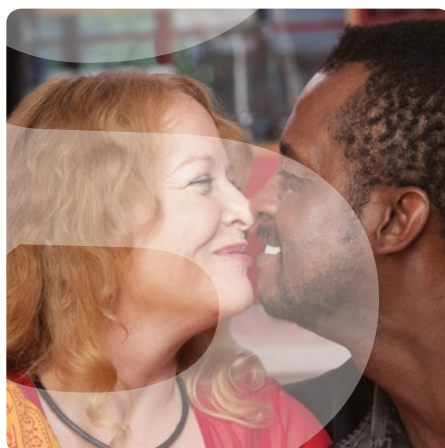
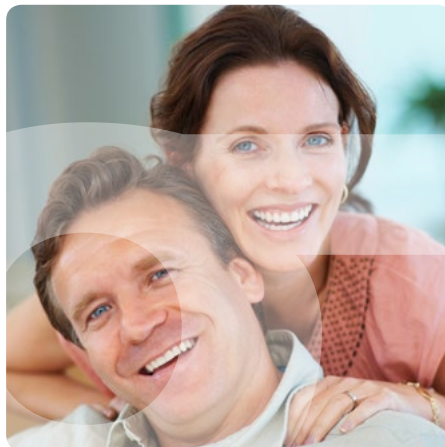
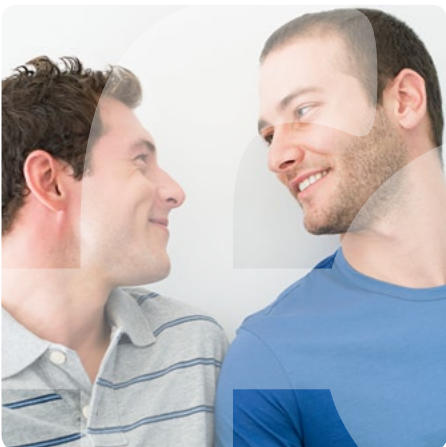


Sexuelle Gesundheit

Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?

Tagungsbericht 2016



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
Tel. +43 71100-0

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc, Leiterin der Sektion III des BMGF
MRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrobas, stv. Leiterin der Sektion III des BMGF

Autorinnen und Autoren:

Dr.ⁱⁿ Elia **Bragagna** | Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard **Crevenna**, MBA, MSc | Dr.ⁱⁿ Barbara **Eberz** |
Dr. Thomas **Ettenauer** | Prim.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid **Geiss** | Prof. Dr. Uwe **Hartmann** | Dr.ⁱⁿ Doris **Hinkel** |
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra **Kautzky-Willer** | Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus **Margreiter**, FEBU, FECSM |
Dr.ⁱⁿ Michaela **Rauschmeier**, MBA | Dr.ⁱⁿ Marlene **Sator** | OA Dr. Rainer **Schmid** |
Univ.-Prof. Dr. Hermann **Toplak** | Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lucia **Ucsnik**, MAS, FECSM |
Prim.^a Dr.ⁱⁿ Eva Maria **Uher** | Constantin **Zieger**, BSc MSc

Internet:

www.bmgf.gv.at

Titelbilder:

Shutterstock

Layout Umschlag:

Mag.^a Natascha Safarik

Erscheinung:

Februar 2017

ISBN:

978-3-903099-17-3

Alle Rechte vorbehalten. Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe im Fernsehen und Hörfunk sowie der Verarbeitung und Einspeicherung in elektronischen Medien, wie zum Beispiel Internet oder CD-Rom. Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Begleitwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Nach Angaben der Statistik Austria leidet mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung an einer dauerhaften Krankheit oder einem chronischen Gesundheitsproblem. Besonders häufig sind etwa Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des rheumatischen Formenkreises sowie Krebs und psychische Krankheiten. Vor allem die genannten chronischen Erkrankungen sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel gehören zu den Hauptursachen organisch bedingter Sexualstörungen. Die Folgewirkungen und der Leidensdruck, welche für Betroffene entsteht, werden dabei vielfach unterschätzt.



Als Gesundheitsministerin ist es mir ein Anliegen, eine ganzheitliche und integrative Sicht der Gesundheit zu fördern. Gemäß der Weltgesundheitsorganisation ist die sexuelle Gesundheit untrennbar mit der Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Diese fordert seit dem Jahr 2000, dass die sexuelle Gesundheit als Teil der Gesamtgesundheit gesehen und angesprochen werden soll. Um Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe sowie relevante Stakeholder auf Entscheidungsebene für dieses Thema zu sensibilisieren und eine allgemeine Bewusstseinsbildung zu stärken, veranstaltete das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen die Tagung zum Thema „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“. Mit dieser Veranstaltung ist es uns gelungen, eine breite Öffentlichkeit zu erreichen und einen interdisziplinären Informationsaustausch sowie eine fachliche Vernetzung von Expertinnen und Experten zu ermöglichen.

Ich freue mich nun, Ihnen mit dem vorliegenden Tagungsbericht die wichtigsten Ergebnisse dieser Veranstaltung präsentieren zu dürfen. Zudem möchte ich mich bei allen Personen, welche an der Gestaltung dieser Tagung beteiligt waren, sehr herzlich bedanken.

Ihre

Dr.ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Programm	8
3	Beiträge	10
3.1	„Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“	10
3.2	Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzbarkeit	16
3.3	„Das mit dem ... Naja ... Sie wissen schon ...“ – Patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder	20
3.3.1	Eine Fallvignette	20
3.3.2	Patientenzentrierte Gesprächsführung	20
3.3.3	Ebene individueller Kompetenzen: der Umgang mit Tabuthemen	22
3.3.4	Systemebene: Was braucht es für eine verbesserte Gesprächsqualität?	23
4	Fallbeispiele: „Wenn die sexuelle Gesundheit beeinträchtigt ist“	25
4.1	Onkologie-Patientin mit Rektumkarzinom	25
4.1.1	Aus der Sicht der präoperativen Strahlentherapie und Radiologie	26
4.1.2	Aus der Sicht der Gynäkologie	27
4.1.3	Aus der Sicht der Chirurgie	27
4.1.4	Aus der Sicht der Physikalischen Medizin und Rehabilitation	28
4.1.5	Aus der Sicht der Chirurgie (Fortsetzung)	29
4.2	Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr	31
4.2.1	Aus der Sicht der Sexualmedizin	32
4.2.2	Aus der Sicht der Physikalischen Medizin	34
4.2.3	Aus der Sicht der Psychiatrie	35
4.2.4	Aus der Sicht der Schmerztherapie	35
4.3	Patient mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom	37
4.3.1	Aus der Sicht der Urologie und Andrologie	38

4.3.2	Aus der Sicht der Inneren Medizin	38
4.3.3	Aus der Sicht der Diabetologie	39
4.3.4	Aus der Sicht der Sexualmedizin	40
5	Podiumsdiskussion: „Sexuelle Gesundheit in Österreich – die Kluft zwischen Ist und Soll“	42
6	Ausblick.....	45
7	Literaturangaben	46
8	Glossar	50
9	Anhang.....	52
9.1	Beiträge	52
9.1.1	Elia Bragagna: „Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“	52
9.1.2	Uwe Hartmann: „Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzung“	52
9.1.3	Marlene Sator: „Das mit dem ... Naja ... Sie wissen schon ...“ – Patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder	52
9.2	Fallbeispiele	53
9.2.1	Fallbeispiel 1 – „Onkologie-Patientin mit Rektumkarzinom“	53
9.2.2	Fallbeispiel 2 – „Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr“	53
9.2.3	Fallbeispiel 3 – „Patient mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom“	53

1 Einleitung

Der vorliegende Tagungsbericht bietet eine Zusammenschau der Auftaktveranstaltung „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“, welche am 10. Juni 2016 im Festsaal des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen stattfand. Ziel dieser Tagung war es, das Bewusstsein hinsichtlich der sexuellen Gesundheit in Österreich entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) postulierten Millenniumsziele zu erhöhen. Die Tagung richtete sich vor allem an Vertreterinnen und Vertreter aller Gesundheitsberufe, insbesondere auch der Ärzteschaft, sowie an relevante Stakeholder aus dem Bereich des Gesundheitswesens. Im gemeinsamen Diskurs konnte auf aktuelle Entwicklungen aufmerksam gemacht und ein interdisziplinärer Informationsaustausch ermöglicht werden.

Nachfolgend werden die im Rahmen der Tagung präsentierten Inhalte in Anlehnung an das Veranstaltungsprogramm, welches unter Punkt 2 auf Seite 8 abgebildet wird, wiedergegeben. Die wichtigsten Ergebnisse der präsentierten Vorträge und Fallbeispiele wurden für den Tagungsbericht von den Referentinnen und Referenten in Form von Beiträgen zusammengefasst. Die Präsentationen der Tagung stehen auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen unter www.bmgf.gv.at/home/sexuelle_Gesundheit zum Download zur Verfügung. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter Punkt 9.1 „Beiträge“ beziehungsweise 9.2 „Fallbeispiele“. Den Abschluss bildet eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion zum Thema „Sexuelle Gesundheit in Österreich – die Kluft zwischen Ist und Soll“.

2 Programm

„Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“

10. Juni 2016, 9.00 Uhr – 16.00 Uhr,

im Festsaal des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 1030 Wien, Radetzkystraße 2

Tagungsprogramm

Moderation: Joy Ladurner

- 9.00 – 9.30 Registrierung und Kaffee
- 9.30 – 9.45 **Eröffnung** durch Frau Bundesministerin Sabine Oberhauser
- 9.45 – 10.15 **Impulsreferat** – „Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“ (Elia Bragagna)
- 10.15 – 11.00 **Vortrag** – „Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzung“ (Uwe Hartmann)
- 11.00 – 11.30 **Vortrag** – „Das mit dem ... Naja ... Sie wissen schon ...“ – Patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder (Marlene Sator)
- 11.30 – 12.20 „Wenn die sexuelle Gesundheit beeinträchtigt ist“ – **Fallbeispiele** für die Kooperation medizinischer Fachbereiche

Beispiel 1 – Onkologie-Patientin mit Rektumkarzinom

Richard Crevenna – Physikalische Medizin

Ingrid Geiss – Gynäkologie/Sexualmedizin

Rainer Schmid – Strahlentherapie

Lucia Ucsnik – Chirurgie/Sexualmedizin

12.20 – 13.10 **Mittagessen**

13.10 – 14.00 **Beispiel 2 – Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr**

Elia Bragagna – Allgemeinmedizin/Sexualmedizin

Barbara Eberz – Gynäkologie/Sexualmedizin

Thomas Ettenauer – Schmerzmedizin/Sexualmedizin

Doris Hinkel – Psychiatrie/Sexualmedizin

Eva Maria Uher – Physikalische Medizin/Sexualmedizin

14.00 – 14.50 **Beispiel 3 – Patient mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom**

Alexandra Kautzky-Willer – Innere Medizin

Markus Margreiter – Urologe/Androloge

Michaela Rauschmeier – Allgemeinmedizin & Sexualmedizin

Hermann Toplak – Diabetesgesellschaft

14.50 – 15.00 **Kaffeepause**

15.00 – 15.50 **Podiumsdiskussion** – „Sexuelle Gesundheit in Österreich – die Kluft zwischen Ist und Soll“

Ingrid Geiss – Gynäkologie

Richard Greil – Onkologie

Renate Hoffmann-Dorninger – Allgemeinmedizin

Karlheinz Kornhäusl – Turnusärztervertretung

Peter Niedermoser – Österr. Ärztekammer

Michael Rauchenwald – Urologie

Hermann Toplak – Diabetesgesellschaft

15.50 – 16.00 **Ausblick** (Magdalena Arrouas)

3 Beiträge

3.1 „Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“



Dr. in Elia Bragagna

Allgemeinmedizin/Sexualmedizin | Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik (ÖAGG) | Psychotherapeutin | Sexualtherapeutin | Leiterin der Akademie für Sexuelle Gesundheit (AfSG)

Im Jahr 2000 formulierte die WHO folgende Empfehlung: „Die Sexuelle Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit sein“ [1].

Sexuelle Gesundheit wird von der WHO als ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität definiert [2]. Das macht sie aus gutem Grund, denn eine ungestörte Sexualität braucht ein somato-psycho-soziales Gleichgewicht. In ihren Empfehlungen ging die WHO aber noch weiter und formulierte folgende „Merkmale einer sexuell gesunden Gesellschaft“:

1. **Politische Verpflichtung:** „Der Staat anerkennt, dass die sexuelle Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht ist, und übernimmt die Verantwortung, sie zu schützen und zu fördern.“
2. **Klare Richtlinien:** „Der Staat formuliert, entwickelt und implementiert Richtlinien zum Thema sexuelle Gesundheit.“
3. **Ausreichende Infrastruktur:** „Der Zugang zu Versorgung der sexuellen Gesundheit bedarf einer Infrastruktur mit sexualmedizinisch/-therapeutisch/-beraterisch geschulten Fachkräften.“
„Ausbildungsmöglichkeiten, um sich auf sexuelle Gesundheit spezialisieren zu können, sollten vorhanden sein.“
4. **Forschung:** „Fundierte Forschung zum Thema sexuelle Gesundheit sollte unterstützt werden“ [2].

Der **Tagungsschwerpunkt** liegt dieses Mal auf dem **somatischen Aspekt**, daher richtet sich der Blick in diesem Artikel gezielt auf diesen Anteil, wohl wissend, dass Veränderungen auf körperlicher Ebene auch immer einen Einfluss auf die psychischen und sozialen Anteile haben.

Somatische Voraussetzungen für eine ungestörte Sexualität

Die körperlichen Strukturen, welche die Sexualreaktion ermöglichen, sollten (für eine ungestörte Sexualität) intakt sein. Das sind zum einen das **ZNS** als die Schaltstelle der Sexualität und zum anderen die peripheren **Nervenstrukturen** als Leitungsbahnen, die **genitalen Strukturen**, **Blutgefäße** und die Sexualreaktion modulierenden **Hormone** und **Transmitter**. Neben diesen spezifischen Strukturen für die Sexualreaktion sollte die **Muskulatur des Körpers** intakt sein, damit sexuelle Bewegungen ausgeführt und diverse Positionen eingenommen werden können.

Sexualrelevante Erkrankungen

Die genannten Strukturen können durch sexualrelevante Erkrankungen verändert oder sogar zerstört werden. Zu diesen Erkrankungen gehören:

- kardiovaskuläre Erkrankungen
- urogenitale/gynäkologische Erkrankungen
- metabolische Erkrankungen
- endokrine Erkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- psychiatrische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- dermatologische Erkrankungen
- gastroenterologische Erkrankungen
- Infektionskrankheiten
- und viele mehr

Wenn all diese Erkrankungen einen negativen Einfluss auf die Sexualität haben können, dann ist es doch von enormer Wichtigkeit zu wissen, wie es um die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung gestellt ist.

Wie gesund ist die österreichische Bevölkerung?

Über ein Drittel der über 15-Jährigen (38,6 % Frauen, 33,2 % Männer) leidet an chronischen Erkrankungen, wobei diese mit dem Alter zunehmen. Frauen sind in allen Altersgruppen stärker betroffen [3].

Im Grundsatzpapier der Europäischen Ministerkonferenz der WHO aus dem Jahr 2008 zum Thema „Gesundheitssysteme“ steht, dass mit folgenden chronischen Erkrankungen in Zukunft am häufigsten zu rechnen sein wird [4]:

- kardiovaskuläre Erkrankungen
- Insulte, Diabetes mellitus
- Krebs
- psychische Gesundheitsprobleme

Zu den Hauptverursachern **chronischer Erkrankungen** wird das **metabolische Syndrom** – als Folge unseres Lebensstils – gezählt. In Österreich erfüllen sehr viele Menschen die Kriterien des metabolischen Syndroms. 37 % der Männer und 17 % der Frauen sind laut dem Ernährungsbericht 2012 übergewichtig und 15 % der Männer und 10 % der Frauen adipös [5].

