein wenig diskreter Rahmen in der Konsultation sowie die Einstellung des Arztes zu Sexualität im fortgeschrittenen Lebensalter heraus. Andere Hindernisse für die Thematisierung von Sexualität in der ärztlichen Sprechstunde waren die Einstufung sexueller Problemen als normale, nicht weiter ernstzunehmende Alterserscheinungen, Scham, Angst und vor allem ein Wissensmangel über die Behandlungsangebote. Die gleiche Arbeitsgruppe (Hinchliff et al. 2004) erhielt bei der vertieften Befragung von 22 Allgemeinärzten die Auskunft, dass diese sich für unfähig hielten, die prinzipiell für notwendig erachtete Sexualanamnese zu erheben, wenn der Patient dem anderen Geschlecht angehörte.

Rogstad und Henton (2004) befragten mittels Fragebogen 155 Hausärzte (Response rate 57%) zu ihrem Wissen von und ihrer Meinung über die britische „National Strategy for Sexual Health and HIV“ und ihre Bereitschaft, sich daran zu beteiligen. Dieses Programm sieht zwei Level der ärztlichen Aktivität vor: Level 1 betrifft die Beratung der Patienten zur Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen und HIV sowie HIV-Tests, Level 2 das Testen und Behandeln von sexuell übertragbaren Erkrankungen, sowie die Kommunikation darüber auch unter Einbeziehung des Partners des Patienten. Nur 55% der antwortenden Ärzte wussten überhaupt von der Strategie, 60% wussten jedoch nicht näher, was diese umfasst. Das Level 1 wurde von 68% der Hausärzte bereits angeboten und 82% strebten eine Aufnahme des Level 1 in ihre Versorgung an. 83% der Ärzte forderten

hierbei ein stützendes Training und 70% ein Anstieg der zur Verfügung stehenden Geldmittel. Level 2 wurde zu einem Teil von 45% der Ärzte angestrebt, auch hier forderten 60% der Hausärzte stützendes Training und Geldmittel. Die am häufigsten genannten Gründe für die Nicht-Beteiligung an diesem Programm waren Zeitmangel und vermutete mangelnde Nachfrage seitens der Patienten.

Patel und Mitarbeitern (2004) untersuchten in London mittels Fragebögen die Meinungen sowohl von Ärzten (die in sexualmedizinisch arbeitenden Kliniken tätig waren) als auch von deren Patienten zur Integration der Hausärzte in die sexualmedizinische Versorgung. Es wurden 43 Fragebögen von Ärzten (Response rate 61%) und 437 Fragebögen von Patienten (Response rate 60%) ausgewertet. Ein Viertel der Ärzte waren sich entweder unsicher oder lehnten die Integration der Hausärzte ab. Die Autoren wiesen auf den Widerspruch hin, dass die befragten Kliniken angaben, der durch die nationale AIDS-Strategie entstandenen enormen Nachfrage gar nicht gerecht werden zu können, andererseits aber die Möglichkeit, mit Hilfe des Programms einen Teil ihrer Patienten an die Hausärzte weitergeben zu können, ablehnten. Kein Arzt hielt es für möglich, dass Patienten mit Sexualproblemen es vorziehen würden, ihren Hausarzt zu konsultieren. Im Widerspruch dazu stimmten fast 25% der Patienten dieser Aussage zu. Fast ein Viertel der Patienten wurden in ihrer Hausarztpraxis auf die Klinik aufmerksam gemacht, aber nur 13% der Kliniken in London gaben entsprechende Patienteninformationen an Hausärzte weiter.

Haboubi und Lincoln (2003) erhielten in einer Fragebogenaktion (Response rate 61%) von 813 „Health Professionals“ (darunter auch Hausärzte) die Angabe, dass die Mehrheit (90%) die Einbeziehung sexueller Probleme in die allgemeinmedizinische Versorgung für nötig hielten. Zugleich gaben aber 86% der Befragten an, sich dafür nicht genügend ausgebildet zu fühlen.

Fragestellung und Methoden

Unsere Untersuchung ging im Rahmen einer medizinischen Promotionsarbeit (Wyscik 2008) der Frage nach, wie sich die Rolle des Hausarztes in der sexualmedizinischen Versorgung heute darstellt, nach Jahren der öffentlichen Diskussion über verschiedenste sexuelle Probleme, die vom Topos „Sexualverhalten in den Zeiten der HIV-Pandemie“ über die massenmedialen Berichte zu männlichen (Stichwort: Einführung der PDE5-Hemmer) und weiblichen (Stichwort: „Female Sexual Dysfunction“) Sexualstörungen bis hin zu Sexual-

delinquenz, deren Ursachen, Folgen und mögliche Vorbeugung reicht.

Konkret gingen wir folgenden Fragen nach: Wie häufig werden welche sexuelle Probleme in der hausärztlichen Praxis entweder vom Patienten spontan berichtet oder vom Arzt gezielt festgestellt? In welchem Kontext geschieht das bzw. welche Hindernisse sehen die Ärzte hierbei? Welche Rolle spielt dieses Thema bei Behandlung anderer Grunderkrankungen? In welchem Maße fühlen sich die Ärzte auf diese Problematik vorbereitet bzw. in welchem Maße werden entsprechende Weiterbildungsangebote gewünscht?

Wir entwickelten einen Fragebogen, der insgesamt 13 fachliche Fragen und im Anschluss daran vier Fragen zur Person und zur Praxis (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Praxisort und -größe) enthielt (s. Kasten).

Zusätzlich bestand die Möglichkeit für freie Ergänzungen und Anmerkungen.

Übersicht über die im Fragebogen erfragten Sachverhalte (Die Antwortmöglichkeiten sind in Klammer skizziert)

1. Ist Sexualität ein Thema in Ihrer hausärztlichen Tätigkeit? („Nie“ bis „Immer“)
2. In welchem Zusammenhang werden Sexualität und sexuelle Störungen thematisiert? (Vorgaben + freie Antwortmöglichkeiten)
3. Das Thema Sexualität spreche ich in meiner hausärztlichen Praxis nicht an („Trifft vollkommen / teilweise/ nicht zu“)
4. Worin bestehen aus Ihrer Sicht die Probleme beim Ansprechen der Sexualität des Patienten? (Vorgaben + freie Antwortmöglichkeiten)
5. Wie viel Prozent der Patienten klagen spontan über sexuelle Probleme? (Vorgaben von 0 bis 100% in 25%-Schritten)
6. Bei wie viel Prozent der Patienten stellen Sie sexuelle Probleme fest? (Vorgaben von 0 bis 100% in 25%-Schritten)
7. Welche Art sexueller Probleme stellen Sie wie häufig fest? (Vorgaben gem. DSM-IV)
8. Wie häufig (in Prozent) vermuten Sie bei Patienten Geschlechtsidentitätsstörungen? (Vorgaben von 0 bis 100% in 25%-Schritten)
9. Wie häufig (in Prozent) vermuten Sie bei Patienten Unsicherheiten bei der sexuellen Orientierung („Coming out-Problematik“)? (Vorgaben von 0 bis 100% in 25%-Schritten)
10. Gibt es Medikamente, bei denen Sie (gehäuft) sexuelle Probleme Ihrer Patienten beobachtet haben? Wenn ja, welche waren das? Was machen Sie dann? (Freie Antworten)
11. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Patienten, die Sexualstörungen haben? („sehr unsicher/ unsicher/ mäßig sicher/ sicher/ sehr sicher“)
12. Haben Sie während Ihres Medizinstudiums ausreichend Informationen über sexualmedizinische Störungsbilder erhalten? (Ja / Nein)
13. Würden Sie mehr Weiterbildungsangebote zu diesem Thema wünschen? (Ja / Nein)

Die Fragen wurden mit Antwortmöglichkeiten („Speisekartenfragen“) versehen, d.h. die befragten Ärzte konnten auswählen, in welchem Maße die jeweiligen Probleme in ihrer praktischen Tätigkeit relevant sind, gelegentlich waren freie Antworten möglich (s. Kasten).

