

Leitfaden für die Sexualanamnese

Brechen Sie das Eis mit sachlichen Fragen

VON H. A. G. BOSINSKI

Viele Patienten trauen sich nicht, sexuelle Probleme mit Ihrem Hausarzt zu besprechen. Gleichzeitig fürchten aber auch viele Ärzte, ihren Patienten zu nahezutreten, wenn sie den Verdacht auf eine sexuelle Störung ansprechen. Unser Autor sagt Ihnen, wie Sie das Thema „Sexualität“ am besten in Ihr Anamnesegespräch einbauen können.

— Etwa jeder dritte Erwachsene in hoch entwickelten Industrieländern ist für längere Phasen seines Lebens von einer sexuellen Störung betroffen [13, 25, 27, 33]. Sexualmedizinisch relevante Störungsbilder lassen sich im Wesentlichen in vier Gruppen einteilen, wobei Überschneidungen der einzelnen Zustandsbilder keineswegs selten sind:

1 Sexuelle Funktionsstörungen

Sie stellen zahlenmäßig die Hauptgruppe sexualmedizinischer Störungsbilder dar.

2 Sekundäre Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens (z. B. infolge anderer Grunderkrankungen und/oder deren Behandlung)

Diese nehmen insbesondere aufgrund des demografischen Wandels an Bedeutung zu (s. auch Beitrag von Beier). Ärztliche Kompetenz und Hilfe ist auch gefragt bei sexuellen Störungen aufgrund sexueller Traumatisierung: Repräsentative Dunkelfeldstudien haben

gezeigt, dass ca. 9% aller Mädchen bis zu ihrem 14. Geburtstag Opfer sexueller Übergriffe mit Körperkontakt werden [36] (Jungen 3%). Einer groß angelegten Dunkelfeldstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zufolge werden ca. 13% aller Frauen jenseits des 16. Lebensjahres Opfer sexueller Gewalt [6]. Für die Erkennung und ggf. Behandlung dieser zwar nicht zunehmenden, jedoch in jedem Einzelfall hochbedeutsamen Problematik sei auf die entsprechende Spezialliteratur verwiesen [z. B. 5, 7].

3 Transsexuelle Geschlechtsidentitätsstörungen

Hierbei handelt es sich um eine zwar kleine (in Deutschland ca. 2,5/100 000 Erwachsene), aber durchaus leidgeprüfte Patientengruppe, die aus verschiedenen Gründen besonderer ärztlicher Unterstützung bedarf [31]. Für weitere Einblicke in diese nicht selten ärztlich und arztrechtlich diffizile Problematik sei auf die für Deutschland entwickelten leitlinienartigen Standards der Behandlung und Begutachtung [2] sowie auf die einschlägige Literatur [z. B. 8, 34] verwiesen.

Auch in Zeiten gewachsener Toleranz und Akzeptanz benötigen Jugendliche im homosexuellen Coming-out neben ihren Eltern gelegentlich auch ärztliche Beratung und Aufklärung [15].

4 Soziosexuelle Störungen inklusive Paraphilien und Sexualdelinquenz

Aus forensischen Studien im Hellfeld ist bekannt, dass etwa jeder zweite Kindesmissbraucher seine Tat(en) aufgrund einer pädophilen Neigung begeht, während höchstens 10% der Vergewalti-



Foto: Superbild

gungen eine paraphile Motivation des Täters zugrunde liegt. Zwar fehlen bislang repräsentative Angaben über die Verbreitung sexuell devianter (= paraphiler) Neigungen, aus der klinisch-sexualmedizinischen Arbeit und dem weltweit ersten Dunkelfeldprojekt zur Prävention pädophil motivierter Straftaten ist jedoch bekannt, dass eine Vielzahl der Männer mit derartigen Neigungen oft vergeblich ärztliche Hilfe suchen [4].

Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes und der Frau

Nosologie und Epidemiologie

Sexuelle Funktionsstörungen werden nach ihrem Auftreten innerhalb des sexuellen Reaktionszyklus klassifiziert, der erstmals durch Masters und Johnson (1966, dt. 1985) beschrieben, von Kaplan (1979) ergänzt und mittlerweile für das weibliche Geschlecht von Basson (2002) alternativ betrachtet wird. Dementsprechend lassen sich Störungen der



Foto: Superbild

Appetenz-, der Erregungs- und der Orgasmusphase beschreiben. Für die sich anschließende Rückbildungsphase sind keine Störungen bekannt (Tab. 1).

Bei den Untersuchungen zur Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen ist prinzipiell Folgendes zu beachten:

- Sie betreffen letztlich immer das Paar, auch wenn nur einer der beiden Partner die eigentliche Störung aufweist.
- Ausfälle verschiedener Funktionen sind durchaus nicht bei allen Betroffenen mit einem Leidensdruck und/oder Behandlungswunsch verbunden. Dieser hängt vor allem auch mit dem Alter und dem Vorhandensein anderer (gesundheitlicher oder psychosozialer) Probleme zusammen.
- Die epidemiologischen Häufigkeitsangaben sind in ganz erheblichem Maß von alters- und soziokulturellen Faktoren beeinflusst, was auf die biopsychosoziale Fundierung der menschlichen Sexualität verweist.

Mangel an sexuellem Verlangen

Die häufigste Sexualstörung bei Frauen ist der Mangel an sexuellem Verlangen [26]. Als Problem mit Leidensdruck

wird es von ca. 15% der erwachsenen Frauen in Industrieländern beklagt [16]. Der Beginn der Störung datiert oft in die Zeit nach der Geburt des ersten Kindes. Diese postpartal verminderte sexuelle Ansprechbarkeit der Frau ist ein beinahe physiologisches Ereignis und nicht nur durch die gestiegenen Verpflichtungen und Belastungen in der Versorgung des Kindes, sondern insbesondere durch den postpartalen Anstieg des „antilibidinös“ wirkenden Hormons Prolaktin mitbedingt. Die ärztliche Aufklärung des Paares über diese Zusammenhänge kann dazu beitragen, deletäre Entwicklungen im Sinne eines Circulus vitiosus von gegenseitigen Schuldzuweisungen und sexuellen Disharmonien zu verhindern.

Weitere Ursachen der Appetenzminderung liegen zuallermeist in psychosozialen Überlastungen (innerhalb oder außerhalb der Partnerschaft), die bei beiden Geschlechtern bis zu (libidomindernden) Depressionen führen können.

Ein zunehmend klinisch relevantes Problem stellt Mangel oder Verlust sexuellen Verlangens auch bei Männern dar: In einer repräsentativen Erhebung berichten darüber ca. 15% der Befragten. Klinische Studien beschreiben eine deutliche Zunahme von Hilfe suchenden Männern mit diesem Problem, wobei diese Anhedonie häufig im Gefolge eines Burn-out-Syndroms auftritt.

Lubrikationsstörungen

Lubrikationsstörungen mit Beeinträchtigung der koitalen Aktivität und daraus resultierendem Leidensdruck (12–30%; [27]) nehmen mit dem Alter der Frau deutlich zu. Dies lässt sich vor allem durch den menopausalen Ausfall der ovariellen Östrogenproduktion und nachfolgende Atrophien im Vaginalbereich mit Pruritus, nachlassender Lubrikation und daraus folgender Dyspareunie erklären. In der Menopause sind 75% der gynäkologischen Patientinnen betroffen [30]. Derartige Beschwerden lassen sich gut durch lokale Applikation östrogenhaltiger Salben coupieren.

Erektionsstörungen

Bei Männern liegen inzwischen zahlreiche Studien zur Prävalenz von Erektionsstörungen vor [9]: Eine Erektionsstörung fand sich bei 9,5% der Befragten in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren, bei 15,7% der 50–59-Jährigen, 34,4% der 60–69-Jährigen und bei 53,4% zwischen 70 und 80 Jahren.