Circa 430.000 Österreicherinnen und Österreicher sind an Diabetes mellitus erkrankt [6], ca. 360.000 (jede 5. Person ab 15 Jahren) an Hypertonie [7] und 3 Millionen an Hypercholesterinämie [8].

Die Risikofaktoren Alter, Adipositas, Diabetes, Hyperurikämie, Hypertonie, Hyperlipidämie und Rauchen führen über Sauerstoffradikale zu oxidativem Stress und in Folge zu **endothelialer**

Dysfunktion und **atherosklerotischen Veränderungen** an den Blutgefäßen. Während den meisten bewusst ist, dass dies zu kardiovaskulären Erkrankungen führen kann, wissen die wenigsten, dass sich 3–8 Jahre vor einem kardialen Ereignis eine endotheliale Dysfunktion als Erektions- oder Lubrikationsstörung bemerkbar machen kann [9].

In Österreich gibt es jährlich 37.067 **Krebs-Neuerkrankungen** (17.769 Frauen, 19.298 Männer). Brust-Krebs ist die häufigste aller weiblichen Krebserkrankungen (5.434 Betroffene beziehungsweise 30 % der Krebserkrankungen) [10]. Bei den Männern führt das Prostata-Karzinom mit 4.881 (25 % Betroffenen) [11].

18 % der Frauen und 12 % der Männer leiden an einer milden Form der **Depression** [12].

Operationen, Traumata, Bestrahlungen und Medikamente gegen sexualrelevante Erkrankungen können die intakten Strukturen ebenso beeinträchtigen.

Medikamentenkonsum der Österreicherinnen und Österreicher

Laut dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden in Österreich 2014 mehr als 121 Millionen Arzneimittelverordnungen eingelöst. Führend waren dabei Medikamente gegen kardiovaskuläre Erkrankungen und Psychopharmaka [13].

Prävalenz sexueller Probleme bei chronisch kranken Menschen

70,6 % der Männer mit Erkrankung der **Herzkranzgefäße** leiden an Erektionsstörungen [14]. Frauen mit **metabolischem Syndrom** leiden zu 37,9 % an irgendeiner Sexualstörung [15].

Frauen mit **Diabetes mellitus** leiden zu 70 % an irgendeiner Sexualstörung, Männer zu 69 % [16].

Hypertonie verursacht bei 68 % der Frauen Lustlosigkeit, bei 41 % Lubrikationsstörungen und bei 56 % genitalen Sexuelschmerz [17]. Bei 51 % der Männer führt sie zu Erektionsstörungen [18].

Depressionen lösen laut einer Studie mit 4.557 Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei 69 % der Männer und auch der Frauen irgendeine Sexualstörung aus [19].

Prävalenz sexueller Probleme nach Operationen

Nach einer **radikalen Prostatektomie** ist zu 80–100 % mit Erektionsstörungen zu rechnen, nach einer **nervenschonenden Prostatektomie** mit 37–67 % [20].

6 Monate nach einer **Brustamputation** leiden noch 50 % der Frauen an Lustlosigkeit und Orgasmusproblemen [21].

Prävalenz sexueller Probleme in der Allgemeinbevölkerung

Wie wichtig die Forderung der WHO ist, das Thema sexuelle Gesundheit in den ärztlichen Arbeitsalltag einzubauen, zeigen auch die Daten einer weltweit durchgeführten Studie. Auf die Frage „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten sexuelle Probleme, die länger als 2 Monate andauerten?“ antworteten 39 % der Männer und 46 % Frauen mit „Ja“ [22].

Nicht alle Menschen mit sexuellen Problemen leiden auch darunter und suchen ärztliche Hilfe. Kommt zum sexuellen Problem noch der Faktor Leidensdruck dazu, dann liegt eine Sexualstörung vor. Erst dieser Leidensdruck führt die meisten Betroffenen in medizinische Einrichtungen.

Prävalenz weiblicher Sexualstörung

10 % der Frauen leiden an vermindertem sexuellem Interesse, 5 % an Erregungs- und Orgasmusstörungen [23], 1–20 % an genitalem Sexuenschmerz und weniger als 5 % an Vaginismus [24].

Prävalenz männlicher Sexualstörung

Ejaculatio praecox ist die häufigste Sexualstörung der Männer und mit 20–25 % über alle Altersgruppen gleich verteilt [25].

Während bis zu 20 % der Männer unter 40 Jahren von einer (größtenteils milden) Erektile Dysfunktion betroffen sind, leiden über die Hälfte der Männer ab dem 61. Lebensjahr an einer Erektile Dysfunktion (sehr häufig auch an ausgeprägten Formen) [26].

Mit zunehmendem Alter nimmt auch beim Mann das sexuelle Interesse ab, wobei ab dem 50. Lebensjahr das Interesse sichtbar nachzulassen beginnt und bei Männern ab dem 70. Lebensjahr in über 50 % der Fälle schwere Formen annimmt [26].

Sind Ärztinnen und Ärzte überhaupt erste Ansprechpersonen für Betroffene?

In einer US-amerikanischen Studie berichteten 47 % der betroffenen Frauen, dass ihre Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen für sie die ersten Ansprechpersonen bei sexuellen Problemen wären, 39 % wenden sich zuerst an ihre Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner [23].

In einer Online-Befragung meinten 63 % der Männer, dass Urologinnen bzw. Urologen ihre ersten Ansprechpersonen bei sexuellen Problemen wären; 26 % nannten die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner [27].

Von sich aus sprechen allerdings nur 19 % der betroffenen Frauen und 18 % der Männer ihre Ärztinnen und Ärzte auf ihre sexuellen Probleme an [22]. Drei Viertel vermeiden, das Tabuthema Sexualität bei einer ärztlichen Konsultation anzusprechen, weil sie fürchten, mit ihrem Problem nicht ernst genommen zu werden, oder weil sie glauben, dass ihnen nicht geholfen werden kann [28].

Gesprächsinitiative im Praxisalltag

Immer mehr Ärztinnen und Ärzte ergreifen aber von sich aus im Praxisalltag die Gesprächsinitiative.

In einer Befragung gaben 25 % der Gynäkologinnen und Gynäkologen an, dass sie von sich aus das Gespräch über sexuelle Gesundheit beginnen [29], ebenso wie 23 % der befragten Urologinnen und Urologen und 10 % der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner [30].

Was hält österreichische Ärztinnen und Ärzte von einem sexualmedizinischen Gespräch ab?

Eine Befragung von 422 Teilnehmenden sexualmedizinischer Fortbildungen ergab, dass nur 4 % das Gefühl hatten, viel sexualmedizinisches Wissen zu besitzen. 70 % meinten, sie hätten etwas Wissen. Nur 31 % konnten sagen, dass sie bei ihren Patientinnen und Patienten sicher sexualrelevante Erkrankungen erkennen, und 27 %, dass sie potentiell kontraseksuelle Medikamente erkennen [31] – und das, obwohl die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sexualmedizinisch interessiert waren.

Sind die österreichischen Ärztinnen und Ärzte unter diesen Voraussetzungen überhaupt in der Lage, die Empfehlungen der WHO 2000 zu erfüllen?

Welche der politischen Verpflichtungen aus den Empfehlungen der WHO erfüllt Österreich derzeit?

1. Im österreichischen Krankenanstaltengesetz ist die Einrichtung von Kinder- und Opferschutzgruppen verpflichtend vorgeschrieben.
2. Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat 2014 neue Behandlungsempfehlungen bei Geschlechtsdysphorie/Transsexualismus erlassen.
3. Ebenso haben das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und der Fonds Soziales Wien Leitlinien zur weiblichen Genitalchirurgie erstellt.
4. Diese Tagung ist die erste ihrer Art in Europa, wodurch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ein Wegbereiter für die sexuelle Gesundheit in Europa ist.
5. Mit der Einführung des Zertifikats/Diploms Sexualmedizin bekannte sich die Österreichische Ärztekammer – weltweit als erste ärztliche Repräsentanz – dazu, Sexualmedizin auf höchstem wissenschaftlichem Niveau zu sichern.

Diese Maßnahmen stellen erste Schritte dar, dem **politischen Commitment und klaren Empfehlungen nachzukommen**. Allerdings ist eine ausreichende **Infrastruktur** in der sexualmedizinischen Versorgung in Österreich nicht flächendeckend gegeben. In den meisten dieser Einrichtungen sind Idealistinnen und Idealisten tätig, die sich ihr sexualmedizinisches Wissen auf eigene Kosten angeeignet haben. Die diesbezüglichen Angebote an den österreichischen Medizin-Universitäten sind nach wie vor unterrepräsentiert.

Sexualmedizin setzt aber ärztliches Wissen voraus, denn ihre Aufgabe ist die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen der Sexualität auf somato-psycho-sozialer Ebene. Lediglich die Medizinische Universität Wien sieht im Block 15 Sexualmedizin vor, allerdings liegt der Schwerpunkt noch (sehr) auf Reproduktion und Schwangerschaft. Nur die Österreichische Ärztekammer erfüllt den Auftrag der WHO, Fortbildungen anzubieten, wenngleich diese selbst zu finanzieren sind. Die anderen bestehenden (universitären) Fortbildungsangebote haben einen sexualtherapeutischen oder -pädagogischen Schwerpunkt und sind ebenfalls selbst zu finanzieren.

Fundierte Forschung zum Thema „Sexuelle Gesundheit“ fand bisher vor allem mit einem urologischen/gynäkologischen Schwerpunkt statt, größtenteils gestützt auf Drittmittel der Pharmaindustrie. An der Medizinischen Universität Wien arbeitet und forscht derzeit ein Team des CCC (Cancer Comprehensive Center) zum Themenschwerpunkt Sexualmedizin. Dieses Team aus diversen Fachrichtungen repräsentiert Sexualmedizin in idealer Weise, denn Sexualmedizin integriert Fachwissen aus diversen Disziplinen, angefangen von Gynäkologie und Urologie über Onkologie, Kardiologie, Diabetologie, Innere Medizin, Chirurgie, Endokrinologie, Rheumatologie, Neurologie, Strahlenmedizin, Kinderheilkunde und Allgemeinmedizin bis hin zur Pflege, Physiotherapie, Sexualpädagogik, Sexualtherapie, Soziologie, Anthropologie und eventuell der Rechtsmedizin.

Auch wenn sehr viele Punkte der Empfehlungen der WHO noch nicht erfüllt werden, so ist doch die sexualmedizinische Awareness-Veranstaltung im Gesundheitsministerium „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“ ein klarer Schritt in die richtige Richtung. Ein wichtiger Beitrag dazu sind die dabei stattfindenden Gespräche mit gesundheitspolitischen Repräsentantinnen bzw. Repräsentanten und die Formulierung von Milestones der anwesenden Fachgesellschaften.

Mit der vom Gesundheitsministerium organisierten Veranstaltung zur sexuellen Gesundheit sind folgende Punkte meiner **Zukunftsvision für die sexualmedizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung** in greifbare Nähe gerückt:

1. Verbindliche universitäre, sexualmedizinische (Basis-)Wissensvermittlung für Medizinstudentinnen und Medizinstudenten
2. Einbeziehen der sexuellen Gesundheit in den Arbeitsalltag während der Turnus-/Facharztausbildung
3. Sexualmedizin als Bestandteil der Fach-/Arztprüfung

Wir sind auf dem richtigen Weg! Die oben genannten Punkte würden unsere österreichischen Ärztinnen und Ärzte befähigen, die Forderungen der WHO zu erfüllen: „Der Staat anerkennt, dass die sexuelle Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht ist, und übernimmt die Verantwortung, sie zu schützen.“

3.2 Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzbarkeit



Prof. Dr. Uwe Hartmann, Hannover

Leiter des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Sexualmedizin der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sexuelle Gesundheit als einen „Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechlichkeit“ definiert.

Ähnlich wie in der allgemeinen WHO-Definition von Gesundheit wird hier ein Fokus auf ein holistisches Wohlbefinden gelegt bei gleichzeitiger Betonung der sexuellen Menschenrechte. Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass die sexuelle Gesundheit „Teil der Gesamtgesundheit“ ist und „Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit“ sein sollte. In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, wie sich das Spannungsfeld zwischen den hochgesteckten Zielen dieser Definition und der realen Situation der sexuellen Gesundheit in Österreich und Deutschland präsentiert.

Als didaktischer Zugang zu dieser Thematik wurde dabei eine kritisch-neutrale Position gewählt, die gewissermaßen von der Nullhypothese ausgeht, dass es für den Staat beziehungsweise das Gesundheitssystem, die Medizin und die Menschen selbst keine überzeugenden Gründe gibt, ein so anspruchsvolles Szenario sexueller Gesundheit zu realisieren. Von dieser Warte aus kann zum Beispiel argumentiert werden, dass Sexualität zuvörderst ein Bestandteil unserer privaten Lebensführung und Teil der Intimsphäre ist, in die sich niemand (auch nicht das Gesundheitssystem und die Medizin) einmischen sollte. Sexualität wäre so betrachtet vielmehr Teil des nicht medizin-relevanten persönlichen Lifestyles und auch keine bedeutsame Vorbedingung für Lebensqualität und Wohlbefinden.

Um diese Nullhypothese zu überprüfen und gegebenenfalls zu widerlegen, wird der Frage, warum sich die Medizin und das Gesundheitssystem mit dem Thema Sexualität beschäftigen sollte, unter vier Perspektiven nachgegangen:

- 1. der wissenschaftlichen Perspektive,**
- 2. der Betroffenen- beziehungsweise Patientinnen- und Patientenperspektive,**
- 3. der Perspektive der Medizin und**
- 4. der gesellschaftlichen Perspektive.**

Sowohl die wissenschaftliche als auch die Patientinnen- und Patientenperspektive sehen sich der Frage gegenüber, ob Sex „gesund“ ist beziehungsweise welche Auswirkungen sexuelle Aktivität und sexuelle Zufriedenheit haben. Die Grundlagenforschung hat eine Reihe von positiven Wirkungen sexueller Aktivität nachgewiesen, unter anderem auf das Immunsystem und neuroendokrinologische Regelkreise. Diese Effekte sind bei partnerbezogenen Aktivitäten ausgeprägter als bei masturbatorischen. Darüber hinaus zeigen viele Studien, dass die Bedeutung der Sexualität für

Wohlbefinden und somato-psychische Gesundheit zu einem Großteil über die Grundbedürfnisse nach Beziehung, Nähe, Wertschätzung und Intimität vermittelt wird.

Beziehungen sind die wichtigste Quelle von Lebenszufriedenheit und emotionalem Wohlbefinden und in großen multinationalen Studien über die Quellen subjektiven Wohlbefindens findet man dafür nur einen konsistenten Prädiktor: soziale Beziehungen. Enge, stabile und harmonische Beziehungen werden von Menschen regelmäßig als wichtigstes Lebensziel genannt und in epidemiologischen Studien und Metaanalysen erwies sich eine geringere soziale Integration als ein stärkerer Risikofaktor für Mortalität als „klassische“ Risikofaktoren (Rauchen et al.).

Als Zwischenfazit ließe sich also festhalten: Nüchtern betrachtet nimmt Sexualität in der Motivhierarchie der Menschen allenfalls einen mittleren Platz ein. Das ändert sich allerdings, wenn eine sexuelle Störung eintritt, wodurch die Sexualität einen deutlich höheren (negativen) Stellenwert bekommt. Eine gewisse „Grundfrequenz“ (ca. 3–4 Mal/Monat) von Partner-Sex wird von den Menschen als wichtig für die Qualität der Partnerschaft angesehen und ist eindeutig mit höherer Lebenszufriedenheit und Partnerschaftsstabilität verbunden. Die Bedeutung der Sexualität für Wohlbefinden, Lebensqualität und Gesundheit wird zu einem großen Teil über die zentrale Rolle von Beziehung und Partnerschaft vermittelt.