Die Ergebnisse aus den Fragebögen wurden anhand von Chi-Quadrat-Tests auf Häufigkeitsunterschiede geprüft. Dabei wurde das Ergebnis des Tests ab einem P-Wert < 0,05 als signifikant bezeichnet.

Stichprobe

Es wurden insgesamt 366 Fragebögen an Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie an praktische Ärzte versandt. 164 Fragebögen gingen an Hausarztpraxen im Niederlassungsbereich der Landeshauptstadt Kiel, 202 an solche Praxen im Kreis Rendsburg-Eckernförde mit einem ländlich-agrarischen Einzugsbereich. Es war ein frankierter Rückumschlag beigelegt. Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurden nahezu alle Ärzte, an welche der Fragebogen versandt worden war, nach einem Zeitraum von ca. 3–4 Wochen telefonisch nochmals auf diesen aufmerksam gemacht. Dadurch konnte die Rücklaufquote von 22,68% auf nun 30,06% gesteigert werden.

Insgesamt erhielten wir 110 auswertbare Fragebögen, 28 von Ärztinnen und 82 von Ärzten. Das entspricht einem Anteil von 25,93% aller angeschriebenen Ärztinnen und 31,40% aller angeschriebenen Ärzte (der Unterschied ist nicht signifikant, n. s.). 57 Ärzte hatten ihre Praxis in der Stadt, 53 Ärzte im ländlichen Raum. Auch die nach territorialer Zugehörigkeit geprüfte Rücklaufquote wies keinen signifikanten Unterschied zwischen Stadt (34,8%) und Land (26,24%) auf. 10% der antwortenden Ärzte waren zwischen 30 und 40 Jahre alt, 35% zwischen 40 und 50, 45% zwischen 50 und 60 Jahre alt, 10% waren älter als 60 Jahre.

Ergebnisse

Spontane Angaben der Patienten zu sexuellen Störungen bzw. deren Thematisierung durch den Hausarzt

Die überwiegende Mehrheit (95%) der auf die entsprechende Frage antwortenden 108 Ärzte gaben an, dass ihre männliche Patienten bereits über sexuelle Probleme geklagt haben, von 90% der Respondenten wurde jedoch ange-

geben, dass dies nur selten (d.h. bei ca. einem Viertel der Patienten) der Fall sei, lediglich 5% gaben hierzu „häufig“ (also bei der Hälfte ihrer Patienten) an (Abb. 1).

Bei den weiblichen Patienten lagen die Verhältnisse deutlich anders: 68% der Ärzte berichteten, dass ihre Patientinnen „selten“ (d.h. unter 25%), nur 2%, dass diese „häufig“ (also mehr als die Hälfte der Fälle) spontan über sexuelle Probleme klagen (Abb. 2). Immerhin 30% gaben an, dass keine ihrer Patientinnen jemals über sexuelle Problemen geklagt hätten ($p < 0,001$)

Es zeigte sich, dass männliche Patienten sexuelle Probleme von sich aus offenbar häufiger bei Ärzten ansprechen, weibliche Patienten hingegen bei Ärztinnen (p jeweils $< 0,01$). Es fand sich weder insgesamt noch bei den nach Geschlecht getrennt betrachteten Patienten ein statistischer Zusammenhang zwischen dem Alter des Arztes oder seiner Niederlassung im städtischen oder ländlichen Bereich und der Häufigkeit, mit der Patienten spontan über sexuelle Probleme klagten.

Die Gegenfrage, wie oft der Arzt / die Ärztin von sich aus Sexualität in ihrer Praxis im Patientengespräch thematisieren, wurde nur von einer verschwindenden Minderheit (4% von 110 befragten Ärzten) negativ beantwortet. Immerhin ein knappes Drittel (29%) der Ärzte räumte jedoch ein, dass dies teilweise zuträfe (s. Abb. 3 bis 5).

Folgerichtig bejahte auch die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte unsere Frage, ob Sexualität ein Thema in Ihrer hausärztlichen Praxis sei: 20% der Ärztinnen und Ärzte gaben an, dies bei ihren männlichen Patienten „häufig“, „sehr häufig“ oder sogar „immer“ anzusprechen, 77% sprachen es bei den Männern zumindest gelegentlich an. Lediglich 3% der Ärztinnen und Ärzte gaben an, Sexualität bei keinem ihrer Patienten zu thematisieren.

Auch bei dieser Frage zeigt sich ein ausgeprägter Unterschied ($p < 0,001$) in Abhängigkeit vom Geschlecht der Patienten: Immerhin 16% der hierzu antwortenden 108 Ärztinnen und Ärzte gaben an, mit ihren Patientinnen nie über Sexualität zu sprechen, nur 13% berichteten über häufige bis stete Arztgespräche, 71% sprechen das Thema zumindest bei einem Viertel ihren Patientinnen an. Ärzte gaben signifikant häufiger als Ärztinnen an, bei ihren weiblichen Patienten Fragen der Sexualität „nie“ anzusprechen. Bei den männlichen Patienten zeigte sich ein solcher Unterschied im Zusammenhang mit dem Geschlecht des Arztes nicht.

Auch der Ort der Niederlassung (städtisches oder ländliches Einzugsgebiet) spielte eine Rolle: Von Ärzten auf dem Lande wurde Sexualität signifikant häufiger „selten“ oder „nie“ angesprochen, und zwar sowohl bei den Patienten als auch mit den Patientinnen (für Patienten: $p < 0,01$; für Patientinnen: $p < 0,05$). Ein statistischer Zu-

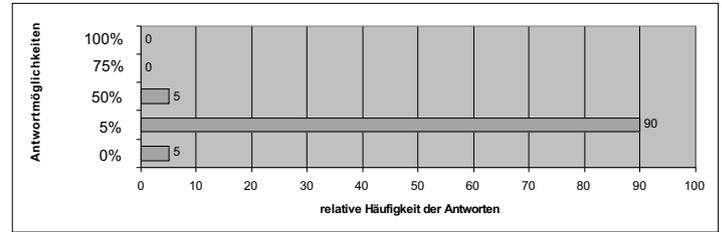


Abb. 1 Wie viel Prozent der Patienten klagten spontan über sexuelle Probleme

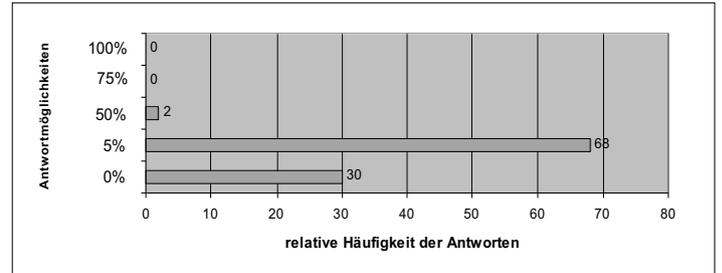


Abb. 2 Wie viel Prozent der Patientinnen klagten spontan über sexuelle Probleme

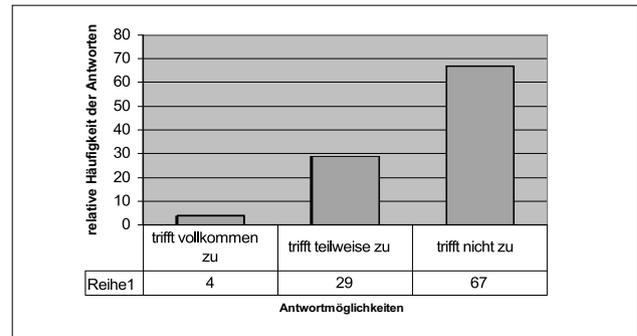


Abb. 3 Prozentuale Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Das Thema Sexualität spreche ich in meiner Praxis nicht an“