Die Massachusetts Male Aging Study (MMAS) [14] fand bei 17% der befragten 40- bis 70-jährigen Männer ein minimales, bei 25% ein moderates und bei immerhin 10% ein komplettes Versagen der Erektion. Auffallend war dabei die hohe Koinzidenz mit allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern (v. a. Diabetes, Herzkrankheit und Bluthochdruck). Oft wird verkannt, dass das Auftreten einer Erektionsstörung jenseits des 40. Lebensjahres ein erster Indikator für eine chronisch ischämische Herzkrankheit sein kann [18].

Orgasmusstörungen

Über Orgasmusstörungen verschiedenen Ausmaßes berichten 10–20% der in repräsentativen Studien befragten Frauen [23, 25, 33]. Die Ursachen sind vielfältig und reichen von Ungeschicklichkeit über Angst vor Kontrollverlust bis hin zu Auswirkungen partnerschaftlicher Disharmonien.

Ejaculatio (Orgasmus) praecox

Der vorzeitige Samenerguss, definiert als anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht, ist mit einer Prävalenz von ca. 30% das häufigste sexuelle Störungsbild des Mannes [10]. Typischerweise besteht eine große Diskrepanz zwischen Befund und Leidensdruck bzw. Behandlungswunsch.

Dyspareunie / Vaginismus

Die Häufigkeit für Dyspareunien (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ohne morphologisches Korrelat) wird in der Literatur zwischen 10 und 20% angegeben [11, 17], Vaginismus (schmerzhaftes reflektorisches Verkrampfen der Vaginalmuskulatur beim Versuch der Penetration) wird von

5–15% der Frauen beklagt [22]. Besonders letztgenannter Störung liegen nicht selten sexuelle Traumata in Kindheit oder Jugend zugrunde.

Die Rolle des Hausarztes

Häufigkeit und Brisanz der im Zusammenhang mit sexuellen Störungen auftretenden Probleme lassen es verständlich erscheinen, dass die WHO bereits im Jahr 1975 und erneut 2001 Handlungsempfehlungen für den ärztlichen Umgang mit Sexualität und ihren Störungen herausgab.

Da der Hausarzt zumeist das persönliche, familiäre und soziale Umfeld seiner Patienten überschaut und deren Krankengeschichten oft schon seit der Kindheit oder Jugend kennt, ist er als deren erster Ansprechpartner besonders prädestiniert. Indes scheint es so, dass der Hausarzt diesen Erwartungen nicht immer ausreichend gerecht wird: Eine groß angelegte Studie zur Arzt-Patient-Kommunikation über Sexualität ergab, dass nur eine Minderzahl der Respondenten (19% der Frauen und 12% der Männer) von ihrem Arzt in der Vergangenheit nach sexuellen Störungen befragt worden war [21]. Maximal ein Viertel der Probanden hatte von sich aus Hilfe bei einem Arzt gesucht.

Eigene Untersuchungen zeigen, dass die Zurückhaltung der Hausärzte bei der Behandlung des Themas „Sexualität“ in den letzten 30 Jahren zwar zurückgegangen ist [38]. Dennoch

kommt auch heute noch bei vielen Ärzten große Unsicherheit auf, wenn sie mit Patienten dieses Thema besprechen (s. a. Editorial).

Erster Schritt: die Sexualanamnese

Ein häufiges Argument für das Nichtansprechen der Sexualität in der ärztlichen Praxis ist (neben der als unzureichend empfundenen fachlichen Kompetenz) die Sorge, dem Patienten „zu nahezutreten“. Man nimmt an, dieser würde sich schon melden, wenn er Probleme hätte. Tatsächlich zeigt aber die klinische Erfahrung, dass sich Patienten mit sexuellen Störungen zwar von ihrem Arzt im Stillen Hilfe erhoffen, jedoch Scheu empfinden, ihr Problem von sich aus vorzubringen.

Wenn der Hausarzt durch einige wenige sachliche Fragen zur Sexualität in der Anamnese Ansprechbereitschaft signalisiert, wird dies von den Patienten dankbar als Gelegenheit wahrgenommen, sich beim Arzt ihres Vertrauens, „endlich einmal aussprechen zu können“. Deshalb sollte die Erhebung der Sexualanamnese integraler Bestandteil des ärztlichen Gesprächs sein, in dem ja auch andere „intime Sachverhalte“ (z. B. Miktion oder Defäkation) ohne Scheu thematisiert werden.