Die Perspektive der Medizin auf das Thema sexuelle Gesundheit zeigt zunächst, dass die sexuelle Gesundheit sowohl im Gesundheitssystem als auch im Studium und in den realen Beziehungen zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten eine untergeordnete Rolle einnimmt. So zeigen Studien, dass weniger als 10 % der Ärztinnen und Ärzte ihre Patientenschaft routinemäßig auf ihre Sexualität ansprechen, obwohl sich ein viel höherer Prozentsatz der Patientinnen und Patienten das wünscht. Auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte gibt es verschiedene Gründe dafür: Unbehagen und Peinlichkeit; die Einstellung, dass andere Dinge wichtiger sind; ein Gefühl mangelnder Kompetenz; die Angst, die Intimsphäre der Patientin oder des Patienten mit diesem Thema zu verletzen sowie praxisökonomische Gründe.

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass die Einstellung und Haltung von Ärztinnen und Ärzten zur Bedeutung sexueller Gesundheit sehr wichtig sind und die Patientinnen und Patienten hier sehr „feine Antennen“ haben, wenn ein „falscher Tonfall“ angeschlagen oder das Problem heruntergespielt wird. Auch im Bereich der sexuellen Gesundheit sind das Ernstnehmen des Leidensdrucks und eine von Verständnis und dem Willen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung geprägte Beziehung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten entscheidende kurative Faktoren. Gerade die Ärztinnen und Ärzte können hier sehr segensreich wirken und – indem sie sich als Gesprächspartnerinnen und -partner zur Verfügung stellen – viele Patientinnen und Patienten aus ihrer quälenden Sprachlosigkeit befreien und einer adäquaten Beratung und Therapie zuführen.

In fast allen Bereichen der Medizin gibt es sehr viele Brücken in das Thema sexuelle Gesundheit, über die man mit seinen Patientinnen und Patienten gehen kann. Obwohl nach den Empfehlungen internationaler Expertengremien das Medizinstudium Curricula zur sexuellen Gesundheit mit Modulen zu Einstellungen, Wissen und Fertigkeiten umfassen soll, gibt es etwa in Deutschland nur an vier Fakultäten (von landesweit 36) sexualmedizinische Institute und ein strukturiertes Lehr- und Weiterbildungsangebot.

Die gesellschaftliche Perspektive beschäftigt sich unter anderem mit der Kostenseite und der Frage, ob es Daten dazu gibt, was sexuelle Gesundheit beziehungsweise deren Defizite die Gemeinschaft

konkret kosten, und ob es sich lohnt, in sexuelle Gesundheit zu investieren. Dazu liegen belastbare Daten fast ausschließlich für die präventive Dimension sexueller Gesundheit vor. So belaufen sich die Kosten für die klassischen Problembereiche sexueller Gesundheit (sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Teenagergeburten, sexuelle Gewalt und Übergriffe) in den USA auf ca. 40 Milliarden Dollar jährlich.

In Deutschland entstehen durch Traumafolgestörungen nach Kindesmisshandlung/-missbrauch oder Vernachlässigungstraumata gesamtgesellschaftliche Kosten von ca. 11 Milliarden Euro jährlich (ohne Berücksichtigung der als erheblich einzuschätzenden intangiblen Kosten) und im Mittel belaufen sich die Traumafolgekosten pro Fall auf ca. 430.000 Euro. Zur Situation bei den sexuellen Dysfunktionen und den Sexualstörungen durch Krankheit und Behandlung gibt es nur wenige Daten. In einer älteren Analyse zu Versorgungssituation und Behandlungsbedarf fanden sich allerdings deutliche Indikatoren für eine Unter- und Fehlversorgung sowie für eine zu geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen. Auch heute finden viele Betroffene keine adäquate Hilfe, verursachen durch Fehlversorgung, Chronifizierungen und Folgekrankheiten gleichwohl Kosten im Gesundheitssystem. Hinzu kommen die indirekten Kosten (Produktivitätseinbußen) und intangiblen Kosten (vor allem in Bezug auf die Partnerschaft/Beziehungen und die Lebensqualität).

Führt man die vier Perspektiven zum Ist-Zustand und zur Bedeutung sexueller Gesundheit zusammen, ergibt sich folgendes Bild: Befriedigende sexuelle Aktivitäten und sexuelle Zufriedenheit tragen moderat zur allgemeinen seelischen und körperlichen Gesundheit bei und werden umgekehrt vom allgemeinen Gesundheitsstatus beeinflusst. Ein deutlich bedeutsamerer Einfluss der Sexualität entsteht durch ihren engen Zusammenhang mit den Grundbedürfnissen nach Nähe, Geborgenheit und Anerkennung sowie zur Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit. Die salutogene Wirkung von Bindung, Beziehung und Intimität ist wissenschaftlich gut gesichert. Sexuelle Störungen und sexuelle Unzufriedenheit gehören zu den Hauptproblembereichen in Paarbeziehungen und tragen wesentlich zur Destabilisierung und zum Bruch von Partnerschaften bei. Eine sexuelle „Basisqualität“ und „sexuelle Grundversorgung“ ist den meisten Menschen bis ins hohe Alter hinein wichtig.

In Medizin und Psychotherapie spielt die sexuelle Gesundheit nur eine marginale Rolle. So werden nur ca. 10 % der Patientinnen und Patienten vom Arzt oder der Ärztin aktiv auf ihre Sexualität angesprochen, während eine Mehrheit der Patientinnen und Patienten nach ihrer sexuellen Gesundheit gefragt werden möchte. Ein Großteil der Ärztinnen und Ärzte hält das Thema sexuelle Gesundheit für minderwichtig und unterschätzt die Prävalenz sexueller Störungen, ihre Folgewirkungen und den Leidensdruck. Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende fühlen sich unzureichend ausgebildet und wünschen sich eine bessere Ausbildung in diesem Bereich.

Fazit und Schlussfolgerungen

Insgesamt hat die Analyse der vier Perspektiven ausreichend Evidenz erbracht, um die Nullhypothese zurückzuweisen, d. h. es gibt gute Gründe dafür, dass sich Medizin, Gesundheitssystem und Gesellschaft in angemessener Weise präventiv und kurativ um die sexuelle Gesundheit der Menschen kümmern sollten.

Eine Investition in die sexuelle Gesundheit ist auch eine Investition in die Partnerschaftsqualität und -zufriedenheit und hat damit einen transgenerationalen Effekt (Reduzierung von Broken-Homes und Scheidungskindern). Statt mehr oder minder utopischer Deklarationen und Definitionen zur sexuellen Gesundheit benötigen wir viel eher gemeinsame Anstrengungen, um realistische,

operationalisierbare und finanzierbare Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit zu etablieren. So sollte in einer konzertierten Aktion eine Allianz für sexuelle Gesundheit geschmiedet werden, an der Politik, Gesundheitssystem, Hochschulen, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sowie die Öffentlichkeit mit klar umrissenen Beiträgen beteiligt werden.

Gute Präventionsangebote und eine konsequente und gezielte Zuführung von Patientinnen und Patienten zu einer effektiveren Behandlung ihrer sexuellen Probleme sind wirksame Mittel für eine Kostensenkung im Bereich sexueller Gesundheit und verhindern Chronifizierungen. Sexuelle Gesundheit kann so zu einer realistischen Utopie werden, die einen wichtigen Beitrag zur Zufriedenheit, Lebensqualität und Produktivität der Menschen leisten kann.

3.3 „Das mit dem ... Naja ... Sie wissen schon ...“ – Patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder



Dr.ⁱⁿ Marlene Sator

Gesundheit Österreich GmbH, Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen und PatientInnen | Sprachwissenschaftlerin | zertifizierte Kommunikationstrainerin | Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision | Österreich-Vertreterin für EACH - International Association for Communication in Healthcare

3.3.1 Eine Fallvignette

„Herr Lenard Schmitt ist 25 Jahre alt und leidet unter einer seit ca. 12 Monaten bestehenden und seit 6 Monaten diagnostizierten Multiplen Sklerose, die mit einer kurzzeitigen Bewegungsstörung beider Beine und einer rechtsseitigen Optikusneuritis einhergeht. Er hatte insgesamt drei Schübe, den letzten Schub vor 6 Wochen. Herr Schmitt lebt in einer Partnerschaft und hat keine Kinder. Er hat ein Romanistikstudium abgeschlossen, arbeitet derzeit als Praktikant bei Adventure-Reisen und hat viele Freunde und sportliche Hobbys. Seit seinem letzten Schub leidet er unter Inkontinenz, Impotenz und einer Visusverschlechterung.

Heute hat er einen Kontrolltermin bei seiner Hausärztin und möchte gerne mit ihr über seine aktuelle Situation sprechen. Allerdings fällt es ihm schwer, seine Sorgen zu formulieren. Er ist momentan emotional zu sehr betroffen, als dass er mit ihr sprechen könnte, ohne sofort in Tränen auszubrechen. Und: Es ist ihm sehr peinlich, seine Inkontinenz und Impotenz zu thematisieren.“

Der Fall von Herrn Schmitt stammt aus einem Rollenskript des Curriculums zur Vermittlung klinischer und kommunikativer Kompetenzen im vorklinischen Studienabschnitt an der Medizinischen Fakultät Heidelberg [\[vergleiche 32\]](#). Studierende erwerben im Gespräch mit einem Schauspielpatienten, der die Rolle von Herrn Schmitt übernimmt, klinische Kompetenzen gemeinsam mit kommunikativen, hier insbesondere die Kommunikation über Tabuthemen wie Inkontinenz und Impotenz.

Im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder ist eine patientenzentrierte Gesprächsführung von Ärztinnen und Ärzten besonders wichtig.

3.3.2 Patientenzentrierte Gesprächsführung

3.3.2.1 Was ist das?

Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst nach Mead/Bower 2000 [\[33\]](#):

1. das Einnehmen einer somato-psycho-sozialen Perspektive, d. h. das Berücksichtigen der Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren,
2. das Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung von Krankheit für Patientinnen und Patienten,
3. ein partnerschaftliches Rollenverständnis, d. h. das Unterstützen der Anliegen der Patientinnen und Patienten, das Berücksichtigen ihres Informationsbedarfs und ihrer Präferenzen in der Entscheidungsfindung,

4. das Einbeziehen des Einflusses der Persönlichkeit der Gesundheitsdienstleisterinnen und -bieter (GDA) und
5. das Herstellen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Allianz, d. h. die Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und der Beziehung zwischen GDA und Patientin bzw. Patient.

3.3.2.2 Was gehört dazu?

„Communication is not just being nice“ [34]. Gute Gesprächsqualität im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung lässt sich nach Sator/Nowak et al. 2015 [35] auf vier Ebenen erfassen (vergleiche Abb. 1):

1. Inhaltliche Ebene – Fachinhalte: Werden die klinisch relevanten Inhalte besprochen?
2. Psychosoziale Ebene – Beziehung: Wird eine patientenzentrierte Grundhaltung (Kongruenz, Empathie, Wertschätzung) eingenommen?
3. Sprachlich-interaktive Ebene – Gesprächsführung: Welche verbalen und non-verbalen Verfahren (zum Beispiel Zuhören, die Art der Frageformulierung, Ansprechen von Tabuthemen) unterstützen einen guten Gesprächsverlauf?
4. Ebene des Gesprächssettings – Umfeld: Wird der zeitliche, räumliche und technische Rahmen adäquat gestaltet?

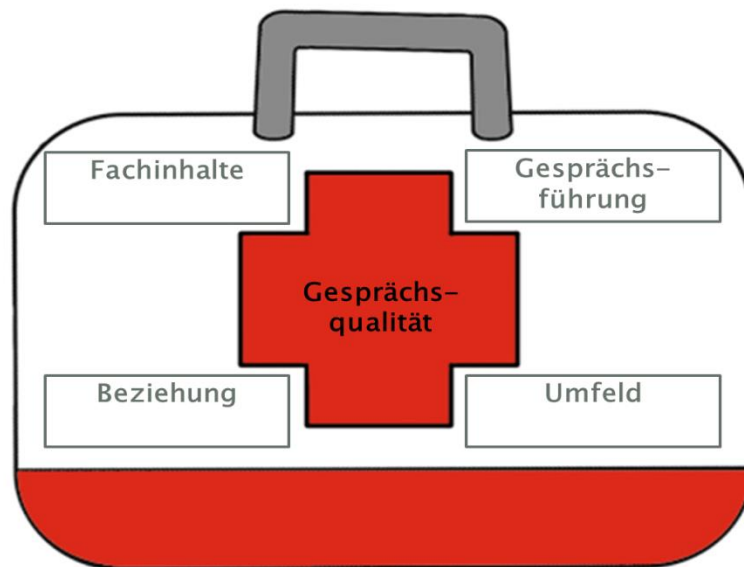


Abbildung 1: Vier Ebenen guter Gesprächsqualität (Sator/Nowak et al. 2015)

3.3.2.3 Was bringt es?

Gute Gesprächsqualität im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung hat positive Auswirkungen auf Outcome-Variablen [35]. Sie führt zu:

- einem verbesserten Gesundheitszustand ([36]; [37]; [38]; [39]; [40]),
- einem verbesserten Gesundheitsverhalten wie vor allem Therapietreue ([39]; [41])
- und einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ([42]),
- einer höheren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten ([43]; [44]; [45]; [46]),
- einer höheren Patientinnen- und Patientensicherheit ([47]; [48]),

- weniger Klagen wegen Behandlungsfehlern ([49]) und
- einer verbesserten Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der GDA ([50]; [51]; [52]).
- Ebenfalls diskutiert werden gesundheitsökonomische Auswirkungen von Gesprächsqualität ([53]; [54]).

3.3.3 Ebene individueller Kompetenzen: der Umgang mit Tabuthemen

3.3.3.1 Gründe für Tabuisierungen

Während Tabus im Alltagsgespräch funktional sind, da sie die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner schützen sowie die Interaktion kontrollierbarer machen und so erleichtern, sind sie im Gespräch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten dysfunktional, da die Themen aus professionellen Gründen wichtig sind [55].

Gründe für Tabus in der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten sind vielfältig: Der Prozess der Beziehungsvertiefung als übliche Grundlage für den Austausch intimer Informationen findet meist nicht statt; Selbstschutz, Schutz der/des Anderen, die Interpretation des Themas als unpassend beziehungsweise irrelevant für den Gesprächskontext, mangelndes Ausdrucksvermögen und Loyalitätskonflikte können ebenfalls Gründe für Tabus darstellen [55].

3.3.3.2 Thematisierung von Tabus durch Patientinnen und Patienten

Auch wenn es Patientinnen und Patienten ein großes Anliegen ist, über schwierige Themen wie beispielsweise die Sexualität zu sprechen, kann es ihnen schwer fallen, diese Themen von sich aus, d. h. ohne die einfühlsame Hilfe der ärztlichen Gesprächspartnerin bzw. des ärztlichen Gesprächspartners, zu thematisieren [55].

Es kann sein, dass sie das Thema vermeiden, durch Meinungsfragen, indirekte Fragen und Andeutungen vorfühlen und signalisieren, dass sie „etwas auf dem Herzen haben“; aber auch, dass sie mit der Tür ins Haus fallen oder das Thema unter hohem Druck (zum Beispiel am Ende des Gesprächs im Rahmen eines „Hand-auf-der-Klinke-Gesprächs“) ansprechen [55].

3.3.3.3 Thematisierung von Tabus durch Ärztinnen und Ärzte

Umso wichtiger ist es, dass Ärztinnen und Ärzte durch ihre Gesprächsführung eine Thematisierung von Tabus ermöglichen. Denn: Aufgrund ihrer Ausbildung und Position liegt die Verantwortung für eine professionelle Gesprächsführung in erster Linie auf ihrer Seite. Für den ärztlichen Umgang mit Tabuthemen gibt es mehrere Möglichkeiten [55]:

- **Offenes, persönliches Ansprechen:** Wichtig ist hierbei, das Thema anzukündigen (nicht mit der Tür ins Haus zu fallen), das Thema dann aber explizit und direkt anzusprechen und die Patientin bzw. den Patienten nicht mit einer sofort erwarteten Antwort unter Druck zu setzen (zum Beispiel: „Herr Schmitt, darf ich Sie jetzt noch fragen ...“).
- **Akzeptanz signalisieren:** Tabuthemen registrieren, Akzeptanz signalisieren, wertschätzend-empathisches Spiegeln, Gesprächsangebote machen und vermitteln, dass man das Thema aus professionellen Gründen wichtig nimmt – dies erleichtert es den Patientinnen und Patienten, über schwierige Themen zu sprechen.