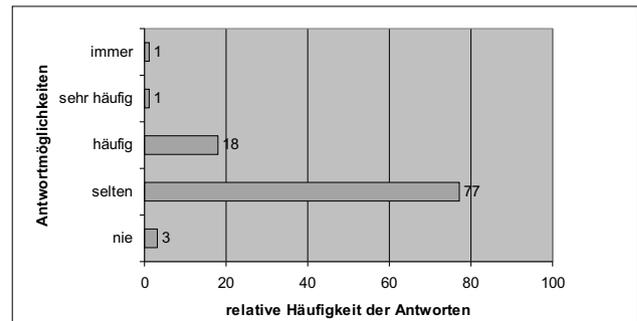


Abb. 4 Ist Sexualität ein Thema mit Ihren männlichen Patienten? Antwortverteilung

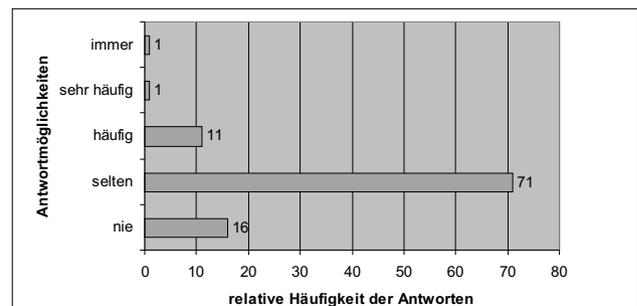


Abb. 5 Ist Sexualität ein Thema mit Ihren weiblichen Patienten? Antwortverteilung

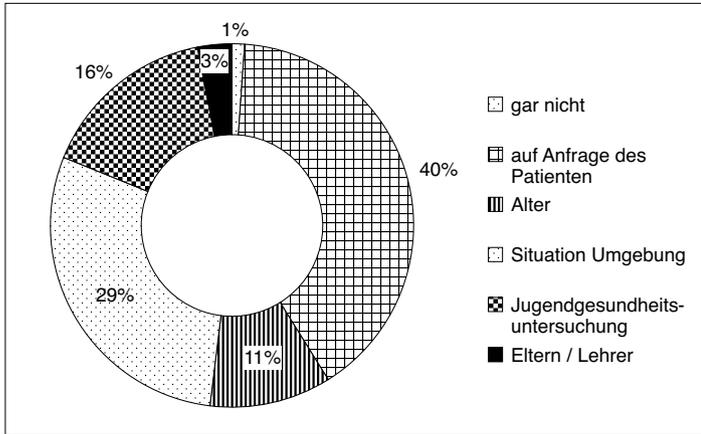


Abb. 6 In welchem Zusammenhang werden Sexualität und sexuelle Störungen thematisiert

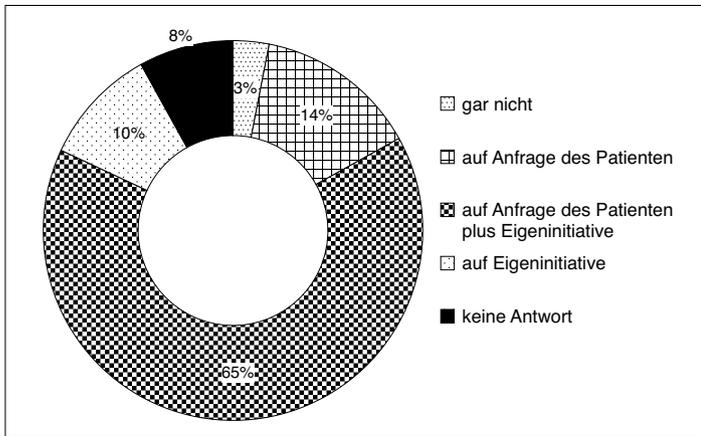


Abb. 7 Wann wird Sexualität thematisiert

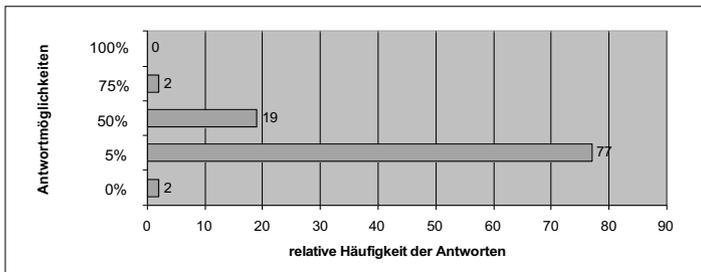


Abb. 8 Bei wieviel Prozent der Patienten stellen Sie sexuelle Probleme fest?

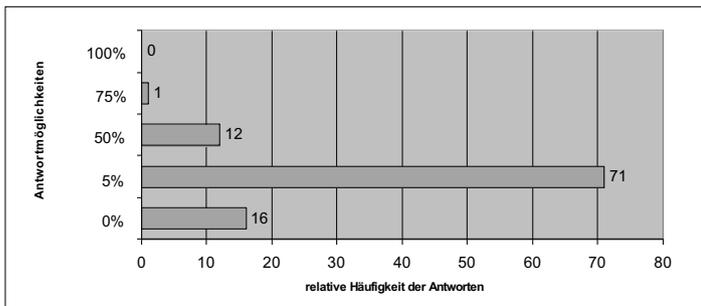


Abb. 9 Bei wieviel Prozent der Patientinnen stellen Sie sexuelle Probleme fest?

sammenhang mit dem Alter der Ärzte war sowohl für Patienten als auch für Patientinnen nicht zu verzeichnen.

Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (Mehrfachnennungen waren möglich) zum Anlass für das ärztliche Gespräch über Sexualität wurde mit 40% der 218 Antworten (die von 101 Ärztinnen und Ärzten gegeben wurden) am häufigsten die entsprechende Initiative des Patienten genannt, gefolgt von der „Kenntnis der familiären/partnerschaftlichen Situation bzw. Umgebung des Patienten“ (29%), „Jugendgesundheitsuntersuchungen“ (16%), „Alter des Patienten“ (11%) und „Initiative der Eltern oder Lehrer“ (3%) (s. Abb. 6).

Bei weiterer Auswertung der Frage, in welchem Kontext Sexualität in der hausärztlichen Praxis angesprochen wird (Abb. 7), findet sich die Mehrheit der gegebenen Antworten (72 Ärzte) in der Kombination aus „auf Anfrage des Patienten“ plus „auf Eigeninitiative des Arztes“ wieder. Zusammen mit den Ärzten, die Sexualität auf Eigeninitiative thematisieren, sind das 75%, also ganze drei Viertel aller befragten Ärzte.

Von dem verbleibenden Viertel der Ärzte geben ein Drittel an, Sexualität im Zusammenhang mit bestimmten Medikamenten mit ihren Patientinnen, ein Viertel bei ihren Patienten zu besprechen. Zusammengefasst bedeutet dies, dass mindestens fünf Sechstel aller befragten Ärzte die Sexualität mit ihren Patienten und Patientinnen thematisieren.

Häufigkeit der Feststellung sexueller Störungen in der hausärztlichen Praxis

Im Gegensatz zu den oben referierten Angaben über die von den Patientinnen und Patienten spontan geklagten sexuellen Probleme stellten die befragten Ärztinnen und Ärzte deutlich häufiger durch ihre eigene Befragung bzw. Untersuchung sexuelle Störungen fest: Von den hierzu antwortenden 109 Ärztinnen und Ärzten gaben 77% an, zumindest gelegentlich (d.h. bei ca. einem Viertel ihrer Fälle) sexuelle Probleme bei ihren männlichen Patienten festzustellen, 21% stellten sie sogar „häufig“ (d.h. in ca. der Hälfte der Fälle) oder „sehr häufig“ fest (s. Abb. 8). Lediglich 2% gaben an, „nie“ sexuelle Probleme bei ihren männlichen Patienten festzustellen.