Zugleich sollte diese Befragung aber auch mit Achtsamkeit für die individuelle Ausgangssituation der Patientin/des Patienten, für Intimschranken und Problemlagen geführt werden. Es

geht darum, ein Gesprächsangebot zu unterbreiten, und nicht, der Patientin/dem Patienten das Thema „aufzunötigen“ oder es „auszuhorchen“.

Wertungen sind in diesem Gespräch ebenso fehl am Platz wie ein anbietendes Eingehen auf die zuweilen recht schlichte Terminologie des/der Betreffenden. Dabei zeigt sich oft, dass gerade das sachliche Reden über „delikate Sachverhalte“ auch vielen Ärzten außerordentlich schwerfällt. Sie umgehen das Thema deshalb lieber, was mitunter zu geradezu grotesken Missverständnissen führen kann (etwa wenn die ungewollte Kinderlosigkeit eines Paares durch einen Vaginismus bei der Frau und/oder eine Ejaculatio praecox beim Mann bedingt ist).

Das sachliche Ansprechen der Intimsphäre bedarf einiger Übung und Selbsterfahrung, die im Rahmen einer sexualmedizinisch-psychosomatischen Fortbildung oder auch in der Balint-Gruppenarbeit erworben werden kann.

Mögliche Anknüpfungspunkte für die Sexualanamnese

- Die Frage nach der Paarsituation (dem Ehestand u. Ä.) gehört regelhaft zur Sozialanamnese und kann problemlos durch jene nach der sexuellen Kommunikation ergänzt werden, etwa: „Gibt es in Ihrer Beziehung sexuelle Probleme?“.
- Besonders bei jugendlichen, aber auch bei älteren neuen Patientinnen und Patienten sind die Erhebung der

Tabelle 1	
Einteilung der sexuellen Funktionsstörungen (ICD-10/DSM-IV-TR)	
<p>Störungen der Appetenzphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Anhedonie (F52.0/302.71) → Sexuelle Aversion (F52.1/302.79) → Gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7/-) <p>Störungen der Erregungsphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Verminderte oder ausbleibende Lubrikation (F52.2/302.72) → Erektile Dysfunktion (F52.2/302.72) <p>Störungen der Orgasmusphase:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Anorgasmie (F52.3/302.73) → Ejaculatio praecox (F52.4/302.75) 	<p>Weitere Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Dyspareunie (ohne körperliche Erkrankung; F52.6/302.76) → Vaginismus (ohne körperliche Erkrankung; F52.5/302.51) → Sex. Funktionsstörung aufgrund einer körperlichen Erkrankung (-/607.84; 608.89; 625.0; 625.8) → Substanzinduzierte sexuelle Funktionsstörung (-/291.8; 292.89)

Tabelle 2
Prinzipien der Sexualanamnese
<ul style="list-style-type: none"> - Sie sollte selbstverständlicher Bestandteil des ärztlichen Gesprächs sein. - Sie sollte so genau wie möglich und so umfangreich wie nötig sein. - Sie darf nicht verletzend sein. - Sie muss gelernt werden. - Sie ist wesentlich für das Erkennen weitergehender Störungen. - Sie kann der erste Schritt zu einer erfolgreichen Sexualtherapie sein.

Pubertäts- und ggf. die Regelanamnese Standard. In diesem Zusammenhang können zwanglos das Kohabitätsalter, die aktuelle Koitusfrequenz und damit im Zusammenhang auftretende Probleme erfragt werden (etwa: „Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden oder gibt es da Probleme?“).

- Wünsche der Patientinnen nach Kontrazeption sind Wünsche nach Sexualität ohne Reproduktion! Hierbei die Sexualität anzusprechen (Frequenz und Zufriedenheit), sollte eigentlich normal sein.
- Gleiches gilt für Bezüge des aktuellen Beschwerdebildes zum Sexualverhalten, etwa bei unklaren Unterbauchbeschwerden: „Haben Sie beobachtet, ob Ihre Beschwerden nach dem Geschlechtsverkehr schlimmer werden?“

Prinzipiell gilt: Fragen nach der Sexualität signalisieren die Ansprechbarkeit des Arztes auch für diesen Bereich und eröffnen denjenigen Patientinnen und Patienten, die hier Probleme haben, die Möglichkeit, diese zu berichten.