- **Allgemeine Information ohne direkten Bezug auf die Patientin bzw. den Patienten** (zum Beispiel: „Bei manchen Patientinnen bzw. Patienten kommt es auch vor, dass ...“)
- **Bewusstes Zurückstellen des Themas und Ansprechen nach gezielter Vorbereitung:** Wenn beispielsweise der Rahmen nicht geeignet ist, kann es sinnvoll sein, die Thematisierung des Tabus zu verschieben.

Empfehlungen für eine Gesprächsführung, die ein Ansprechen von Tabuthemen ermöglicht

[\[vergleiche 56\]](#)

Gesprächseröffnung:

- » Eine unterstützende, vertrauensvolle, offene Atmosphäre schaffen
- » Wahrnehmen, in welchem emotionalen Zustand sich die Patientin oder der Patient befindet
- » Anliegen erfragen
- » Agenda-Setting
- » Herstellen einer therapeutischen Partnerschaft

Informationssammlung:

- » Erfassen der medizinischen Bedeutung
- » Erfassen der lebensweltlichen Bedeutung für die Patientin bzw. den Patienten
- » Vollständigkeit und Verständnis sicherstellen
- » Raum geben und Angebote machen
- » Die Patientin bzw. den Patienten anhören und Informationen wertschätzen

Strukturierung:

- » Zeit einteilen
- » Orientierungen geben
- » Zusammenfassen

Beziehungsaufbau:

- » Verständnis, Wertschätzung und Unterstützung signalisieren
- » Potentielle Konflikte aus dem Weg räumen
- » Geeignetes Umfeld herstellen
- » Die Patientin bzw. den Patienten angemessen beteiligen

Nach Ansprechen von Tabuthemen am Ende das Gespräch auf alltägliche, leichtere Themen lenken.

3.3.4 Systemebene: Was braucht es für eine verbesserte Gesprächsqualität?

Um die Gesprächsqualität im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung zu verbessern, bedarf es neben individuellen Kompetenzen der gesprächsführenden GDA auch Systembedingungen, die eine gute Gesprächsqualität ermöglichen.

Zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur wurde im Auftrag der Fachgruppe Public Health/Gesundheitsförderung und unter Einbindung der Fachgruppe Qualität eine Strategie der Partner der österreichischen Gesundheitsreform erarbeitet, die am 1. Juli 2016 von der Bundeszielsteuerungskommission beschlossen wurde [57].

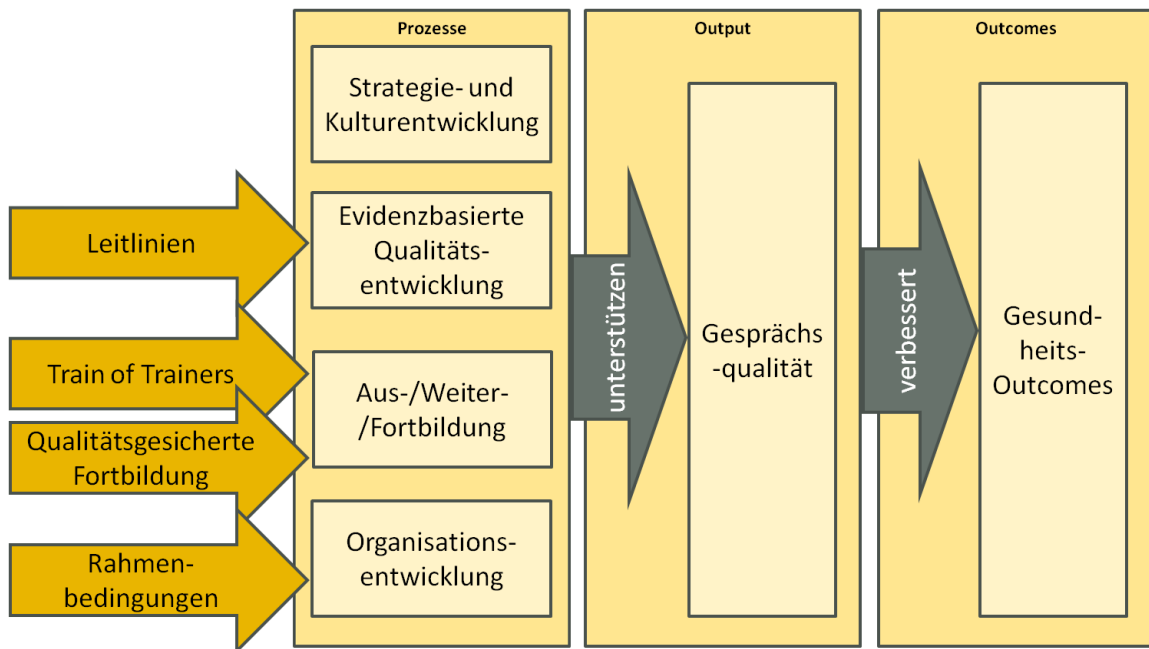


Abbildung 2: Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (BMGF 2016)

Die Umsetzung gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern soll 2017 starten und Maßnahmen in den Bereichen Strategie- und Kulturentwicklung (Policy), evidenzbasierte Qualitätsentwicklung (vor allem Leitlinien für gute Gesprächsqualität), Aus-/Weiter-/Fortbildung (vor allem qualitätsgesicherte Weiterqualifizierung von leitenden, aus- und fortbildenden GDA in Hinblick auf gute Gesprächsqualität) und Organisationsentwicklung (Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen für gute Gesprächsqualität) beinhalten (vergleiche Abb. 2).

4 Fallbeispiele: „Wenn die sexuelle Gesundheit beeinträchtigt ist“

4.1 Onkologie-Patientin mit Rektumkarzinom



Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lucia Ucsnik, MAS, FECSM – Präsentation

Chirurgin und Sexualmedizinerin | Fellow of the European Society for Sexual Medicine | Univ.-Klinik für Chirurgie – Abteilung für Viszeral-, Transplant- und Gefäßchirurgie, Medizinische Universität Wien



OA Dr. Rainer Schmid

Univ.-Klinik für Strahlentherapie
Medizinische Universität Wien



Prim.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Geiss

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
a.ö. Landeskrankenhaus Lilienfeld



Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MSc

interim. Leiter der Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Medizinische Universität Wien

Der erste multiprofessionell aufbereitete Fall dieser Tagung wurde einer Patientin (geb. 1963) mit Rektumkarzinom gewidmet.

Diagnostiziert wurde der Tumor durch Blutauflagerungen am Stuhl. Ein positiver Haemoccult mit anschließender Kolonoskopie bestätigten den Verdacht eines Tumors im Rectum in der **chirurgischen Ambulanz eines peripheren Krankenhauses**.

Vorerkrankungen waren keine bekannt. Vor den Therapien war die Patientin mobil, gehend sowie frei von Schmerzen und brauchte keine Hilfsmittel. Der Alltag konnte gut und selbstständig bewältigt werden: Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An-/Auskleiden. Die Ausscheidungsfunktionen waren laut eigenen Angaben gut kontrollierbar und frei von Anzeichen von Harn- oder Stuhlinkontinenz. Sie bedurfte keinerlei sozialer Dienste zu Hause.

Die Patientin war geschieden, hatte einen erwachsenen Sohn und lebte in einer aktiven, heterosexuellen Lebenspartnerschaft. Sie gab reduzierte Lust, aber auch reduzierte Erregbarkeit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr an. Ärztliche Behandlung hatte sie hierzu im Vorfeld keine

gesucht. Von sich aus angesprochen hatte sie diese Irritationen aufgrund ihres Schamgefühls auch nicht. Bedarf an medizinischer Beratung gab sie allerdings doch an.

4.1.1 Aus der Sicht der präoperativen Strahlentherapie und Radiologie

OA Dr. Rainer Schmid

Die präoperative Strahlentherapie beim Rektumkarzinom führt zur Tumorverkleinerung und erleichtert damit die nachfolgende radikale Entfernung des Karzinoms. Auch die Häufigkeit von sehr belastenden, oft unheilbaren Tumorrückfällen im Becken wird mit der Strahlentherapie deutlich reduziert. Allerdings kann die Strahlenbehandlung wie auch die nachfolgende Tumoroperation Störungen an den Beckengeweben verursachen, die sich insbesondere auch auf die sexuelle Gesundheit negativ auswirken.

Die Behandlung erfolgt meist über einen Zeitraum von fünf Wochen – täglich außer an Wochenenden. Dabei liegt die Patientin für einige Minuten auf dem Behandlungstisch. Der Bestrahlungskopf wird für die Therapie in 3–4 Positionen gebracht oder rotiert während der Bestrahlung. Akute Entzündungs-Reaktionen von Haut, Blase, Scheide und Enddarm beginnen in der zweiten Hälfte der Behandlungszeit und benötigen für die Rückbildung circa drei Wochen nach dem Ende der Strahlentherapie. Um die Therapieverträglichkeit zu verbessern, werden begleitende entzündungshemmende Medikamente eingesetzt. Moderne Behandlungstechniken (IMRT, VMAT) sowie lokale Maßnahmen (Vaginaldilator während der Bestrahlung) können verwendet werden, um die Dosis und damit Entzündungsreaktionen an Teilen der Vagina zu reduzieren.

Die Strahlentherapie – wenn erforderlich – steht meist am Anfang der Behandlungssequenz (Operation, Chemotherapie). In dieser Phase ist die Lebensqualität zusätzlich durch viele Fragen zu Prognose, Folgestörungen der Erkrankung und der Behandlung sowie Erkrankungsbewältigung belastet. Insbesondere bei tief sitzenden Rektumkarzinomen dominiert die Sorge über einen erreichbaren Schließmuskelerhalt. Eine zeitlich intensive interdisziplinäre Betreuung und psychologische Begleitung kann hierbei erheblichen positiven Einfluss auf die Lebensqualität während der gesamten Behandlungssequenz (8 Monate) haben.

Die Strahlentherapie kann individuell unterschiedlich langfristige Veränderungen am Bindegewebe und den Schleimhäuten des Beckens verursachen (Spätfolgen der Strahlentherapie). Dazu zählen Verkleinerung der Blase, Inkontinenz von Harn und Stuhl, Scheidenenge/-trockenheit sowie rektale Blutungen. Durch gezielte Maßnahmen und Mitarbeit der Patientin während der Strahlentherapie kann die Dosisbelastung der Beckenorgane teilweise reduziert werden und damit auch das Risiko für langfristige Folgen. Auch eine physikalische Begleit- und Anschlusstherapie (Beckenbodentraining, Vaginaldilatation) kann negative Folgen der Bindegewebsveränderungen hintanhalten oder verhindern.

Die Behandlung des Rektumkarzinoms führt bei 65 % der Patientinnen und Patienten zur Heilung der Erkrankung. Derzeit gibt es allerdings nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu den langfristigen Auswirkungen der Strahlentherapie im Beckenbereich auf die sexuelle Gesundheit. Hier ist ein dringender Forschungsbedarf gegeben.

4.1.2 Aus der Sicht der Gynäkologie

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Ingrid Geiss

Nach der Beckenbestrahlung bei Malignomen im kleinen Becken wie Teletherapie und Brachytherapie leiden bis zu 88 % der Frauen an vaginalen Spätfolgen und Nebenwirkungen an Blase und Enddarm. Auftretende Symptome sind beispielsweise:

- Reizung oder Rötung der Scheidenschleimhaut,
- Scheidentrockenheit und dadurch Pilzinfekte,
- Reizung von Harnblase (Brennen beim Wasserlassen, häufiges Wasserlassen),
- schmerzhafter Stuhlgang oder Durchfall.

Die meisten Reaktionen lassen sich mit Medikamenten gut beherrschen und sind in vielen Fällen nach wenigen Wochen komplett rückläufig. Gravierende Spätfolgen sind selten und auch abhängig vom Behandlungskonzept. Leider gibt es Veränderungen, die sich nicht mehr komplett rückbilden. Die anhaltenden Spätfolgen sind von der Dosis und der individuellen Gewebsreaktion abhängig.

Mit geeigneter Prophylaxe können die langfristigen Spätfolgen wie Scheidentrockenheit und eine mehr oder weniger ausgeprägte Verengung, Verkürzung oder Verklebung der Scheide (Scheidenstenose) vermindert werden. Diese Gewebsveränderungen können zu Problemen beim Geschlechtsverkehr oder bei zukünftigen gynäkologischen Untersuchungen führen und damit eine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität weit über das Behandlungsende hinaus darstellen.

Selten bis sehr selten sind dauerhafte Reizzustände von Darm und Blase (Schrumpfbhase), eine Einengung der Harnleitermündung sowie die Bildung einer Fistel (krankhafte Verbindung zwischen Blase und Scheide oder Enddarm und Scheide). Die Patientin muss unbedingt über die zu erwartenden Schwierigkeiten aufgeklärt und eine Prophylaxe mit lokalen Salben empfohlen werden! Dafür gibt es eine Vielzahl an pflegenden Salben oder lokalen Hormonsalben. Zusätzlich kann eine rechtzeitige Dilatation zur Vermeidung von Stenosen hilfreich sein.

Das Körpergefühl verändert sich nach schweren Erkrankungen und Bestrahlungen sehr stark. Ein gelungener Umgang mit diesen Veränderungen kann durch das rechtzeitige Ansprechen von zu erwartenden Nebenwirkungen gefördert werden.

Das Ziel sollte sein, durch frühzeitige medizinische Hilfestellung die Nebenwirkung von Bestrahlungstherapien zu vermindern. Das Gespräch über veränderte Sexualität soll den Patientinnen aktiv angeboten und der Partner miteinbezogen werden.

4.1.3 Aus der Sicht der Chirurgie

Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lucia Ucsnik, MAS, FECSM

Dank der präoperativen Therapie, der 2-Zyklus-Chemotherapie wie auch der lokalen Bestrahlung hatte sich der Tumor der Patientin im Rektum deutlich verkleinert. Ursprünglich nahm dieser ein Viertel der Zirkumferenz des Rektums 4 cm ab ano ein.

Hatte sich vier Monate zuvor im MRT noch eine Infiltration von Vagina und des M. levator ani gezeigt, so präsentierte das MRT in der Verlaufskontrolle keinerlei Infiltration mehr. Die vorab

erhöhten Tumor-Parameter CEA und CA 19-9 waren wieder in den Normbereich zurückgekehrt. Die präoperative Therapie war somit erfolgreich.

Die Patientin wurde im peripheren Krankenhaus zwar zu Beschwerden im Genitalbereich und zu Kontinenz befragt, eine fachärztliche gynäko-urologische Durchuntersuchung und Verifizierung der Angaben erfolgte allerdings nicht. Ob der starken Tabu-Behaftung dieses Themenkomplexes ist künftig stärker zu bedenken, diese Themen von ärztlicher Seite aktiv anzusprechen und auch zu quantifizieren. Die Studien rund um P. Bondil aus Frankreich zeigen, dass vor allem bei Frauen diese Themenkomplexe bei Ärztinnen und Ärzten gleich welcher Fachrichtungen unangesprochen bleiben und die Frauen diese auch nicht ansprechen, sondern die Erwartung haben, dass von ärztlicher Seite Kontinenz und Sexualität ins Gespräch mit eingebunden werden.

Aufgrund der tiefen Lage des Tumors wurde die Patientin an der Universitätsklinik vorgestellt: Es erfolgte in diesem Fall eine ultratiefe Rektum-Resektion, laut pathohistologischem Befund entfernt im Gesunden, frei von Infiltration der benachbarten Organe und Lymphknoten des kleinen Beckens. Außerdem wurde ein künstlicher Darmausgang zur Unterstützung der Wundheilung und Entlastung des Darms für 6–8 Wochen angelegt, wobei anschließend eine Rückoperation zur Wiederherstellung der Darmausgängigkeit geplant war.