Bei den Patientinnen sind die Angaben der sich dazu äußernden 106 Ärzten auch hier signifikant zu deren Ungunsten verschoben: Wie Abbildung 9 zeigt, machten 16% (also immerhin 14% mehr als bei den männlichen Patienten), die Angabe, dass sie noch nie sexuelle Probleme bei ihren Patientinnen festgestellt hätten ($p < 0,001$). Zumindest bei einem Viertel ihrer Patientinnen stellten 71% der Ärztinnen und Ärzte sexuelle Probleme fest, bei mindestens der Hälfte der Patientinnen wurden

solche Probleme von 12% und „sehr häufig“ von 1% der Ärzte gefunden.

Insgesamt zeigt sich, dass durch eine gezielte Nachfrage durch die Ärzte mehr sexuelle Probleme offenbar werden, als von den Patienten spontan geäußert worden sind. Dabei wurden bei den *männlichen Patienten* (s. Abb 10) mit weitem Abstand am häufigsten Erektionsstörungen festgestellt, nämlich von 91,4% der hierzu antwortenden Ärzte und 85,7% der Ärztinnen, gefolgt von Appetenzmangel (67,9% sowohl der Ärzte als auch der Ärztinnen gaben an, diese Diagnose zumindest gelegentlich zu stellen), dem vorzeitigem Samenerguss (von 53,1% der Ärzte und 35,7% der Ärztinnen berichtet) sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (berichtet von 26% der Ärzte und 3,6% der Ärztinnen; $p < 0,001$).

Vergleicht man die Angaben der Ärztinnen mit jenen der Ärzte, so findet sich in den Angaben zu Erektionsstörungen und Appetenzmangel kein Unterschied, wohl aber hinsichtlich der Diagnose einer Ejaculatio praecox, die von Ärzten signifikant häufiger gestellt wird als von Ärztinnen. Auch Schmerzen ihrer männlichen Patienten beim GV werden von Ärzten häufiger erhoben als von Ärztinnen.

Bei den *Patientinnen* dominierten Berichte über Appetenzmangel (s. Abb. 11): 63% der Ärzte und 75% der Ärztinnen hatten diesen mindestens gelegentlich festgestellt. Gefolgt wurde diese Angabe von Feststellungen einer Dyspareunie (50,6% der Ärzte und 64,3% der Ärztinnen), Orgasmusstörungen (46,9% der Ärzte und 50% der Ärztinnen; n.s.), Lubrikationsproblemen (39,5% der Ärzte und 42,9% der Ärztinnen). Bei den Patientinnen fanden sich in dieser Hinsicht keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Angaben der Ärztinnen und der Ärzte.

Geschlechtsidentitätsstörungen oder *Probleme bei der Findung der sexuellen Identität* (sog. Coming-out-Probleme) wurden von 4% der Ärzte bei männlichen Patienten und von 3% bei weiblichen Patienten beschrieben. Zwanzig Ärztinnen (= 71,4% von 28) und 42 Ärzte (= 51,8% von 82) berichteten über Hinweise auf *sexuelle Traumatisierungen* bei ihren Patientinnen; bei männlichen Patienten berichteten hierüber 24 Ärzte (= 29,6%) und sieben Ärztinnen (25%; n.s.). Sechszwanzig Ärzte (32,1%) und sieben Ärztinnen (25%) hatten jemals bei einem männlichen Patienten „*abweichende sexuelle Neigungen*“ festgestellt (n.s.). Über derartige Feststellungen bei Patientinnen berichteten 12 Ärzte (14,8%) und zwei Ärztinnen (7,1%) (n.s.). Methodenkritisch sei hier jedoch angemerkt, dass unsere unscharfe Fragenformulierung möglicherweise die Kollegen dazu verleitete, auch nicht-heterosexuelle Orientierungen in diese Betrachtung einzubeziehen

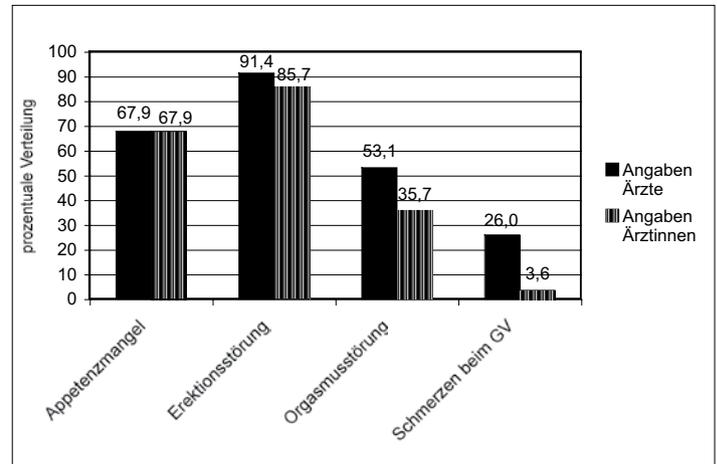


Abb. 10 Sexuelle Funktionsstörungen der Männer

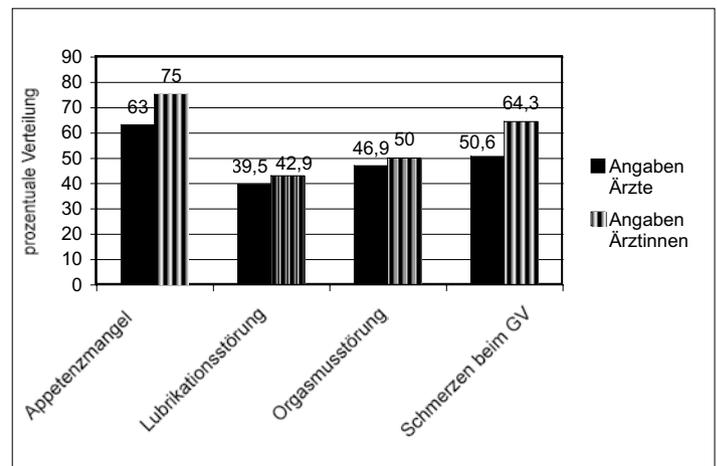


Abb. 11 Sexuelle Funktionsstörungen der Frauen

Thematisierung von Sexualität im Zusammenhang mit Erkrankungen und/oder Medikation

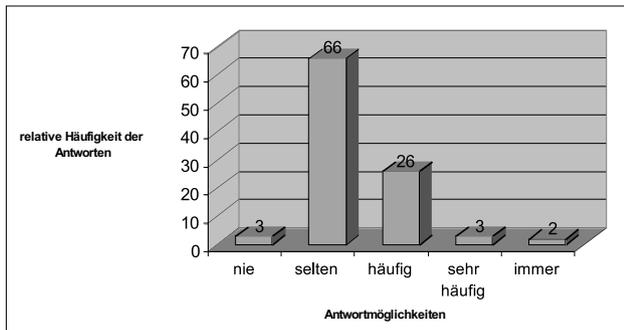
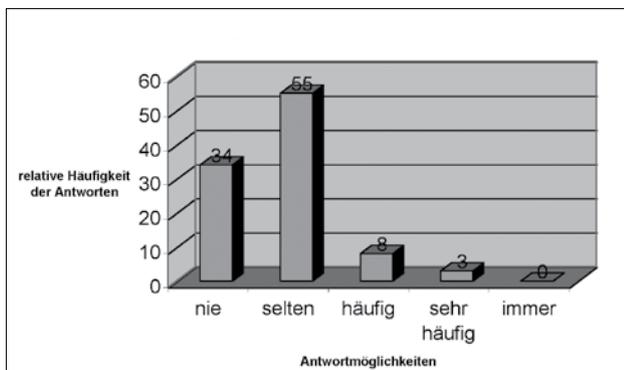
Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, wurde bei bestimmten *Erkrankungen* häufiger ein Gespräch über Sexualität geführt. Bei einer KHK, Diabetes mellitus, antihypertensiver Therapie und insbesondere bei einer Erkrankung an HIV bzw. sexuell übertragbaren Krankheiten wird die Häufigkeit einer Thematisierung von Sexualität im Vergleich öfter mit „häufig“ bis „immer“ angegeben. Bei anderen, ebenfalls oft zu sexuellen Problemen führenden Erkrankungen, ist dieser Trend jedoch nicht ersichtlich. Hierzu gehören die chronische Niereninsuffizienz, Parkinson, Multiple Sklerose und eine Neuroleptikabehandlung.