Inhalt des ärztlichen Gesprächs über Sexualität

Beim ärztlichen Gespräch über Sexualität sollten folgende Punkte Berücksichtigung finden (s. a. Beitrag Beier; [5])

1 Sexualität betrifft das Paar

Wenn über Beschwerden in diesem Bereich berichtet wird, sollte wenn möglich die Partnerin/der Partner in das ärztliche Gespräch mit einbezogen werden. Immer sollte versucht werden, die Bedeutung, die das Paar Intimität und Sexualität beimisst, zu erfragen. Dies kann auch bei der heute durchaus nicht mehr seltenen hausärztlichen Verordnung erektionsfördernder Phosphodiesterase-Hemmer (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil) bei Männern mit Erektionsstörung bedeutsam sein: Es gilt nicht nur, die allgemeinmedizinischen Voraussetzungen hierfür akribisch zu berücksichtigen (und im Übrigen zu prüfen, ob die geklagte Erektionsstörung Indikator eines bislang unbekanntes kardiologischen Risikos ist). Es sollte darüber hinaus daran gedacht werden, dass die Verordnung von PDE5-Hemmern ohne Einbeziehung der Partnerin schnell Gefahr

Fazit für die Praxis

Wie in anderen Gesundheitsfragen auch erwarten die unter sexuellen Problemen leidenden Patienten in erster Linie von der Medizin Abhilfe, Beratung und Therapie. Diese Erwartung ist insofern berechtigt, als es, zumindest in hoch entwickelten Industrieländern, der Stand der medizinischen Versorgung erlaubt, über die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Vitalfunktionen hinaus auch die Lebensqualität der Patienten im Blick zu behalten.

läuft, bei dieser auf Ablehnung oder zumindest Skepsis zu stoßen, was sich wiederum negativ auf deren sexuelles Erleben, aber auch auf die erhoffte Medikamentenwirkung auswirken kann.

2 Sexualverhalten ist das Ergebnis eines biopsychosozial determinierten Entwicklungsprozesses

Zum Verständnis der aktuellen Situation des Patienten sollte seine „sexuelle Biografie“ zumindest in Umrissen erfragt werden: Atmosphäre in der Herkunftsfamilie bezüglich Sexualität und Geschlechtlichkeit (prüde/offen/neutral), Alter und Erleben der sexuellen Aufklärung, Alter und Erleben der körperlichen Pubertät (Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen oder -vorsprünge), psychosexuelle Entwicklungssequenzen (Alter und Beginn der Masturbation, erste Liebe, erster Geschlechtsverkehr, Zahl der bisherigen Sexualpartner, Dauer und Qualität der gegenwärtigen Partnerschaft).

3 Sexualverhalten ist situations- und kontextgebunden

Über die unmittelbare Funktionserfragung hinaus sollten Genese der Störung und Rahmenbedingungen der sexuellen Begegnung – in der die Störung ja auftritt – erfragt werden. Zunächst wird es wichtig sein, die „Störungsdefinition“ des Patienten zu erfragen: Maßstab ist oft die eigene Jugendzeit! Sodann ist die „Lerngeschichte“ der Störung überaus bedeutsam: Seit wann besteht die Störung, wann und unter welchen Bedingungen (andere Partnerin? Stressoren? neue Medikamente?) trat sie erstmals

auf? Zur Konkretisierung der geklagten Beschwerden eignet sich oft eine Situationsanalyse („Wie war es beim letzten Mal?“), wobei die begleitenden Kognitionen des Patienten („Wann denken Sie was ...?“) oft Hinweise auf einen Erwartungs-Angst-Mechanismus geben, der durch die (zu erfragende) Reaktion der Partnerin eventuell noch verstärkt wird.