Nach der Operation wurde die Patientin von der physikalischen Therapeutin mobilisiert und in Beckenbodentraining angewiesen.

4.1.4 Aus der Sicht der Physikalischen Medizin und Rehabilitation

Ao. Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, MBA, MSc

Maßnahmen aus der Physikalischen Medizin und Rehabilitation können im interdisziplinären, schulmedizinischen Konzept auch bei Störungen der Sexualfunktion additiv eingesetzt werden – und zeigen hierbei sehr gute Akzeptanz.

Physikalische Therapien werden zumeist seriell und kombiniert angewandt. Nicht selten kann dann – über eine Verminderung von Symptomen (wie Schmerz, Stress etc.) und über eine Rekonditionierung sowie über eine Verbesserung der Kontinenz – auch die Sexualfunktion positiv beeinflusst werden.

Auf Basis der Diagnose, Therapie und Information durch Kolleginnen und Kollegen der Chirurgie, Gynäkologie, Urologie und Andrologie, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Paartherapie etc. kann dann in der Rehabilitation unter anderem mit physikalischen Therapien wie zum Beispiel Biofeedback, Physiotherapie (Atem- und Beckenbodengymnastik etc.), Training sowie anderen physikalischen Modalitäten (Mechanotransduktion, spezielle Lichttherapien, Massagen, Wärmeanwendungen, Magnetfeld, diverse Formen der Elektrotherapie) – nach individueller Zusammenstellung – weitergeholfen werden.

Einige der Patientinnen und Patienten leiden an einer Kombination eines Schmerzsyndroms mit einer Funktionsstörung des unteren Ausflusstraktes. Neben der Behandlung des Letzteren sollte – bei Fehlen von Kontraindikationen – die symptomatische Schmerztherapie nach WHO-Schema aus unserer physikalmedizinischer und rehabilitativer Sicht durch ein kausal orientiertes Stufentherapieprogramm aus medikamentöser Therapie, Biofeedback mit Beckenbodengymnastik und neuromodulierenden Maßnahmen begleitet werden.

Beckenbodengymnastik und Biofeedback – also die Wahrnehmungsschulung und das gezielte (Be-)Üben und Training des Beckenbodens – können helfen, sich des eigenen Beckenbodens besser (oder eventuell auch zum ersten Mal) bewusst zu werden und diesen auch nach lebensnotwendigen Therapien (wieder) zu beherrschen.

Im Rahmen des Biofeedbacks lernen die Patientinnen und Patienten ihren Beckenboden kennen und (in manchen Fällen erstmals) die Muskulatur des Beckens ganz bewusst wahrzunehmen. Eine bewusste Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur ist erforderlich, um den Muskel richtig anzusteuern und zum richtigen Zeitpunkt an- und entspannen zu können. Für die Organe in Bauch und Becken, aber auch für den Kreislauf, die Atmung und für das Sexuelleben ist eine gut beherrschte Beckenbodenmuskulatur von Bedeutung. Deshalb sollten den Patientinnen und Patienten während der Therapie diese Auswirkungen des Trainings unbedingt klar gemacht werden.

Weiters ist darüber aufzuklären, dass eine Kombination aus Beckenbodengymnastik/-training mit Biofeedback effektiv sein kann, dass sich aber auch nur bei regelmäßigem und korrektem Üben und Trainieren der gewünschte Erfolg einstellen wird. Besonders das Biofeedback sowie Atem- und weitere Muskelrelaxationstechniken (zum Beispiel nach Jacobson) können dann sehr erfolgreich sein. Richtige **Entspannung** kann also **gelernt** werden.

4.1.5 Aus der Sicht der Chirurgie (Fortsetzung)

Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lucia Ucsnik, MAS, FECSM

Postoperativ entwickelte die Patientin einen Harnwegsinfekt, der erfolgreich antibiotisch behandelt werden konnte. Der Stuhl war abhängig von der Nahrungsaufnahme flüssig bis breiig. Über das Stoma (künstlicher Darmausgang) drohte Flüssigkeitsverlust mit Entwicklung eines akuten Nierenversagens. Daher musste auf eine entsprechende Esskultur mit gutem Kauen und Einspeicheln, eine hochkalorische Ernährung laut diätetischer Ernährungsberatung sowie eine regelmäßige Gewichtskontrolle und Flüssigkeitsbilanzierung sehr gut zu geachtet werden.

Die Aussicht auf ein Stoma – wenn auch nur für kurze Zeit – machte der Patientin sehr zu schaffen, da sie durch die anfängliche Unsicherheit ihr bisheriges Leben samt Bewegungsradius deutlich einschränkte. Trotz Schulung mit den Stoma-Produkten und deren Handling bedurfte es einiger Gewöhnung. Nach einigen Unpässlichkeiten entschied sie sich für die Inanspruchnahme einer sozialen Heimhilfe, die ihr im Alltag zur Seite stand.

Die Herausforderungen im Umgang mit dem Stoma irritierten zudem die aktive Partnerschaft. Die Patientin befolgte die Trainingsangaben und führte täglich mehrfach die Beckenbodentraining-Übungen zur Stärkung des Beckenbodens durch.

Die anfängliche Harninkontinenz stellte sich nach Abklingen des Harnwegsinfekts ein. Der Schließmuskel war gut aktiv kontrahierbar. Das aktive Sexuelleben im Sinne von Geschlechtsverkehr ruhte in der Phase laut den Angaben der Patientin, da sie selbst erst mit den veränderten Körperfunktionen und Körperbild zurande kommen musste. Der Partnerschaftsbeziehung tat dies allerdings keinen Abbruch – im Gegenteil, eine neue Nähe, Intimität und aktives Miteinander im Bewältigen der Herausforderungen entwickelten sich mit mehr Geborgenheit und Gespräch.

Die Patientin stellte ihre Ernährung um, begann sich nach den anfänglichen Unpässlichkeiten im möglichen Rahmen sportlich zu betätigen und baute aktiv Kondition auf.

Nach 8 Wochen stellte sich die Patientin mit guter Lebensqualität und bewältigten ersten Herausforderungen zur intestinalen Rekonstruktion vor, die erfolgreich verlief.

Heute ist die Patientin frei von Stoma und hat dank Beckenbodentraining eine gute Kontrolle über Kontinenz von Harn und Stuhl. Die Patientin gibt an, dass ihre Lebensqualität die ursprüngliche wieder zur Gänze erreicht und die Beziehung deutlich an Qualität dazugewonnen habe. Nach Abheilung der Wunden würde sich das Paar auch körperlich wieder langsam annähern.

Dieser Fall präsentiert viele Facetten, die für Sexualität wichtig sind:

- Die körperlichen Faktoren (zum Beispiel: Fitness, Erkrankung, Therapien, kontra-sexuelle Medikation, Risikofaktoren), die psychische Situation (zum Beispiel: Körperbild, Kontrolle über Körperfunktionen, Selbstbewusstsein), aber auch die sozialen Umwelten wie Familie, Partnerschaft, berufliches und finanzielles Setting.
- Das Fallbeispiel zeigt, dass wir als behandelnde Ärztinnen und Ärzte eine hohe Verantwortung nicht nur für das Sexualleben der Patientin haben, sondern auch über das Sexualleben des Lebenspartners mitbestimmen.
- Sprechen wir die Themenkomplexe Kontinenz und Sexualität an und bieten wir Hilfestellung und multiprofessionelle Diagnostik wie Therapie und Begleitung, ermöglichen wir damit eine deutlich höhere und bessere Lebensqualität für unsere Patientinnen und Patienten.
- Daten zeigen, dass Patientinnen und Patienten von uns erwarten, dass diese Themen im Gespräch miterörtert werden. Um diese Themen etwa in der Chirurgie, der Strahlentherapie, der Gynäkologie oder der physikalischer Medizin adäquat zu adressieren, ist es wichtig, diese zu erfragen und messbar zu machen. Wichtigstes Instrument hierfür ist das Gespräch: Ohne Standort-Bestimmung zu Behandlungsbeginn ist keine adäquate Ziel-Bestimmung und unterstützende, begleitende Therapie möglich.
- Die sexuellen Revolutionen seit 1968 wie zum Beispiel Pille, Viagra etc., die gesellschaftliche Weiterentwicklung und die Emanzipierung von Frau und Mann haben dazu beigetragen, die lebenslange Sexualität in ihrer Bedeutung im Leben jeder/jedes einzelnen als einen essenziellen Indikator für Lebendigkeit, Lebensqualität sowie als relevanten Faktor für Paar-Harmonie und damit auch Motivationsfaktor für Compliance zu steigern. Daher ist es auch von Seiten der Gesundheitsberufe wichtig, die sexuelle Gesundheit in diagnostische wie Behandlungskonzepte zu integrieren und sich hierzu adäquat weiterzubilden.
- An der Medizinischen Universität Wien wird die sexuelle Gesundheit im Rahmen von onkologischen Erkrankungen durch die multidisziplinäre Forschungsplattform des Comprehensive Cancer Centers Vienna seit 2013 aktiv beforscht und in die medizinische Lehre wie auch medizinische Versorgung integriert.

Der ESSM-Grant 2014 im Speziellen beforscht, wie sich sexuelle Beratung und Beckenbodentraining auf die Kontinenz sowie die Sexualität bei Rektum-Patientinnen und -Patienten auswirken und wie sich diese entwickeln. Erste Forschungsergebnisse hierzu werden 2018 an der Universitätsklinik für Chirurgie der Medizinischen Universität Wien erwartet.

Symposien zu dem Themenkomplex vernetzen nationale wie internationale Expertinnen und Experten und sorgen dafür, dass hier kräftige Impulse für die sexuelle Gesundheit gesetzt werden.

4.2 Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr



Dr.ⁱⁿ Barbara Eberz – Präsentation

Gynäkologie/Sexualmedizin | Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Referenzzentrum für Vulvaerkrankungen | Vizepräsidentin Verein Interdisziplinäre Interessensgemeinschaft für Vulvaerkrankungen



Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna

Allgemeinmedizin/Sexualmedizin | Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik (ÖAGG) | Psychotherapeutin | Sexualtherapeutin | Leiterin der Akademie für Sexuelle Gesundheit (AfSG)



Prim.^a Dr.ⁱⁿ Eva Maria Uher

Physikalische Medizin/Sexualmedizin | Ärztliche Leitung des Institutes für Physikalische Medizin und rehabilitative Medizin, Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf



Dr.ⁱⁿ Doris Hinkel

FÄ für Psychiatrie | Psychotherapeutin | Sexualtherapeutin | Leitende OÄ der psychiatrischen Ambulanz der psychiatrischen Abteilung im SMZ-Süd, Kaiser Franz Josef-Spital



Dr. Thomas Ettenauer

Schmerzmedizin/Sexualmedizin | Sexualmedizinische Praxis Graz

In unserem Fall wird eine 30-jährige Ärztin in Fachausbildung zur Dermatologie in einem Referenzzentrum für Vulvaerkrankungen vorgestellt. Sie hat vor 3 Jahren bei einem renommierten Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie eine Reduktionsplastik der kleinen Labien und der Klitorisvorhaut durchführen lassen, da sie ihre Labien als unschön, groß und beim Sex so störend empfand, dass sie „beiseite geräumt“ werden mussten. Ihren Intimbereich beschrieb sie seit jeher als empfindlich, beispielsweise verursachte längeres Radfahren Schmerzen im Vulvabereich. Einen Orgasmus erreichte sie bei manueller und oraler Stimulation, aber nicht bei vaginaler Penetration, diesbezüglich stellte ihr der plastische Chirurg durch die zusätzliche Präputiumsreduktionsplastik ebenfalls eine Besserung im Sinne einer erhöhten Erregbarkeit in Aussicht. Dies traf nicht zu, obwohl die nunmehr vermehrt freiliegende Klitoris hypersensibel auf Berührungen reagierte und mittels Massagen mit einer weichen Babybürste wieder „desensibilisiert“ werden musste.

Ein Jahr postoperativ traten zunehmende brennende Schmerzen um die Harnröhrenmündung auf, die sich über den gesamten Scheideneingang ausbreiteten und kontinuierlich in unterschiedlicher Stärke vorhanden waren. Provozierbar waren sie durch Miktion, enge anliegende Kleidung, Bewegung und vor allem penetrativen Geschlechtsverkehr. Eine sichere Ursache der Schmerzen konnte trotz Vorstellung bei fünf verschiedenen Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen inklusive einer Dysplasiesprechstunde einer Universitätsfrauenklinik nicht erhoben werden, ebenso wenig führte die Anwendung zahlreicher Lokaltherapeutika/Pflegeprodukte und die Konsultation bei zwei Urologinnen bzw. Urologen, inklusive Durchführung einer Harnröhrendehnung, zu einer Schmerzbesserung. Die Patientin musste den Sexualverkehr wegen massiver Schmerzen meist abbrechen und verlor zunehmend jede Lust an allen sexuellen Aktivitäten.

Eine gynäkologische Untersuchung mit genauer Schmerzaustestung an Vulva, Vagina und innerem Genitale sowie eine Beckenbodenbeurteilung mit Funktionstestung ergab als Diagnose eine fokal gemischte (provozierte und nicht provozierte) sexuelle und nonsexuelle Vestibulo- beziehungsweise Vulvodynie und somit eine Schmerzerkrankung, bei der sichtbare Veränderungen im Intimbereich fehlen. Auch an der Harnröhrenmündung sowie im inneren Genitalbereich fanden sich Schmerztriggerpunkte, wobei ein bewusster Zugang zur Beckenbodenmuskulatur nur erschwert möglich war.

Dieses Krankheitsbild entsteht aus einer Kombination mehrerer Faktoren, wobei neben Gewebeveränderungen im Vulvabereich und der muskulären (Dys-)Balance des Beckenbodens insbesondere die psychosexuelle Situation der Patientin und ihres Partners eine maßgebliche Rolle spielt. Häufig finden sich auch psychiatrische Komorbiditäten wie Depressionen oder Angsterkrankungen. Somit muss die Therapie aus einem maßgeschneiderten multimodalen Konzept durch ein multidisziplinäres Team von Spezialistinnen und Spezialisten bestehen. Diese stehen mit der Gynäkologin, die Bezugärztin bleibt, und optimalerweise bei Bedarf auch untereinander in stetem Kontakt und Austausch. Die Aufgabe der Gynäkologin besteht nach der Diagnosestellung, -mitteilung und Empfehlung geeigneter Pflege- und Lokaltherapiemaßnahmen darin, dieses Konzept mit der Patientin gemeinsam zu erarbeiten. Dabei ist es sehr wichtig, dass die biopsychosozialen Zusammenhänge für sie gut verständlich sind, da die Behandlung dieser komplexen Erkrankung von der Patientin ein sehr hohes Maß an Kooperation, Zeit, Energie und Geduld erfordert. Es folgt die koordinierte Zuweisung an die Teampartnerinnen und Teampartner, wobei in diesem Fall die Arbeit der Patientin mit der Sexualmedizinerin eine Schlüsselrolle einnimmt.

4.2.1 Aus der Sicht der Sexualmedizin

Dr.ⁱⁿ Elia Bragagna

Die Arbeit mit Patientinnen mit Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ist sehr anspruchsvoll, weil sie durch ihre Vorgeschichte mit sehr ambivalenten Gefühlen kämpfen. Einerseits haben sie überhöhte Ansprüche an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte („Sie sind meine letzte Hoffnung“), andererseits fehlt ihnen durch die vielen erfolglosen Therapieversuche die Geduld, sich auf eine langwierige sexualmedizinische Behandlung einzulassen („Ich dachte, Sie können mir schneller helfen“). Meist hilft, sich der Vorgeschichte einer Patientin bewusst zu sein und sich die vielen therapeutischen Schritte vorzustellen, welche die Patientin (und ihr Partner) auf dem Weg zu einer sinnlichen, schmerz- und angstfreien Sexualität zu bewerkstelligen hat, um geduldig und unterstützend bleiben zu können.