Über die Ansprache sexueller Nebenwirkungen im Zusammenhang mit *Medikamenten* bei Patienten und Patientinnen informieren die Abbildungen 12 und 13.

Erneut findet sich ein hochsignifikanter Unterschied in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten: Während

Tab. 1 Thematisierung von Sexualität in Zusammenhang mit Erkrankungen

Diagnose	Nie	Selten (25% der Fälle)	Häufig (50% d. Fälle)	sehr häufig (75%)	immer	Summe
Diabetes mellitus	2%	42%	31%	20%	5%	n=86, 100%
Chronische Niereninsuffizienz	59%	24%	7%	10%	0%	n=58, 100%
HIV/sex. Übertr. Erkrankungen	38%	28%	7%	3%	24%	n=68, 100%
onkologische Erkrankungen	37%	47%	10%	3%	3%	n=63, 100%
Parkinson	70%	24%	4%	2%	0%	n=50, 100%
Multiple Sklerose	61%	30%	5%	0%	4%	n=57, 100%
KHK	14%	50%	30%	5%	1%	n=74, 100%
Antihypertensive Therapie	5%	47%	22%	22%	4%	n=92, 100%
Neuroleptika-behandlung	46%	39%	10%	2%	3%	n=62, 100%
Zustand nach OP	30%	52%	10%	5%	3%	n=63, 100%
sonstiges	58%	26%	11%	5%	0%	n=19, 100%

**Abb. 12** Thematisierungen der Sexualität aufgrund der Medikation bei Patienten**Abb. 13** Thematisierungen der Sexualität aufgrund der Medikation bei Patientinnen

31% der Ärzte die Sexualität „häufig“ oder noch öfter bei ihren männlichen Patienten bei entsprechender Medikation ansprechen, wird diese Angabe nur von 10% der Ärzte hinsichtlich ihrer Patientinnen gemacht. Umgekehrt sprechen 3% der Ärzte ihre männlichen Patienten „niemals“ im Zusammenhang mit bestimmten Medikamenten auf ihre Sexualität an, aber mit 34% der Ärzte verhalten sich knapp ein Drittel mehr derselben Ärzte so ihren Patientinnen gegenüber ($p < 0,001$).

Besonders häufig (60% aller Respondenten) – und dann vor allem bei Männern – wurden Medikamentennebenwirkungen bei Antihypertensiva-Gabe angesprochen, gefolgt von Neuroleptika und Antidepressiva (jeweils 15%). Weitere Medikamentenverschreibungen (Sedativa, Kontrazeptiva, Parkinsonmedikamente, CSE-Hemmer) wurden nur vereinzelt genannt.

Probleme bei der Thematisierung der Sexualität in der hausärztlichen Praxis

Auf die Frage, welche Probleme die Ärzte für sich beim Ansprechen der Sexualität des Patienten sehen, konnten mehrere Antworten gegeben werden (n somit = 193). Sieben Ärzte machten hierzu keinerlei Angaben. Die am häufigsten genannten Gründe waren mit 34% aller Antworten die Annahme, dieses Thema sei „dem Patienten unangenehm“, „Zeitgründe“ mit 21%, das „unterschiedliche Geschlecht zum Patienten“ mit 15% und das sich ein solches „Thema sich nicht anbiete“ mit 10%. Immerhin 4% der Respondenten betrachteten das Ansprechen von Sexualität als „nicht notwendig“, 6% gaben an, das Ansprechen sei ihnen „unangenehm“ (s. Abb. 14).

Uns interessierte in diesem Zusammenhang, wie sicher sich die befragten Ärzte im Umgang mit dem Thema Sexualität in ihrer ärztlichen Arbeit fühlten. Abbildung 15 zeigt die diesbezüglichen *Selbsteinschätzungen der Ärzte* auf die entsprechende Frage. Alle Ärztinnen und Ärzte beantworteten diese Frage. 40% der Respondenten fühlten sich im Umgang mit diesem Thema „sicher“ (33%) oder „sehr sicher“ (7%), die Mehrzahl war nur „mäßig sicher“ (53%), „unsicher“ (5%) oder „sehr unsicher“ (7%). Es bestand kein signifikanter Unterschied in der Beantwortung der Frage zwischen Ärzten und Ärztinnen, zwischen Stadtärzten und Ärzten aus ländlichen Bereichen oder zwischen jüngeren und älteren Ärzten.

Das verwundert auch nicht, wenn man die Antworten auf unsere Frage nach den bisher im Rahmen der Aus- und Weiterbildung erhaltenen Informationen zu sexualmedizinischen Störungsbildern betrachtet (s. Abb 16): Die ganz überwiegende Mehrheit (87% aller hierauf antwortenden 110 Ärzte!) hielten die Informationen, die

sie während des Studiums zu sexualmedizinischen Störungsbildern bekommen hatten, für „nicht ausreichend“. Es bestand hierbei kein signifikanter Unterschied zwischen den Antworten von jüngeren Ärzten und älteren Ärzten, welcher auf qualitative Veränderungen innerhalb des Studiums über die letzten Jahre schließen ließe. Es erscheint dann auch der Lage angemessen, wenn sich mit 81% (von 110) eine deutliche Mehrheit aller befragten Ärzte entsprechende Weiterbildungsangebote wünschen (Abb. 17). Ärzte aus der Stadt wie jene aus ländlichen Bereichen unterscheiden sich hierin nicht, ebenso wenig die Ärzte von den Ärztinnen. Einzig das Alter der Kollegen spielte hier eine Rolle: Ältere Ärzte beantworteten diese Frage häufiger mit „nein“ als jüngere Ärzte ($p < 0,05$).

Diskussion

Häufigkeit und Brisanz der im Zusammenhang mit sexuellen Störungen auftretenden Probleme waren der Anlass dafür, dass die WHO bereits im Jahre 1975 und erneut 2001 Handlungsempfehlungen für den ärztlichen Umgang mit Sexualität und ihren Störungen herausgab. Der leitende Arzt des US-amerikanischen Gesundheitswesens (*Surgeon General*) hat sich im Jahre 2001 mit einem „Call to Action“ an die dortige Ärzteschaft gewandt und sie aufgefordert, sexuelle Gesundheit und verantwortungsvolles Sexualverhalten stärker in den Fokus der ärztlichen Tätigkeit zu rücken. Auch vor dem Hintergrund der AIDS-Pandemie wurde in internationalen Statements das Augenmerk auf die Rolle des Hausarztes (General Practitioner, Primary Health Care, Family Care Practitioner) gelegt.