4 Sexualstörungen können

Manifestation anderer Störungen sein

Hinter einem plötzlich auftretenden Lustverlust kann ein Prolaktinom, hinter einer plötzlichen Anorgasmie eine multiple Sklerose, hinter einer Erektionsstörung eine arteriosklerotisch bedingte Minderperfusion, hinter einer isoliert in der Paarbegegnung auftretenden Erektionsstörung (mit ungestörter Erektion bei der Masturbation mit entsprechenden Begleitfantasien) eine Paraphilie stehen. Dies sind sicherlich seltene, dennoch aber wichtige Zusammenhänge, die dem Allgemeinarzt geläufig sein sollten und ggf. eine vertiefte Diagnostik erforderlich machen.

Eine richtig erhobene Sexualanamnese kann bereits ein erster Schritt zur Sexualberatung und -behandlung sein. Im Grundsatz geht es vornehmlich darum, diejenigen Patienten zu erkennen, bei denen eine sexualmedizinisch spezialisierte Therapie erforderlich wird (Überweisungskompetenz). Eine sexualmedizinische Behandlungskompetenz kann in berufsbegleitenden Weiterbildungscurricula der Akademie für Sexualmedizin erworben werden [3, 39].

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski
Sektion für Sexualmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel, A.-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel
Tel.: 0431/597-3650, Fax: 0431/597-3984
E-Mail: hagbosi@sexmed.uni-kiel.de
<http://www.uni-kiel.de/sexmed>