Unsere Patientin hat bereits einen langen Leidensweg mit frustranen Therapieversuchen hinter sich [58], wie sehr viele Frauen mit diesem Symptom. Eine neuere Studie konnte aufzeigen, dass 23 % der Betroffenen drei bis vier Ärztinnen bzw. Ärzte konsultiert hatten und 18 % mehr als fünf. 48 % der Betroffenen erhielten KEINE Diagnose [59].

Diese Vorgeschichten „machen“ etwas mit unseren Patientinnen. Sie fühlen sich in die „Psychoecke“ abgeschoben, obwohl sie „doch eindeutig an körperlichen Symptomen leiden“. Die zuvor geschilderte Haltung und die Illusion der Patientinnen, dass nicht sie, sondern Ärztinnen und Ärzte die ersehnte Veränderung bringen werden, birgt eine große Falle, in welche wir Behandelnden leicht tappen. Wir mühen uns alleine ab und überhäufen die Patientinnen (erfolglos) mit Tipps, Tabletten und Salben. Daher muss gleich zu Beginn angesprochen werden, dass die Therapie langwierig sein wird und viel (emotionalen) Einsatz von der Patientin erfordern wird.

Von Seiten der Ärztinnen und Ärzte muss der Aufbau einer guten, tragfähigen Beziehung im Fokus stehen, denn es zeigt sich, dass 30–40 % des Therapieerfolges auf den Placeboeffekt Ärztin/Arzt zurückzuführen sind [58]. Diese vertrauensvolle Beziehung muss in den ersten 2–3 Kontakten zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten erreicht sein, damit die Therapie erfolgreich sein kann [60]. Damit das leichter gelingt, wäre es, wie in unserem Fall, optimal, wenn die Gynäkologin eine „Brücke zur (Sexual-)Therapie bildet“. Sie sollte der Patientin gleich zu Beginn das interdisziplinäre Therapiekonzept bei Vulvodynie erklären und dass sie und ihr Partner lernen müssen, mit den neuen körperlichen Vorgaben anders umzugehen. Die Sexualtherapie ist ein wichtiger Teil dieser Neuorientierung. Auf dem Weg zur einer genussvollen, neuen Sexualität müssen sich sowohl die Patientin als auch der Partner etlichen fordernden Themen stellen und neue Lösungsformen dafür finden. Das fällt unserer Patientin und ihrem Partner nicht leicht. Sie brauchen viel Verständnis, Geduld und eine stützende Haltung.

Schlüsselthemen waren bisher während der Sexualtherapie bei unserer Patientin:

- Ihre „vorbelastete“ Genitalregion
- Fehlvorstellungen (vaginaler Orgasmus)
- Verzerrte Körperwahrnehmung
- Sexuelle Performance statt Genuss
- Berufliche Belastung
- Sexualität zur Beziehungsentlastung
- Angst vor Beziehungsverlust
- „Höllenschmerzen“
- Depressive Verarbeitung

Schlüsselthemen des Partners:

- Große Verunsicherung
- Rollenänderung (vom „Liebhaber“ zum verständnisvollen, passiven Duldenden)
- Hilflosigkeit
- Verlust der sinnlichen Sexualität
- Lustlosigkeit
- Fehlende Beziehungszeit

Die Sexualtherapie ermöglichte dem Paar strukturiert neue, sinnlich-sexuelle Erfahrungen.

Die Patientin lernte, genauer auf passende/unpassende Berührungen und Situationen zu achten und dies auch ihrem Partner mitzuteilen. Sie realisierte, dass die Schmerzen nur ein Teilaspekt ihres Lebens sind und gab ihnen nicht mehr den Hauptfokus. Sie begann, den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und negativen Auswirkungen auf die Sexualität zu erkennen und ihr Leben (sexualfreundlicher) umzugestalten.

Ihr Partner konnte, dank ihrer neu gewonnenen Fähigkeit, achtsamer mit sich umzugehen, endlich auch seine eingefahrene Rolle als „sexuell Bedürfnisloser“ aufgeben und mit ihr die Körperlichkeit im gesicherten therapeutischen Rahmen genießen.

Wie die Sexualtherapie ist auch die Rehabilitation des Beckenbodens ein wichtiger Therapiebestandteil. Bei anhaltenden Schmerzen beim Geschlechtsverkehr würde sich die Spannung der Beckenbodenmuskulatur erhöhen und in einer reduzierten Funktion münden. Die Schmerzsymptomatik würde aufrechterhalten werden, daher erfolgte nach Erklärung der Zusammenhänge die Überweisung zur Physikalischen Medizin.

4.2.2 Aus der Sicht der Physikalischen Medizin

Prim.^a Dr.ⁱⁿ Eva Maria Uher

Die Wahrnehmung der Beckenbodenmuskulatur in seiner Fähigkeit zur Spannung und Entspannung ist von zentraler Bedeutung in der interdisziplinären Therapie. Insofern sind die Therapiemöglichkeiten der Physikalischen Medizin als „First Line Therapy“ auch zu verstehen und werden in den verschiedenen Stadien der multimodalen Therapie eingesetzt.

Die Zuweisungsdiagnose lautet zumeist „Overactive Pelvic Floor“ (OAPFL) und stellt häufig eine Ursache oder einen Teil der komplexen Schmerzsymptomatik dar. Mehr als 36 Diagnosen sind damit assoziierbar. Die Patientinnen erleiden dadurch auch eine starke psychische Belastung (Stress und Angst sowie Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens), die wiederum als Teil eines Circulus vitiosus die Patientinnen stark belasten.

Die Pathophysiologie dahinter versteht den chronischen Schmerz als multidimensionales Geschehen, das sich sowohl auf der Körperebene sensorisch-diskriminativ als auch emotional im Sinne einer affektiv-motivationalen Belastung und auf der Bewusstseinssebene evaluativ-kognitiv äußert. Für die Patientinnen ist es sehr wichtig, dass ihnen mit dem zentralen Therapiemodul Biofeedback im Sinne einer Stärkung der Selbstermächtigung gelehrt werden kann, die Beckenbodenmuskulatur auf der Körperebene aktiv wahrzunehmen, sich dabei ihre Emotionen und Schmerzsymptomatik im Zuge der Therapie bewusst zu machen und somit zu lernen, diese im Zuge der angeleiteten physikalischen Therapie zu reduzieren.

Die Biofeedbacktherapie ist zwar der zentrale Teil, jedoch nicht der einzige, der durch fachärztlich spezialisierte physikalische Ärztinnen und Ärzte eingesetzt wird, um das gewünschte Ziel, schmerzfreie Entspannung und Spannung der Beckenbodenmuskulatur, erreichen zu können.

Im konkreten Fall erfolgte immer wieder eine Rücksprache mit der Gynäkologin, die während der gesamten Betreuung Bezugsärztin für die Patientin und das interdisziplinäre Team blieb, insbesondere da die Patientin über das Auftreten unprovoked Schmerzattacken mit depressiver

Verarbeitung berichtete. Daher wurde von der Gynäkologin das Einbinden einer Fachärztin für Psychiatrie und eines Schmerztherapeuten empfohlen.

4.2.3 Aus der Sicht der Psychiatrie

Dr.ⁱⁿ Doris Hinkel

Aus psychiatrischer Sicht erzeugt chronischer Schmerz Gefühle der Hilf- und Wertlosigkeit, die die Entwicklung einer Depression begünstigen. Rund die Hälfte aller Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten entwickelt eine Depression. Durch die Depression wiederum verändert sich die Schmerzsensibilität im Sinne einer erhöhten Schmerzwahrnehmung.

Bei Sexualstörungen können Gefühle des Versagens gegenüber der Partnerin bzw. dem Partner im Sinne einer Negativverstärkung die depressive Symptomatik aufrechterhalten. Es kommt zur Verschlechterung der Lebensqualität, zur Irritation im sozialen Rollenverhalten und zur Schwächung der sozialen Kompetenz. Dadurch entsteht ein Teufelskreis aus Schmerz und Depression, den die Betroffenen nicht alleine durchbrechen können.

Viele Patientinnen und Patienten kommen auch mit der Einstellung, dass sie ohne Schmerzen keine Depression hätten, was wissenschaftlich jedoch nicht bestätigt werden kann. Es bedarf eines umfassenden Erklärungsmodells, sodass die Betroffenen die Schmerzerkrankung wie auch die Depression in ihren individuellen Lebenskontexten sehen und akzeptieren können.

Im konkreten Fall wurde die Patientin mit der Diagnose und dem erstellten Behandlungsplan vertraut gemacht. Voraussetzung dafür war eine ausführliche Biographie, Anamnese- sowie Familienanamneseerhebung im Erstkontakt mit der Patientin. Eine empathische Validierung der geäußerten Sorgen und Gefühle unterstützte eine situative Entlastung und die Vertrauensbildung zum professionellen Helfernetzwerk und deren Therapievorschlüge. Im psychoedukativen Teil des Gespräches wurde genauestens über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen bzw. Interaktionen der verordneten Medikamente in Hinblick auf ein gutes Compliance-Verhalten der Patientin informiert. Der psychotherapeutisch supportierende Gesprächsstil unterstützte die Betroffene, die Zusammenhänge der Störungsmuster im Sinne des Recovery-Prinzips erkennen und verändern zu können. Die primäre medikamentöse Wahl mit Amitriptylin 10 mg abends reduzierte die Schmerzen erfolgreich, musste aber wegen Auftreten von Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Konzentrationsstörung und Müdigkeit auf Bupropion 150 mg morgens umgestellt werden. Weiters erfolgte eine Überweisung an den Schmerztherapeuten.

Bei Depression und Sexualstörungen ist Bupropion wegen der geringen kontrasexuellen Nebenwirkung bevorzugt einsetzbar. First-Line-Therapie bei Schmerz und Depression ist ein trizyklisches Antidepressivum. Alternativen wären SSNRI und NDRI. Nebenwirkungen, insbesondere kontrasexuelle Nebenwirkungen, sind zu beachten.

4.2.4 Aus der Sicht der Schmerztherapie

Dr. Thomas Ettenauer

Bei genitalen Schmerzen und Dyspareunie handelt es sich regelhaft um ein komplexes Schmerzsyndrom, meist mit chronischem Verlauf. Deshalb ist das Mittel der Wahl die multimodale Schmerztherapie, bei der die synergistischen Effekte verschiedener ärztlicher Disziplinen und anderer

medizinischer Berufsgruppen zum Tragen kommen. Dieses Vorgehen wird von der International Society for Sexual Medicine (ISSM) in der SOP for genital sexual pain empfohlen.

Ziel der Schmerztherapie ist es, den Kreislauf von Schmerz, verstärktem Tonus der Beckenbodenmuskulatur, Schwellung, Durchblutungsstörungen, trophischen Störungen und wiederum Schmerzverstärkung zu durchbrechen. Oft können Patientinnen erst nach adäquater Schmerzlinderung von begleitenden nicht-medikamentösen Therapien profitieren. Viele potente Analgetika sowie die Co-Medikation wirken allerdings erregungs- und lustmindernd. Diese Nebenwirkungen sind aber nicht gemeinhin bekannt, weshalb oft die falschen Medikamente verordnet werden, was das Leiden der Patientinnen nur weiter verstärkt. Aus diesem Grund brauchen wir dringend neue Schmerzmittel beziehungsweise sollten bereits vorhandene von der Krankenkasse erstattet werden. Es gibt beispielsweise Hinweise, dass das mittelstarke Opioid Tapentadol (Palexia®) weniger kontrase sexuelle Wirkungen hat, es kommt aber leider nicht häufig zum Einsatz, da es nicht kassenfrei ist.

Genitale Schmerzen und Dyspareunie wirken sich immer auf die Beziehung aus und sollten daher angesprochen beziehungsweise in der Paartherapie behandelt werden. Eine begleitende Paartherapie wirkt nicht nur entlastend für beide PartnerInnen, sondern unterstützt den Heilungsverlauf deutlich und kann die Beziehung sogar vertiefen.

Im konkreten Fall hat die Patientin auch unprovizierte Schmerzen, weshalb sie auf Metamizol (Novalgin®) in fixem Intervall eingestellt wird. Wegen der eindeutig neuropathischen Komponente würde sich das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin (Saroten®) in schmerztherapeutischer Dosierung empfehlen. Aufgrund der Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit ...) lehnt die Patientin das Medikament aber ab. Deshalb wird mit Pregabalin (Lyrica®) begonnen, das seit kurzem kassenfrei ist [\[58\]](#).

Alle diese Ausführungen lassen das hohe Ausmaß an Zeit, Energie und nicht zuletzt an finanziellen Aufwendungen (viele der Therapieschienen werden nicht durch Kassenleistungen abgedeckt) erkennen, das eine Patientin in dieser Situation aufbringen muss. Es fordert von ihr viel Disziplin, Durchhaltevermögen und die Fähigkeit, Eigenverantwortung für ihr Problem zu übernehmen. Auch das interdisziplinäre Team ist im Hinblick auf Fachwissen, aber auch Empathie und Kooperationsfähigkeit untereinander sowie Geduld in Bezug auf den langwierigen, gemeinsamen Weg mit der Patientin, der durchaus auch von zeitweiligen Rückschlägen gekennzeichnet sein kann, gefordert. Absolute Grundvoraussetzung ist die vertrauensvolle Beziehung der Patientin zum Behandlungsteam und insbesondere zur Bezugärztin. Diese gibt ihr Sicherheit und immer wieder Motivation, sie bindet, wenn nötig, Expertinnen und Experten in das multidisziplinäre Team ein und bleibt auch immer Ansprechpartnerin für alle Teammitglieder. Am Ende dieser gemeinsamen Arbeit steht nun eine Patientin, die wieder beginnt, gemeinsam mit ihrem Partner ihre Sexualität zu genießen, sanfte Pflegemaßnahmen geben ihr „ein gutes Gefühl“ für ihren Intimbereich, sie hat einen bewussten Zugang zu ihrem Beckenboden ohne reflektorisches Gegenspannen gefunden und unter einer optimierten Medikation sind Spontanschmerz und Depression unter Kontrolle. Die Patientin ist von ihrem Krankheitsbild im engeren Sinne nicht geheilt, aber auf einem sehr guten Weg.

4.3 Patient mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom



Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus Margreiter, FEBU, FECSM – Präsentation
Urologe/Androloge | Universitätsklinik für Urologie, Medizinische Universität Wien



Univ.-Prof. in Dr. in Alexandra Kautzky-Willer
Gender Medicine Unit | Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien



Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak
Universitätsklinik für Innere Medizin | Vorstand der Österreichischen Diabetesgesellschaft



Dr. in Michaela Rauschmeier, MBA
Allgemeinmedizin & Sexualmedizin | Wiener Krankenanstaltenverbund –
Generaldirektion Vorstandsbereich Health Care Management (HCM)

Die interdisziplinäre Fallvignette des Patienten mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom stellt einen häufigen Patienten aus der täglichen Praxis dar. Es handelt sich im konkreten Fall um einen 52 Jahre alten Mann, der seit 28 Jahren verheiratet ist und eine glückliche Ehe führt. Bis vor drei Jahren hatte er mit seiner Frau regelmäßig Sex, dann gab es immer wieder Schwierigkeiten, eine Erektion zu erlangen und aufrechtzuerhalten. Der Patient gibt zudem an, dass die Spontanerektionen seltener geworden sind und seine Libido ebenfalls nachgelassen hat.

Für den Mann und auch für seine Ehefrau führt diese Problematik zu einer signifikanten psychischen Belastung. Es kommt dadurch immer wieder zu Konflikten in der Ehe. Der Mann versucht den sexuellen Kontakt zu vermeiden, um seine Ehefrau nicht zu enttäuschen. Seine Frau wiederum fühlt sich nicht mehr begehrt und hat Sehnsucht nach Zärtlichkeit.