Diese Appelle sind mehr als angemessen, wenn man bedenkt, dass aus diversen epidemiologischen Untersuchungen (i. Überblick Wycik, 2008; Beier et al. 2000; 2005) bekannt ist, dass ca. 30% aller erwachsenen Männer und 40% aller erwachsenen Frauen in hochentwickelten Industrieländern wie der Bundesrepublik im Lauf ihres Lebens längere Zeit unter Sexualstörungen (auch im Gefolge von anderen Grunderkrankungen, deren Behandlung oder im Gefolge sexueller Traumatisierung) leiden. Jede 7. Frau wird im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Übergriffe (BMFSFJ 2004), knapp 9% aller Mädchen und 3% aller Jungen werden in der Zeit zwischen ihrer Geburt und ihrem 16. Lebensjahr Opfer sexueller Übergriffe mit Körperkontakt (Wetzels, 1997). Die Berliner Männerstudie (Ahlers et al. 2010) hat gezeigt, dass 1,7% der Männer zwischen 40 und 79 Jahren ein Paraphilie-assoziiertes sexuelles Erregungsmuster mit Leidensdruck aufweisen und teilweise auch schon ausagiert haben, darunter eine nennenswerte Zahl mit päd-

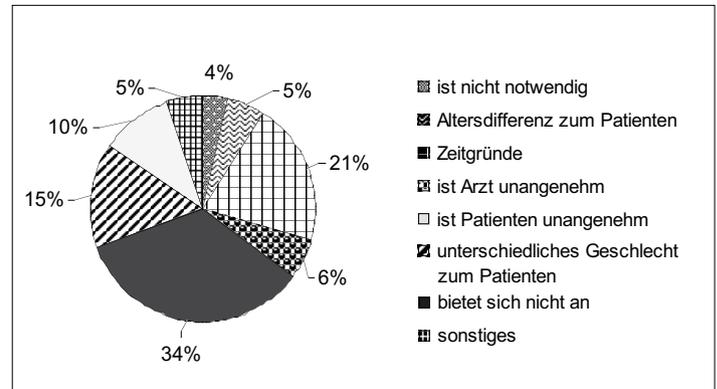


Abb. 14 Probleme beim Ansprechen der Sexualität – Übersicht über die Antwortenverteilung

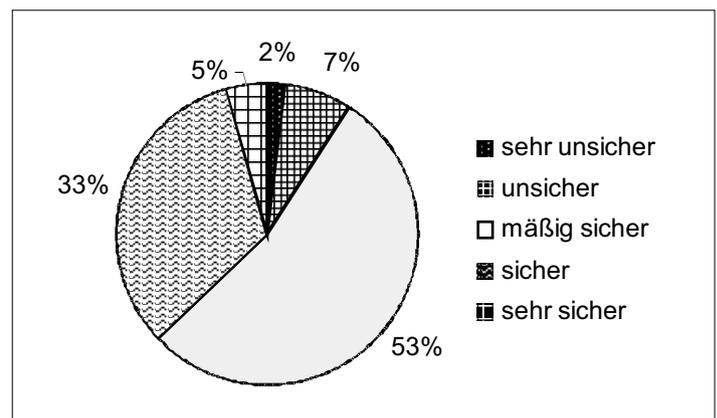


Abb. 15 Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit den Patienten, die Sexualstörungen haben? – prozentuale Antwortenverteilung

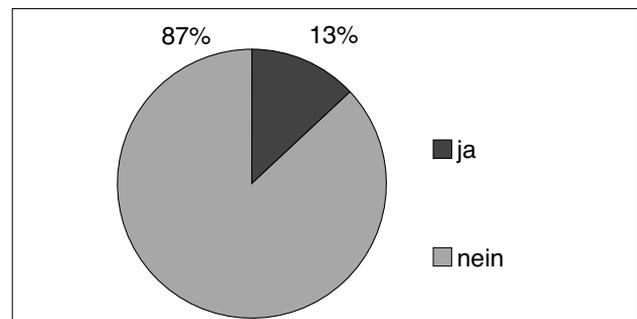


Abb. 16 Haben Sie während Ihres Medizinstudiums ausreichend Informationen über sexualmedizinische Störungsbilder erhalten? – prozentuale Antwortenverteilung

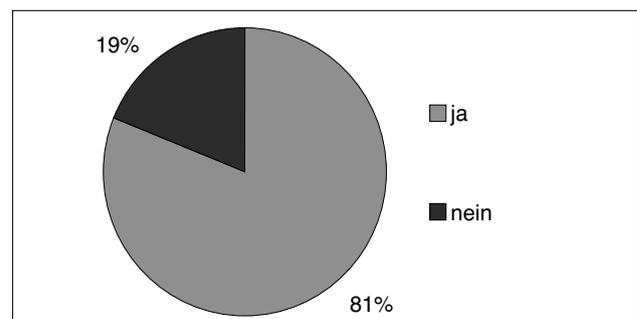


Abb. 17 Würden Sie mehr Weiterbildungsangebote zu diesem Thema wünschen? – prozentuale Antwortenverteilung

philen Neigungen. Diese Zahlen lassen es nachgerade geboten erscheinen, dass die Ärzteschaft hier adäquate Hilfsangebote bereithält.

Betrachtet man die Gesamtheit der von uns erhobenen Ergebnisse, so kann festgestellt werden, dass die Mehrzahl der an unserer Untersuchung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte versuchen, der Brisanz des Themas Sexualität gerecht zu werden und ihm zumindest einen gewissen Raum in ihrer ärztlichen Praxis einzuräumen. Zwei Drittel widersprechen der Aussage, dass das Thema in ihrer Tätigkeit keine Rolle spiele, knapp ein Drittel pflichten dem nur teilweise bei, weniger als ein Zwanzigstel bejahen diese Aussage. Dies Problembewusstsein stellt – verglichen mit der nun über dreißig Jahre alten einzigen deutschen Studie (Pacharzina 1975) – einen bemerkenswerten Fortschritt dar, der jedoch nur sehr bedingt auf die Gesamtheit der Hausärzte zu verallgemeinern sein dürfte: Es ist keinesfalls ausgeschlossen, ja, sogar wahrscheinlich, dass unter den ca. ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte, die unsere Umfrage beantworteten, vor allem jene sind, die in ihrer bisherigen Praxis (aus unklar bleibenden Gründen) bereits eine größere Achtsamkeit für sexuelle Problemlagen ihrer Patienten zeigten und deshalb auch die Untersuchung durch ihre Teilnahme unterstützten.

Auch seitens der Patienten lässt sich – verglichen mit der Studie Pacharzinis (1975) – ein größere Bereitschaft konstatieren, sich aus eigenem Antrieb ihrem Arzt mit sexuellen Problemen zu offenbaren: War dies vor über dreißig Jahren nur bei einer Minderheit (nämlich 8%) der Fall, so geben 90% der von uns befragten Hausärzte an, dass sich mindestens ein Viertel ihrer männlichen Patienten schon einmal von sich aus wegen eines sexuellen Problems an sie gewandt habe. Bezüglich der weiblichen Patienten wird dies von 70% der hierzu antwortenden Ärzte berichtet.

Die Ursache sowohl für diese deutlich gestiegene spontane Ansprache des Themas durch Patientinnen und Patienten als auch für die diesbezüglich größere Achtsamkeit der Hausärzte könnte einerseits in einer Zunahme sexueller Störungen liegen. Allerdings gibt es keinerlei Untersuchungen, die eine solche Zunahme belegen. Betrachtet man die Entwicklung der letzten 40 Jahre, so wird hingegen deutlich, dass sich die öffentliche Einstellung und der Umgang mit dem Thema Sexualität stark verändert haben. Das könnte auch die offenere Einstellung von Ärzten und Patienten erklären.

Diese positive Entwicklung bedeutet aber nicht, dass die vielfältigen Probleme nun angemessen adressiert würden: Die meisten Ärzte gaben an, dass sie nur bei ca. einem Viertel ihrer Patienten Sexualität thematisieren, also z.B. eine Sexualanamnese erheben. In Anbetracht der Bedeutung der menschlichen

Sexualität für das allgemeine Wohlbefinden und der Verbreitung sexueller Störungen mit Auswirkungen auf die Lebensqualität, weiterhin mit Blick auf die Tatsache, dass Sexualstörungen Erstmanifestation einer anderen körperlichen Grunderkrankung sein können (Görge et al. 2003; Miner & Kuritzki 2007), sollte eine Sexualanamnese jedoch zum Standard der hausärztlichen Untersuchung gehören, vor allem wenn man bedenkt, dass Patienten dies eigentlich auch von ihrem Arzt erwarten. Diese Forderung ist alt und stellt eigentlich eine Selbstverständlichkeit dar – eingelöst ist sie bis heute nicht.