Keywords

The Family doctor's role in Diagnosis and Treatment of Sexual Disorders

Sexual Medicine – Sexual Dysfunctions – General Practitioner

Literatur

- 1 Basson, R. (2002): Neubewertung der weiblichen sexuellen Reaktion. *SEXUOLOGIE* 9: 23-29.
- 2 Becker, S./ Bosinski, H.A.G./ Clement, U./ Eicher, W./ Goerlich, T./ Hartmann, U./ Kockott, G./ Langer, D./ Preuss, W./ Schmidt, G./ Springer, A./ R. Wille (1997): Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *SEXUOLOGIE* 4: 130-138.
- 3 Beier, K.M. (1999): Sexualmedizin - Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *DT ARZTEBL* 96: A - 2075 - 77.
- 4 Beier, K.M. (2006): The Berlin primary prevention approach: A treatment program for pedophiles. Vortrag auf der 9. International Konferenz der International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO). Hamburg, 6.-9. September 2006
- 5 Beier, K.M./ Bosinski, H.A.G./ Loewit, K. (2005): Sexualmedizin – Grundlagen und Praxis. München: Urban & Fischer (2. überarb. Auflage).
- 6 BMFSFJ (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- 7 Bosinski, H.A.G. (2002): Sexuelle Übergriffe – Die Opfer. In: Ostendorf, H./ Köhnken, G./ Schütze, G. (Hrsg): Aggression und Gewalt. Frankfurt/M.: Peter Lang (S.159-174).
- 8 Bosinski, H.A.G. (2003): Diagnostische und arztrechtliche Probleme bei transsexuellen Geschlechtsidentitätsstörungen. *Urologe [A]* 42:709–721
- 9 Braun, M./ Wassmer, G./ Klotz, T./ Reifenrath, B./ Mathers, M./ Engelmann, U. (2000): Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *INT J IMPOT RES* 12:305-311.
- 10 Carson, C./ Gunn, K. (2006): Premature ejaculation: definition and prevalence. *INT J IMPOT RES* 18 Suppl 1: 5-13.
- 11 Danielsson, I./ Sjöberg, I./ Stenlund, H./ Wikman, M. (2003): Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *SCAND J PUBLIC HEALTH* 31: 113-8
- 12 DSM-IV-TR (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Textrevision. Göttingen: Hogrefe
- 13 Dunn, K.M./ Jordan, K./ Croft, P.R./ Assendelft, W.J. (2002): Systematic review of sexual problems: epidemiology and methodology. *J SEX MARITAL THER* 28:399-422.
- 14 Feldmann, H.A./ Goldstein, I./ Hatzichristou, D.G./ Krane, J.R./ McKinlay, J.B. (1994): Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J UROLOGY* 151: 54-61.
- 15 Frankowski, B. L. (2004): Sexual orientation and adolescents. *PEDIATRICS* 113: 1827-32.
- 16 Fugl-Meyer, A.R./ Sjogren Fugl-Meyer, K. (1999): Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74 year-old Swedes. *SCAN J SEXOLOGY* 2: 79-105.
- 17 Glatt, A. E./ Zinner, S. H./ McCormack, W. M. (1990): The prevalence of dyspareunia. *OBSTET GYNECOL* 75: 433-6
- 18 Görg, G./ Flüchter, S./ Kirstein, M./ Kunz, T. (2003): Sexualität, erektile Dysfunktion und das Herz: ein zunehmendes Problem. *HERZ* 28: 284-290.
- 19 Gott, M./ Hinchliff, S./ Galena, E. (2004): General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *SOC SCI MED* 58: 2093-103
- 20 Haboubi, N.H./ Lincoln, N. (2003): Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *DISABIL REHABIL* 25: 291-6
- 21 Hartmann, U./ Niccolosi, A./ Glasser, D.B./ Gingbell, C./ Buvat, J./ Moreira, E./ Lauman, E. (2002): Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen“. *SEXUOLOGIE* 9: 50-60.
- 22 Heiman, J.R./ Meston, C.M. (1997): Evaluating sexual dysfunction in women. *CLIN OBSTET GYNECOL* 40: 616-29
- 23 Hisasue, S./ Kumamoto, Y./ Sato, Y./ Masumori, N./ Horita, H./ Kato, R./ Kobayashi, K./ Hashimoto, K./ Yamashita, N./ Itoh, N. (2005): Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *UROLOGY* 65: 143-8
- 24 Kaplan, H.S. (1979): Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner & Mazel
- 25 Laumann, E. O./ Paik, A./ Rosen, R. C. (1999): Sexual dysfunction in the United States. *JAMA* 281: 537–544.
- 26 Leiblum, S.R. (1998): Definition and classification of female sexual disorders. *INT J IMPOT RES* 10, Suppl. 2: 104-6
- 27 Lewis, R. W./ Fugl-Meyer, K. S./ Bosch, R./ Fugl-Meyer, A. R./ Laumann, E. O./ Lizza, E./ Martin-Morales, A. (2004): Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J SEX MED* 1: 35-39
- 28 Masters, W.H./ Johnson, V.E. (1973): Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen. Frankfurt / M.: Goverts-Krüger-Stahlberg.
- 29 Masters, W.H./ Johnson, V.E. / Sigusch, V. (1985): Die sexuelle Reaktion. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch).
- 30 Nusbaum, M.R./ Gamble, G./ Skinner, B./ Heiman, J. (2000): The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J FAM PRACT* 49: 229-32
- 31 Osburg, S./ Weitze, C. (1993): Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *RECHT & PSYCHIATRIE* 11:2-26.
- 32 Pacharzina, K. (1975): Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis (Teil 1-3). *SEXUALMEDIZIN* 4: 485-490, 535-542, 630-645
- 33 Simons, J.S./ Carey, M.P. (2001): Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *ARCH SEX BEHAV* 30: 177-219
- 34 Stalla, G.K. (Hrsg) (2006): Therapieleitfaden Transsexualität. Bremen: Uni-Med Verlag.
- 35 US-Surgeon General (2001): Call to action to promote sexual health and responsible sexual behaviour. United States Department of Health & Human Services. <http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/call.htm>
- 36 Wetzels, P. (1997): Prävalenz und familiäre Hintergründe sexuellen Kindesmißbrauchs in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *SEXUOLOGIE* 4: 89-107.
- 37 World Health Organization (WHO)(2001): Promotion of sexual health. Recommendations for action. New York,
- 38 Wycisk, D.A. (2007): Sexualmedizinische Fragestellungen in der hausärztlichen Praxis – Ergebnisse einer Hausarztbefragung. Med. Dissertation Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- 39 Ärztekammer Berlin (2007): 5. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung. Amtsblatt für Berlin, 57. Jg., Nr. 48