In der Krankengeschichte finden sich eine Beschneidung und eine Blinddarm-Operation als Kind. Ansonsten ist der Patient schon lange nicht mehr beim Arzt gewesen. Der Mann nimmt keine Medikamente, glaubt jedoch, sein Blutdruck sei zu hoch. Er raucht 10 Zigaretten pro Tag und trinkt gelegentlich Alkohol. In den letzten Jahren hat der berufliche Stress sehr zugenommen. Er würde daher auch keine Zeit finden, um Sport zu treiben. Die Ernährung ist sehr unregelmäßig und er bevorzugt deftige Gerichte mit viel Fleisch und wenig Gemüse.

4.3.1 Aus der Sicht der Urologie und Andrologie

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Markus Margreiter, FEBU, FECSM

Die Erektile Dysfunktion (ED) ist definiert als die anhaltende Unfähigkeit, eine ausreichende Erektion zu erreichen oder zu halten, um eine zufriedenstellende sexuelle Aktivität zu ermöglichen. Obwohl die ED eine gutartige Erkrankung ist, kann sie die körperliche und psychosoziale Gesundheit beeinflussen und einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität (QoL) der Patienten und ihrer Partnerinnen bzw. Partner haben.

Epidemiologische Daten zeigen eine hohe Prävalenz und Inzidenz von ED weltweit. Bei der Prävalenz der Erektilen Dysfunktion ist das Alter ein entscheidender Faktor. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit, sodass bis zu 50 % der über 60-Jährigen an Potenzstörungen leiden. Es gibt zahlreiche Ursachen und Risikofaktoren. ED kann durch eine vaskuläre Veränderung ausgelöst werden, ebenso durch Veränderungen des Hormonhaushaltes, Nervenverletzungen aufgrund operativer Eingriffe, Nebenwirkungen von Medikamenten sowie psychisch bedingte Probleme. Des Weiteren zählen neben dem Alter auch Diabetes mellitus, Alkoholabusus, Rauchen, Hypercholesterinämie, Adipositas und Hypertonie zu den Risikofaktoren.

Entsprechend den Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Urologie ist neben der exakten medizinischen und psychosexuellen Anamnese eine genaue körperliche Untersuchung zur Diagnosestellung unabdingbar.

Im konkreten Fall ergab die fokussierte Untersuchung des äußeren Genitals einen circumzidierten Penis. Die Schwellkörper zeigten Zeichen einer beginnenden Atrophie. Das äußere Genitale war ansonsten unauffällig. Ein urologischer Ultraschall ergab ebenfalls einen unauffälligen Befund. Die Prostata war in der Fingeruntersuchung insuspekt mit einem Volumen von 40 ml. Der Patient beschrieb leichte obstruktive Miktionsbeschwerden im Sinne einer beginnenden LUTS. Der IIEF-5 (International Index of Erectile Function) lag bei 16 (normal > 21).

Als relevante Befunde bei der Untersuchung wurde eine Adipositas mit einem BMI von 31 (normal < 25) festgestellt und der Patient hatte einen erhöhten Blutdruck von 165/90 mmHg. Eine weitere Auffälligkeit war eine Belastungsdyspnoe. Aufgrund der kardiovaskulären und metabolischen Risikofaktoren erfolgte daher eine Überweisung des Patienten zur weiteren internistischen Abklärung. Eine Laboruntersuchung inklusive Blutzuckerbestimmung wurde angeordnet.

4.3.2 Aus der Sicht der Inneren Medizin

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Alexandra Kautzky-Willer

Erektile Dysfunktion (ED) ist ein wichtiger Risikofaktor für Typ-2-Diabetes oder eine Durchblutungsstörung des Herzens, kann aber auch eine Diabetes-Spätkomplikation sein. Erektile Dysfunktion ist bei Männern mit Diabetes 3–4 Mal häufiger als bei gesunden Männern, wobei die Prävalenz stark vom Alter, der Diabetesdauer, der metabolischen Kontrolle und Komplikationen abhängt. So haben 20- bis 29-jährige Diabetiker nur eine ED-Prävalenz von unter 10 %, 60- bis 70-jährige Diabetiker hingegen bereits von über 90 %. Typ-1-Diabetiker haben im Allgemeinen eine etwas niedrigere ED-Prävalenz als Typ-2-Diabetiker.

Von allen Risikofaktoren für ED ist Diabetes der stärkste: Abhängig vom Diabetes-Typ ist das altersadjustierte relative Risiko für ED bis zu 3-fach erhöht.

Wenngleich die Diabetesprävalenz in Mitteleuropa geringer ist als etwa im arabischen Raum, steigt sie dennoch mit dem Alter, begleitet von einem Anstieg des Übergewichts. In den letzten 40 Jahren hat die Diabetesprävalenz in Mitteleuropa um 40 % zugenommen. Jeder zehnte Erwachsene ist betroffen. Zudem ist Diabetes bei jedem zweiten Erwachsenen nicht diagnostiziert, die Person weiß nichts von der Erkrankung und kann daher auch nicht behandelt und Spätkomplikationen nicht vorgebeugt werden. Bis 2030 wird vermutlich jeder siebente krankheitsbedingte Todesfall durch Diabetes verursacht werden. Die diabetesbedingten Gesundheitsausgaben belaufen sich global auf 12 % – in Österreich werden jährlich 4,8 Milliarden Euro wegen Diabetes ausgegeben!

Je höher der Blutzucker, desto eher entsteht eine erektile Dysfunktion. Veränderte Hormonspiegel (Testosteron, Prolaktin etc.), Durchblutungsstörungen, Medikamente (Antidepressiva, Blutdrucksenker), psychische Probleme (Depressionen) und körperliche Probleme (Spätkomplikationen, Komorbiditäten) spielen in die Assoziation von Diabetes und ED hinein. Daher ist bei Diabetikern eine jährliche Sexualanamnese, beispielsweise mit dem Internationalen Fragebogen zu Erektionsbeschwerden IIEF-5, empfohlen. Bei Patienten mit manifestem Diabetes und erektiler Dysfunktion sollte außerdem der Sexualhormonstatus kontrolliert werden (Hypogonadismus?) sowie eine vaskuläre (asymptomatische koronare Herzkrankheit?) und eine neurologische (Polyneuropathie?) Abklärung erfolgen.

Zur Therapie der ED bei Diabetes wird in erster Linie versucht, die Ursache zu behandeln. Die Therapieoptionen sind demnach eine bessere Blutzuckereinstellung, eine multifaktorielle Therapie (Lipide, Blutdruck, Gerinnung etc.), Behandlung von Spätkomplikationen, Erkennen und Behandeln von Depressionen, Gewichtsabnahme und allgemein einer Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dazu gehören auch mehr Bewegung, eine mediterrane Ernährung und eine Nikotinabstinenz. Eventuell ist auch eine Hormonersatztherapie (bei Testosteronmangel) notwendig – Langzeittherapien mit Testosteron verbessern das metabolische Syndrom bei hypogonadalen Männern. Und schließlich sind auch PDE5-Hemmer eine effektive Behandlungsoption bei Diabetikern mit ED.

4.3.3 Aus der Sicht der Diabetologie

Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak

Der Bauch des Mannes ist ein zentrales Problem, das in der Wohlstandsgesellschaft immer mehr an Bedeutung zunimmt.

Der Bauch ist zentral in der Entwicklung des metabolischen Syndroms, dem Zusammentreffen von stoffwechselaktivem Bauchfett, Neigung zu Bluthochdruck, Blutfetterhöhungen und Störungen des Blutzuckerstoffwechsels bis hin zu Diabetes mellitus vom Typ 2 (auf Basis einer Insulinresistenz). Dieses Bauchfett löst aber auch eine systemische Entzündung (Inflammation), vermehrte freie Fettsäuren und eine Verminderung von sogenannten Adipokinen wie Adiponektin aus, alles zusammen erhöht das sogenannte „kardiometabolische Risiko“. Ursächlich ist, dass wir mit den Genen der Steinzeit in der modernen Welt mit viel Stress leben. Fast Food aller Art ist da eine Begleiterscheinung, die Kontrolle über den Appetit schwindet.

Gewicht und die assoziierten Risikofaktoren, auch das Rauchen, tragen schon früh zur sogenannten „Endothelfunktionsstörung“ bei. Dabei ist die Erweiterung der kleinen Gefäße für die Durchblutung überall und auch im Penis sehr wichtig. So ist es nicht überraschend, dass alle typischen Gefäß-Risikofaktoren auch gemeinsam kausal zur Erektile Dysfunktion beitragen.

Darüber hinaus spielt ein zweiter Faktor eine wichtige Rolle: Männer über 102 cm Bauchumfang haben meist einen erniedrigten Testosteronspiegel. Ein solcher Mangel an Testosteron kann zu Beschwerden führen, wie zum Beispiel: weniger sexuelle Lust (Libidoverlust), Potenzprobleme, Antriebslosigkeit, häufiges und starkes Schwitzen, chronische Müdigkeit und Nachlassen der Kraft.

So ist das Nachlassen der Potenz ein erster Indikator eines sich abzeichnenden Herz-Kreislauf-Problems und ein Symptom, das eingehend abgeklärt werden muss. Eine manifeste koronare Herzkrankheit (KHK) folgt dann im Mittel zwei Jahre später.

Nach erfolgter vaskulärer Abklärung und eventuell bereits notwendiger Intervention ist eine echte Umstellung des Lebensstiles erforderlich. Bewusstere Ernährung, ausreichende Bewegung und Gewichtsreduktion stehen am Anfang, die Behandlung der Risikofaktoren und das Meiden des Rauchens wären die nächsten Ziele. Bei einer Belastbarkeit von mindestens zwei Stockwerken ist Sexualität nicht kontraindiziert. PDE-5-Hemmer und gegebenenfalls Testosteron-Substitutionstherapie in Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Urologie (keine pharmakologischen Spiegel!) können das Prozedere abrunden, alles weitere bleibt dann auch den urologischen Spezialistinnen und Spezialisten überlassen (Injektionstechniken, Implantate etc.).

4.3.4 Aus der Sicht der Sexualmedizin

Dr.ⁱⁿ Michaela Rauschmeier, MBA

In einer sexualmedizinischen Praxis müssen einige Besonderheiten bedacht werden, ich gehe wie folgt vor:

Mir ist es besonders wichtig, eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens zu schaffen. Eine gute therapeutische Beziehung ist ein wichtiger Wirkfaktor für ein gutes Behandlungsergebnis. Es wird eine verlässliche, sichere und geschützte Beziehung aufgebaut, die auch dann halten soll, wenn es zu konflikthaften und schwierigen Phasen der Behandlung kommen sollte.

Nach den ersten Spontanangaben des Patienten und der Exploration der sexuellen Störung (hier die Erektile Dysfunktion, wie von den Fachärztinnen und Fachärzten schon ausgeführt) werden die drei Dimensionen, welche die Bedeutung der Sexualität für den Patienten, seine sexuelle Weltanschauung quantifizieren soll, exploriert.

1. **Beziehungsdimension:** Wie wird der Zusammenhang zwischen Sexualität und Beziehung gesehen? Wie gelingt die Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Geborgenheit?
2. **Fortpflanzungsdimension:** Welche Bedeutung und welchen Stellenwert hat die Reproduktion? Besteht ein Kinderwunsch?
3. **Lustdimension:** Welche Bedeutung und welchen Stellenwert haben sexuelle Lust, Stimulation und Erregung?

Danach wird die Lebensgeschichte und sexuelle Entwicklung von der Kindheit und Jugend über die Adoleszenz und das Erwachsenenalter geschildert. Die Beziehungsentwicklung zur Partnerin und der soziale Befund runden das Bild ab.

Am Ende der Sitzung werden der Behandlungsplan und die Zielsetzung gemeinsam erarbeitet:
Welche Vorstellungen bestehen beim Patienten/bei der Partnerin und welche Ideen haben sie dazu?
Ist eine Sexualberatung oder eine Sexualtherapie erwünscht?

Sexualberatung: Hier geht es mehr um die Abklärung gegenseitiger Vorstellungen und die Ermutigung zur Wiederaufnahme noch möglicher sexueller Kontaktformen.

Sexualtherapie: Dabei werden strukturierte Übungen eingesetzt, um die PartnerInnen wieder anzunähern und Selbstverstärkungsmechanismen abzubauen.

Ich lege einen Therapievorschlag vor und gehe auf Fragen des Patienten ein.

Die Prognose hängt von verschiedenen Fragen ab:

- Mögen sich die PartnerInnen?
- Besteht ein Veränderungswille beziehungsweise eine Veränderungsbereitschaft?
- Droht eine Trennung?
- Geht es mehr um die Wiederherstellung einer Funktion (und damit um die Einengung auf die Lustdimension) oder ist eine Öffnung für eine sozial-bindende Dimension möglich?

In der sexualmedizinischen Praxis geht es nicht nur um die Therapie einer gestörten Sexualfunktion, sondern auch darum, irritierte Beziehungen wieder zu einem Gleichgewicht zu verhelfen

5 Podiumsdiskussion: „Sexuelle Gesundheit in Österreich – die Kluft zwischen Ist und Soll“



Prim.ª Dr.ª Ingrid Geiss

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, a.ö. Landeskrankenhaus Lilienfeld



Prim. Univ.-Prof. Dr. Richard Greil

Vorstand der Univ.-Klinik für Innere Medizin III mit Hämatologie, Internistischer Onkologie, Hämostaseologie, Infektiologie, Rheumatologie und Onkologisches Zentrum des Univ.-Klinikums Salzburg



Dr.ª Renate Hoffmann-Dorninger

Allgemeinmedizin | Vorstands-Mitglied der ÖGAM und Präsidentin der WIGAM (Wiener Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin)



Dr. Karlheinz Kornhäusl

Bundessektions-Obmann der Sektion Turnusärzte in der ÖÄK



Dr. Peter Niedermoser

Obmann-Stellvertreter der Bundessektion Fachärzte der ÖÄK



Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald

Vorstand der Abteilung Urologie und Andrologie, SMZ-Ost – Donauspital | Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie



Univ.-Prof. Dr. Hermann Toplak

Universitätsklinik für Innere Medizin Graz | Vorstand der Österreichischen Diabetesgesellschaft



Moderation:

Mag.ª Joy Ladurner – Gesundheit Österreich GmbH



Zusammenfassung:

Constantin Zieger, BSc MSc – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Einigkeit herrscht über die Notwendigkeit der Verankerung sexualmedizinischer Inhalte in der ärztlichen Ausbildung. Um den Studierenden die Scheu vor dieser Thematik zu nehmen, sind entsprechende Vorbilder, das Schaffen von erhöhtem Bewusstsein sowie das Ablegen von „Scheuklappen“ und Berührungsängsten nötig. Daher wird auch die Wichtigkeit des ÖÄK-Diploms Sexualmedizin und derartiger Veranstaltungen hervorgehoben.

Als „Querschnittsfach“ sei sexualmedizinisches Wissen gerade in der Allgemeinmedizin von höchster Bedeutung. Lehrpraxen würden hier eine ausgezeichnete Möglichkeit bieten, um bereits in der Ausbildung mit dem Thema in Berührung zu kommen. Ziel der Ausbildung soll dabei nicht sein, dass jede Ärztin bzw. jeder Arzt gleichzeitig auch eine Expertin oder ein Experte auf dem Gebiet der Sexualmedizin wird. Vielmehr sollen die Ärztinnen und Ärzte als erster Filter fungieren, um Probleme im Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit erkennen zu können. Die weitere Behandlung soll dann von einer Expertin bzw. einem Experten übernommen werden. Die multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit wird aus diesem Grund als wichtigstes Instrument der ärztlichen Arbeitsweise hervorgehoben.

Seitens der Fachgesellschaften und der Ärztekammer wird betont, dass sich auf dem Gebiet der Sexualmedizin in den letzten Jahren durchaus viel bewegt hat. Aufgrund der Entwicklung anderer Curricula (wie beispielsweise der Geriatrie) hat die Sexualmedizin bisher jedoch noch nicht die Aufmerksamkeit bekommen, die ihr zustehen würde. Es wird hervorgehoben, dass sich dies in Zukunft ändern werde. Die Gynäkologie, in der bereits zahlreiche sexualmedizinische Inhalte verankert sind, geht hier bereits mit gutem Beispiel voran.