Der zunächst genannte Hauptgrund für die Nicht-Ansprache der Sexualität – der sich jedoch, wie weiter unten darzustellen sein wird, tatsächlich als vorgeschobenes Argument erweist – ist nicht minder alt: Neben „Mangel an Zeit“ und „unterschiedliches Geschlecht von Arzt und Patient“ wird von ca. einem Drittel der Ärzte die Vermutung angegeben, es sei dem Patienten „unangenehm“ über seine sexuelle Gesundheit befragt zu werden. Es stellt sich indes die Frage, woher die Kollegen dies wissen, wenn sie noch nie mit ihren Patienten über dieses Thema gesprochen haben? Wie eingangs referiert zeigen Patientenbefragungen ganz klar, dass diese Vermutung der Ärzte durch nichts gedeckt ist, ja, im deutlichen Widerspruch zu den Erwartungen der Patienten steht.

Als weiteres Manko fiel die relative Benachteiligung von Patientinnen auf, sowohl wenn es um spontane Klagen über sexuelle Störungen als auch, wenn es um deren Erhebung durch den Arzt geht. Immerhin fast ein Drittel der Ärzte gaben an, dass ihre Patientinnen „nie“ über sexuelle Probleme klagen (gegenüber lediglich 5% der Ärzte, die dies über ihre männlichen Patienten berichten). Dies steht im eklatanten Widerspruch zu dem von mehreren Arbeitsgruppen gesicherten Befund, dass Frauen im Lebenslängsschnitt häufiger unter Sexualstörungen leiden als Männer. So fanden beispielsweise Laumann und Mitarbeiter (1999) in ihrer großangelegten Studie zur Verbreitung von sexuellen Störungen, dass 43% der Frauen (gegenüber 31% der Männer) im Alter zwischen 18 und 59 Jahren länger als 6 Monate an einer sexuellen Funktionsstörung leiden. Vor diesem Hintergrund ist es dann auch beunruhigend, dass immerhin 16% der Ärzte angaben, dass Sexualität „nie ein Thema im Arztgespräch“ mit ihren Patientinnen sei – eine Angabe, die die Kollegen nur bezüglich 3% ihrer männlichen Patienten machten. Bei Patientinnen diagnostizierten ganze 16% der Ärzte „niemals“ sexuelle Störungen, bei den Patienten waren es hingegen nur 2% derselben Ärzte. Auch bei der Thematisierung von Sexualität anlässlich bestimmter Medikation gaben nur 3% der Ärzte an, ihre männlichen Patienten in diesem Zusammenhang „nie“ zu befragen, 26% taten dies sogar

„häufig“, d.h. bei mindestens der Hälfte der entsprechenden Patienten. Die Patientinnen werden auch hier signifikant benachteiligt: 34% der Ärzte berichteten, dass sie ihre Patientinnen in diesem Zusammenhang „nie“ zur Sexualität befragen. Zudem überrascht die signifikant unterschiedliche Beteiligung an der Beantwortung zu dieser Fragestellung: 5% der Ärzte gaben keine Antwort bei den männlichen Patienten, aber ganze 22% der Ärzte gaben keine Antwort bei den Patientinnen.

Diese geschlechtsabhängigen Unterschiede könnten einerseits dadurch bedingt sein, dass – wie gezeigt wurde – es bei einem Arzt des eigenen Geschlechts leichter fällt, derartige Themen anzusprechen; es nahmen aber weniger Ärztinnen als Ärzte an unserer Untersuchung teil. In Analogie hierzu fanden Burd und Mitarbeiter (2006) in ihrer Studie einen signifikanten Unterschied zwischen dem Unbehagen von Ärzten und Ärztinnen bei Erhebung einer Sexualanamnese von Patienten und Patientinnen mit dem Ergebnis, dass es den Ärzten leichter fällt, gleichgeschlechtliche Patienten zu befragen. Ein zweiter Grund hierfür könnte darin liegen, dass die Ärzte annehmen, ihre Patientinnen könnten oder würden sich in diesen Fragen häufiger an ihren Frauenarzt wenden. Drittens wäre es möglich, dass die massenmediale Thematisierung von Medikamenten zur Behandlung der Erektionsstörungen männliche Sexualstörungen eher in das Blickfeld der Aufmerksamkeit gerückt haben und Patienten und Ärzte sich deshalb eher wagen, dieses Problem anzusprechen.

Auch zum Thema „Sexualstörungen bei Erkrankungen bzw. ihrer Behandlung“ werden widersprüchliche Ergebnisse deutlich: Während über die Hälfte (56%) der hierzu antwortenden Ärzte dies Thema bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und noch 48% bei einer antihypertensiven Therapie häufig ansprachen, geschah dies bei anderen Erkrankungen mit bekannten beeinträchtigenden Auswirkungen auf die Sexualität deutlich seltener. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Fragen durchaus nicht von allen Ärzten beantwortet wurden – die genannten Zahlen stellen also bereits Maximalangaben dar. Auch hier profitieren vor allem die männlichen Patienten, denen ca. ein Drittel der befragten Ärzte ein Gespräch anboten, während dies bei Patientinnen nur von einem Zehntel der Ärzte berichtet wurde.

Unsere Untersuchung hat weiterhin gezeigt, dass die von den befragten Ärzten festgestellten Sexualstörungen in der Rangfolge ihrer Häufigkeit in etwa der Verbreitung dieser Störungen in der Normalpopulation entsprechen: Bei den Männern dominierten die Erektionsstörungen, gefolgt von Appetenzmangel und vorzeitigem Samenerguss, wobei letzterer von den Ärzten signifikant häufiger diagnostiziert wurde als von den Ärztinnen. Dies

könnte daran liegen, dass den Ärztinnen möglicherweise diese häufigste Sexualstörung des Mannes (mit dem geringsten Leidensdruck) nicht so bekannt ist.

Auch die Angaben zur Häufigkeit, mit der Probleme im Gefolge sexueller Traumatisierungen festgestellt wurden, entspricht in der Relation den vorliegenden Daten zur Verbreitung sexueller Übergriffe: Diese wurden bei Patientinnen von 71% der Ärztinnen und knapp 52% der Ärzte festgestellt und damit deutlich häufiger als bei Patienten, wo dies von ca. einem Viertel der Ärztinnen und Ärzte genannt wurde.

Hauptgrund für die genannten Widersprüche zwischen gewachsenem Problembewusstsein der Ärzte einerseits und noch immer zu geringer Ansprache des Thema andererseits dürfte der Umstand sein, dass die weit überwiegende Zahl der an unserer Untersuchung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit bemerkenswerter Offenheit angaben, sich unzureichend auf den ärztliche Umgang mit Sexualität und ihren Störungen vorbereitet zu fühlen: Es zeigt sich hier also kaum ein Unterschied zu den immerhin 30 Jahre zurückliegenden Untersuchungen von Pacharzina (1975) und auch keine Verbesserung der Situation im Laufe der Jahre, wenn sich sowohl die älteren als auch die jüngeren Ärzte mehrheitlich nur mäßig sicher (53%) oder sogar unsicher oder sehr unsicher (13%) im Umgang mit Sexualstörungen fühlen und 87% der Befragten (ebenfalls ohne Altersunterschiede) angaben, in ihrem Studium keine ausreichenden Informationen über sexualmedizinische Störungsbilder erhalten zu haben: Dies entspricht insofern sicherlich der Wahrheit, als es Sexualmedizin als Lehrfach nur an drei deutschen Universitäten gibt.

Es zeugt wiederum von dem Problembewusstsein der Befragten und ihrem Bedürfnis, ihren Patientinnen und Patienten auch in diesem wichtigen Lebensbereich adäquate Hilfe anbieten zu können, wenn sich 81% von ihnen (jüngere stärker als ältere) hierzu entsprechende sexualmedizinische Weiterbildungsangebote wünschen. Allerdings muss auch hier einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die an der Befragung Teilnehmenden (also knapp 35% aller angeschriebenen Hausärzte) sich wahrscheinlich schon durch ihre Teilnahme an der Untersuchung als diesbezüglich interessierte und vielleicht auch besonders engagierte Ärzte erwiesen haben.

Die Tatsache, dass unsere Untersuchung ebenso wie eine Vielzahl anderer Studien gezeigt haben, dass sich Ärztinnen und Ärzte zwar über die Häufigkeit sexueller Probleme bei ihren Patienten durchaus im Klaren sind, ihnen auch Hilfe anbieten wollen, dies aber vor allem aufgrund mangelnder Kenntnisse und Fertigkeiten nicht tun können, weshalb sie sich entsprechende Verbesserungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung wünschen, unterstreicht erneut den Bedarf einer berufsbegleitenden

den Fort- und Weiterbildung im Bereich der Sexualmedizin. Die Akademie für Sexualmedizin bietet seit 1997 entsprechende berufsbegleitende Weiterbildungscurricula an und hat bereits 1995 die Einführung einer Zusatzbezeichnung für Sexualmedizin in die (Muster-) Weiterbildungsordnung für Ärzte gefordert (s. Vogt et al. 1995; Beier 1999). Bislang hat lediglich die Landesärztekammer Berlin (im November 2007; s. Amtsblatt für Berlin vom 2.11.2007, S. 2852ff) diese Zusatzbezeichnung eingeführt und 2010 einen entsprechenden Antrag auf deren bundesweite Etablierung an den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden gerichtet. Es bleibt in Anbetracht der Häufigkeit und Vielfalt sexueller Störungen zu hoffen, dass diesem Antrag nun endlich – nach immerhin 15 Jahren Bearbeitungsdauer – stattgegeben wird. Ansonsten droht nicht nur ein Fortbestehen einer eklatanten Versorgungslücke, die nachweislich zu erheblichen Belastungen der Patientinnen und Patienten führt, sondern auch die Peinlichkeit, dass Deutschland als Gründungsland der Sexualmedizin im europäischen Kontext zum sexualmedizinischen Entwicklungsland regrediert: Die European Academy for Sexual Medicine bietet auf europäischer Ebene seit 2007 mehrwöchige (allerdings bislang nur Theorieanteile beinhaltende) Weiterbildungskurse in Sexualmedizin an, deren Inhalte sich weitestgehend an den deutschen Curricula orientieren und deren Anerkennung durch die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) sich gegenwärtig in Vorbereitung befindet (Pryor, 2007).

Ein auf Initiative der Akademie für Sexualmedizin (ASM) nunmehr von einer Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der ASM, der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie (DGSM) und der Deutschen Gesellschaft für Sexuelforschung (DGfS) entwickelter 40stündiger Fortbildungskurs „Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung“ kann die beschriebene Versorgungslücke mit Sicherheit nicht schließen. Es ist dies allerdings ein erster Schritt, um dem erkennbar vorhandenen Bedürfnis der Ärzteschaft, ihren Patienten wenigstens bessere Informationen und Beratung bei sexuellen Problemen anbieten zu können, gerecht zu werden.

Die Kolleginnen und Kollegen sind sich – und das darf dann wohl als ein positives Ergebnis unserer Untersuchung betrachtet werden – ihrer ärztlichen Verantwortung auch in diesem sensiblen und wichtigen Bereich menschlichen Lebens und Erlebens durchaus bewusst und wünschen sich, hier adäquat Hilfe anbieten zu können. Es ist nun an den Gremien des Berufsstandes, diesem Bedürfnis gerecht zu werden – nicht nur im Interesse der wohlwollenden, aber leider oft noch hilflosen Helfer, sondern vor allem im Interesse der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Literatur

- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., Beier, K.M., 2009. How Unusual are the Contents of Paraphilias? Paraphilia-Associated Sexual Arousal Patterns in a Community-Based Sample of Men. *J Sex Med.* DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01597.x.
- Aschka, C., Himmel, W., Ittner, E., Kochen, N. M. 2001. Sexual problems of male patients in family practice. *J Fam Pract* 50, 773–778.
- Beier, K.M., 1999. Sexualmedizin: Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dtsch Ärztebl* 96, 2075–2077.
- Beier, K.M., Hartmann, U., Bosinski, H.A.G., 2000. Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie* 7, 62ff.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., Ahlers, C.J., 2005. *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis*. 2. Auflage, Urban & Fischer, München.
- Büsing, S., Liedtke, R., 1999. Spezialambulanz für sexuelle Funktionsstörungen. Ein Erfahrungsbericht im Kontext empirischer Daten. *Sexualmedizin* 21, 266–273.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zur Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ. Berlin.
- Burd, I.D., Nevadunsky, N., Bachmann, G., 2006. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med* 3, 194–200.
- Corrado, M., 1999. Men and erectile dysfunction: a survey of attitudes in 10 countries. *ISIR Newsbulletin*, 2, August 1999.
- 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. *Fam Pract* 15, 519–524
- Görge, G., Flüchter, S., Kirstein, M., Kunz, T., 2003. Sexualität, erektile Dysfunktion und das Herz: Ein zunehmendes Problem. *Herz* 28, 284–90.
- Gott, M., Hinchliff, S., 2003. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract* 20, 690–695.
- Haboubi, N.H., Lincoln, N., 2003. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil* 25, 291–6.
- Hartmann, U., Niccolosi, A., Glasser, D.B., Gingell, C., Buvat, J., Moreira, E., Laumann, E., 2002. Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“. *Sexuologie* 9, 50–60.
- Hinchliff, S., Gott, M., Galena, E., 2004. GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations – a qualitative study. *Eur J Gen Pract* 10, 56–60.
- Landesärztekammer Berlin, November 2007. Einführung der Zusatzbezeichnung Sexualmedizin. *Amtsblatt für Berlin* vom 2.11.2007, S. 2852 ff.
- Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C., 1999. Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *JAMA* 281, 537–544.
- Lindau, S.T., Schumm, L.P., Laumann, E.O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C.A., Waite, L.J., 2007. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 357, 762–74.

- Miner, M.M., Kuritzky, L., 2007. Erectile dysfunction: a sentinel marker for cardiovascular disease in primary care. *Cleve Clin J Med* 74, 30–7.
- Moreira, E. D., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A., Wang, T., Gingell, C. for the GSSAB Investigators Group, 2005. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 59, 6–16.
- Pacharzina, K., 1975. Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis, Teil 1-3. *Sexualmedizin* 4, 485–490, 535–542, 630–645.
- Patel, H., Heng, E. L., Aleem, A., Chung, N., John, M., Tang, O., Theobald, N., 2004. GU medicine consultants' and clients' opinion on general practitioner involvement with sexual health care. *Int J STD AIDS* 15, 779.
- Pryor, J., 2007. A brief note on the European Academy for Sexual Medicine. *J Sex Med* 4, 310.
- Read, S., King, M., Watson, J., 1997. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health Med* 19, 387–391.
- Rogstad, K. E., Henton, L., 2004. General practitioners and the national strategy on sexual health and HIV. *Int J STD AIDS* 15, 169–72.
- Sadovsky, R., Nusbaum, M., 2006. Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J Sex Med* 3, 3–11.
- Temple-Smith, M., Hammond, J., Pyett, P., Presswell, N., 1996. Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust Fam Physician* 25, 71–4.
- 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, 65–89.
- Wetzels, P., 1997. Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Sexuologie* 4, 89–107.
- Wycisk, verh. Cedzich, D.A., 2008. Sexualmedizinische Fragestellungen in der hausärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Hausarztbefragung. Med. Dissertation, Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Sektion für Sexualmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, H. 28; 24105 Kiel.
Email: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de