Kritisiert wird überdies die Leistung der Krankenkassen zu diesem Thema. Beispielsweise werde von diesen oftmals weder die Erektile Dysfunktion als Krankheit angesehen noch werden die Rehabilitationskosten nach einer Prostataentfernung übernommen. In diesem Zusammenhang wird auch von mehreren Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern die Wichtigkeit der Abgeltung des ärztlichen Gesprächs von den Krankenkassen in den Fokus gerückt. Während dies in anderen Ländern bereits der Fall sei (zum Beispiel in der Schweiz), gestaltet sich dieses Vorhaben in Österreich schwierig.

Auch gibt es noch große Wissens- und damit auch Awarenessslücken in der Öffentlichkeit. Die Zielgruppe der Männer ist hiervon in besonderem Maße betroffen. Während es für Frauen bereits

gut etablierte und allseits bekannte Awarenesskampagnen (zum Beispiel Pink Ribbon) gibt, haben sich vergleichbare Programme für Männer noch kaum entwickelt.

Die „Sprache als schärfstes Skalpell“ wird als eines der wichtigsten Instrumente zur Herangehensweise an dieses tabubehaftete Thema angesehen. Oftmals sind Ärztinnen und Ärzte aufgrund eines nicht ausreichenden Verbalisierungsgrades hilflos in ihrer Empathie. Aus diesem Grund stoßen diese bei sexuellen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten nur allzu oft an ihre Grenzen. Darüber hinaus hat sich oftmals eine Patientin bzw. ein Patient schon lange vorher entschieden, ob sie oder er ein derartiges Gespräch führen will. Die Frage der Geschlechtskonstellation spielt bei diesem heiklen Thema auch eine nicht zu unterschätzende Rolle (Ärztin/Arzt – Patientin/Patient).

Während der Zeitfaktor im Rahmen des Patientenkontaktes nach wie vor eine Barriere für ein ausführliches Gespräch darstellt, ist auf dem Gebiet der Sexualmedizin der Wahl eines geeigneten Settings ein noch höherer Stellenwert einzuräumen. So kann ein kurzes Gespräch durchaus auch intensiv sein und zum Gewinn eines ersten Eindrucks dienen, während beispielsweise eine Visite, an der eine größere Gruppe von meist völlig fremden Personen beteiligt ist, in jeder Hinsicht ungeeignet für ein derartiges Thema erscheint.

Die Tagung zur sexuellen Gesundheit sowie das gewählte Format mit der Präsentation der Fallbeispiele werden als sehr innovativ und als erster Schritt in die richtige Richtung angesehen. Wichtig sei es, auch in Zukunft an diesem komplexen Thema festzuhalten und die sexualmedizinische Gesundheit in allen relevanten Fachrichtungen entsprechend zu verankern.

Abschließend wird festgehalten, dass sich die Sexualmedizin in Österreich nur weiterentwickeln kann, wenn das Bewusstsein gefördert und ausgebaut wird. Der Schlüssel hierzu ist Kompetenz und Wissen, deren Grundlage wiederum in der Ausbildung liegt. Hier anzusetzen würde also die besten Ergebnisse liefern, um die Sexualmedizin in Österreich auf die nächste Stufe zu heben.

6 Ausblick



MRⁱⁿ Dr. in Magdalena Arrouas – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Die Tagung „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“ vom 10. Juni 2016 stellt einen wichtigen Beitrag zur Sichtbarmachung eines besonders sensiblen Themenfeldes innerhalb des Gesundheitswesens dar. In Übereinstimmung mit der WHO-Deklaration aus dem Jahr 2000 wird eine entsprechende Auseinandersetzung gefördert und mittels konkreter Fallbeispiele sowohl die Perspektive der Behandelnden als auch jene der Betroffenen zugänglich gemacht. Im Sinne einer Auftaktveranstaltung sollte die Tagung den Aufbau eines fachlichen Netzwerkes unterstützen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen bekennt sich dazu, eine Reihe weiterer derartiger Veranstaltungen zu ermöglichen und darüber hinaus das Thema sexuelle Gesundheit in alle entstehenden oder bereits bestehenden Strategien zu integrieren. So ist für das Jahr 2017 geplant, sich schwerpunktmäßig den psychosozialen Aspekten der Sexualität zu widmen. Bei diesen Bemühungen sind wir auf die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten, aber auch weiteren Stakeholdern – wie beispielsweise Universitäten, medizinische Ausbildungseinrichtungen, Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe etc. – angewiesen und hoffen auf eine Fortsetzung des nunmehr gestalteten Dialogs.

7 Literaturangaben

- [1] WHO & WAS (2000): Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Antigua, Guatemala: WHO
- [2] WHO (o. J.): Definition sexuelle Gesundheit. <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> (Zugriff am 10.11.2016)
- [3] Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria, S. 74
- [4] WHO (2009): Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008: Bericht
- [5] Griebler, Robert; Geißler, Wolfgang; Winkler, Petra (Hrsg.) (2013): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen – Lösungsansätze – Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, S. 15
- [6] Elmadfa I. et al. (2012): Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, S. 126
- [7] Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Eisenmann, Alexander (2015): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich: Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, S. 10
- [8] Update Europe (2015): Der österreichische Cholesterin-Report 2015. Wien: Sanofi
- [9] Meryn, S. (2011): Die Erektile Dysfunktion als Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen – Evidenz aus interdisziplinärer Sicht. In: Österreichische Ärztezeitung Consensus MEDahead, Jänner 2011
- [10] Statistik Austria (2014): Krebsinzidenz und Krebsmortalität in Österreich. S. 15
- [11] Maringer, Bettina (2012): Diagnostik des Prostatakarzinoms: MRT (mit endorektaler Spule) + MR-Spektroskopie. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- [12] Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria, S. 24
- [13] Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2016): Wie Arzneimittelpreise gebildet werden. https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/ArzneimittelverbrauchinOesterr-eich_HK.html (Zugriff am 10.11.2016)
- [14] Burchardt, M. et al. (2001): Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular complications and psychological functioning in men with hypertension. In: Int J Impot Res 13/5: 276–281
- [15] Martelli, V. et al. (2012): Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. In: J Sex Med 9/2: 434–441
- [16] Rutte, A. et al. (2015): Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. In: J Sex Marital Ther 41/6: 680–690
- [17] Nascimento, E. R. (2015): Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. In: J Affect Disord 181: 96–100

- [18] Artom, N. (2016): Prevalence of erectile dysfunction in a cohort of Italian hypertensive subjects. In: *Clin Exp Hypertens* 38/2: 143–149
- [19] Bonierbale, Mireille; Lançon, Christophe; Tignol, Jean (2003): The ELIXIR Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patients in France. In: *Curr Med Res Opin* 19/2: 114–124
- [20] Porst, H. (2000): *Manual der Impotenz: Erektions-, Ejakulations- und Hormonstörungen, Penisserkrankungen, weibliche Sexualstörungen*. Bremen: Uni-Med, S. 149
- [21] Beier, K. et al. (2005): *Sexualmedizin*. München: Urban & Fischer
- [22] Moreira, E. D. et al. (2005): A population survey of sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behavior in middle-aged and older adults. In: *Eur J Med Res* 10/10: 434–443
- [23] Shifren, J. L. et al. (2008): Sexual problems and distress in United States women. In: *Obstet Gynecol* 112/5: 970–978
- [24] Fugl-Meyer, K. S. et al. (2013): Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain. In: *J Sex Med* 10: 83–93
- [25] Porst, H. et al. (2007): PEPA, Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes. In: *Eur Urol* 51: 816–824
- [26] Ponholzer, A. et al. (2005): Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in 2869 men using a validated questionnaire. In: *Eur Urol* 47: 80–85.
- [27] SexMedPedia (unveröff.): Umfrage auf www.sexmedpedia.com, Stand 2016 bei 277 Usern
- [28] Marwick, C. (1999): Survey says patients expect little physician help on sex. In: *JAMA* 281/23: 2173–2174
- [29] Berner, M. (2010): Prävalenz, Diagnostik und Therapie weiblicher sexueller Funktionsstörungen in der gynäkologischen Praxis – Eine deutschlandweite Repräsentativbefragung. In: *Geburtsh Frauenheilk* 70: 281–287
- [30] Platano, G. (2008): Frequency and Focus of Sexual History Taking in Male Patients: A Pilot Study Conducted among Swiss General Practitioners and Urologists. In: *J Sex Med* 5/1: 47–59
- [31] Bragagna, E. (unveröff.): Befragung von Fortbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern 2009 – 2016
- [32] Sator, Marlene; Jünger, Jana (2015): Von der Insellösung zum Longitudinalen Kommunikationscurriculum – Entwicklung und Implementierung am Beispiel der Medizinischen Fakultät Heidelberg. In: *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65/5: 191–198
- [33] Mead, Nicola; Bower, Peter (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. In: *Social Science & Medicine* 51: 1087–1110
- [34] Silverman, J.; Kurtz, S.; Draper, J. (2013): *Skills for Communicating with Patients*. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press
- [35] Sator, Marlene; Nowak, Peter; Menz, Florian (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Kurzbericht auf Basis der Grundlagenarbeiten für das Bundesministerium für Gesundheit und den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: Gesundheit Österreich GmbH
- [36] Del Canale, S.; Louis, D. Z.; Maio, V.; Wang, X.; Rossi, G.; Hojat, M.; Gonnella, J. S. (2012): The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of

- primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. In: *Acad Med* 87/9: 1243–1249
- [37] Brown, R. F.; Butow, P.; Dunn, S. M.; Tattersall, M. H. N. (2001): Promoting patient participation and shortening cancer consultations: a randomised trial. In: *British Journal of Cancer* 85/9: 1273–1279
- [38] Benner, J. S.; Erhardt, L.; Flammer, M.; Moller, R. A.; Rajcic, N.; Changela, K.; Yunis, C.; Cherry, S. B.; Gaciong, Z.; Johnson, E. S.; Sturkenboom, M. C. J. M.; García-Puig, J.; Girerd, X.; on behalf of the Reach O. U. T. Investigators (2008): A novel programme to evaluate and communicate 10-year risk of CHD reduces predicted risk and improves patients' modifiable risk factor profile. In: *International Journal of Clinical Practice* 62/10: 1484–1498
- [39] Loh, Andreas; Leonhart, Rainer; Wills, Celia E.; Simon, Daniela; Härter, Martin (2007): The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. In: *Patient Education and Counseling* 65/1: 69–78
- [40] Rakel, David; Barrett, Bruce; Zhang, Zhengjun; Hoeft, Theresa; Chewning, Betty; Marchand, Lucille; Scheder, Jo (2011): Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. In: *Patient Education and Counseling* 85/3: 390–397
- [41] Thompson, Laura; McCabe, Rose (2012): The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. In: *BMC psychiatry* 12/87
- [42] Stewart, M.; Brown, J. B.; Donner, A.; McWhinney, I. R.; Oates, J.; Weston, W. W.; Jordan, J. (2000): The impact of patient-centered care on outcomes. In: *Journal of Family Practice* 49/9: 796–804
- [43] Lelorain, Sophie; Brédart, Anne; Dolbeault, Sylvie; Sultan, Serge (2012): A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. In: *Psycho-Oncology* 21/12: 1255–1264
- [44] Stahl, Katja; Nadj-Kittler, Maria (2013): *Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit*. Hamburg: Picker Institut Deutschland GmbH
- [45] Street, Richard L.; Cox, Vanessa; Kallen, Michael A.; Suarez-Almazor, Maria E. (2012): Exploring communication pathways to better health: Clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. In: *Patient Education and Counseling* 89/2: 245–251
- [46] Zandbelt, Linda C.; Smets, Ellen M. A.; Oort, Frans J.; Godfried, Mieke H.; Haes, Hanneke C. J. M. de (2007): Medical Specialists' Patient-Centered Communication and Patient-Reported Outcomes. In: *Medical Care* 45/4: 330–339
- [47] Gandhi, T. K. (2005): Fumbled handoffs: One dropped ball after another. In: *Annals of Internal Medicine* 142/5: 352–358
- [48] Chen, R. C.; Clark, J. A.; Manola, J.; Talcott, J. A. (2008): Treatment 'mismatch' in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? In: *Cancer* 112/1: 61–68
- [49] Tamblyn, R.; Abrahamowicz, M.; Dauphinee, D. et al. (2007): Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. In: *JAMA* 298/9: 993–1001
- [50] Graham, J.; Potts, H. W.; Ramirez, A. J. (2002): Stress and burnout in doctors. In: *The Lancet* 360/9349: 1975–1976; author reply 1976

- [51] Ramirez, A. J.; Graham, J.; Richards, M. A.; Gregory, W. M.; Cull, A. (1996): Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. In: *The Lancet* 347/9003: 724–728
- [52] Travado, Luzia; Grassi, Luigi; Gil, Francisco; Ventura, Cidália; Martins, Cristina (2005): Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. In: *Psycho-Oncology* 14/8: 661–670
- [53] Felder-Puig, Rosemarie; Turk, Eva; Guba, Beate; Wild, Claudia (2006): Das ärztlich-therapeutische Gespräch. Die Effektivität verstärkter Arzt-Patient-Kommunikation. Ein Kurz-Assessment. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
- [54] Thorne, S. E.; Bultz, B. D.; Baile, W. F. (2005): Is there a cost to poor communication in cancer care? A critical review of the literature. In: *Psycho-Oncology* 14/10: 875–884
- [55] Bartel, D. (2006): Ansprechen von Tabuthemen. In: Rockenbauch K.; Decker, O.; Stöbel-Richter, Y. (Hrsg.): *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*, Lengerich: Pabst Science Publishers, 212–220
- [56] Williams, Mandy (2011): *Facilitator Guide: Clinical Communication Skills Theme, Genito-Urinary Medicine: The sexual history*. Cambridge. <http://www.each.eu/wp-content/uploads/2015/11/Sexual-history-taking-Facilitator-Guide-Cambridge.pdf?x89617>
- [57] BMGF (2016): *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- [58] Fugl-Meyer, K. S. et al. (2013): Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain. In: *J Sex Med* 10: 83–93
- [59] Harlow, B. L. et al. (2014): Prevalence of Symptoms Consistent with a Diagnosis of Vulvodynia. In: *Am J Obstet Gynecol* 210/1: 40.e1–40.e8
- [60] Duncan, B. L. (2014): *On Becoming a Better Therapist*. Washington: APA

8 Glossar

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CCC	Cancer Comprehensive Center
CA 19-9	Carbohydrate-Antigen 19-9
CEA	Carcinoembryonales Antigen
ED	Erektile Dysfunktion
ESSM	European Society for Sexual Medicine
FEBU	Fellow of the European Board of Urology
FECSM	Fellow of the European Society for Sexual Medicine
GDA	Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister
HCM	Health Care Management
IIEF-5	International Index of Erectile Function
IMRT	Intensitätsmodulierte Strahlentherapie
ISSM	International Society for Sexual Medicine
KHK	Koronare Herzkrankheit
LUTS	Symptome des unteren Harntrakts (lower urinary tract symptoms)
mg	Milligramm
MRT	Magnetresonanztomographie
NDRI	Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Inhibitoren
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
OAPFL	Overactive Pelvic Floor
PDE5-Hemmer	Phosphodiesterase-5-Hemmer
Sexualtherapie	befasst sich mit der Sexualität des Menschen; ihre Aufgabe ist das Erkennen, die Behandlung, Prävention, Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen der Sexualität
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
SOP	Standard Operating Procedures
SSNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIGAM	Wiener Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
VMAT	Volumetric Arc Therapy
ZNS	Zentralnervensystem

9 Anhang

Einige der präsentierten Vorträge und Fallbeispiele der Tagung „Sexuelle Gesundheit – ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“ vom 10. Juni 2016, welche in diesem Tagungsbericht zusammengefasst wurden, stehen auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen unter www.bmgf.gv.at/home/sexuelle_Gesundheit als Download zur Verfügung. Nachfolgend werden ein kurzer inhaltlicher Überblick der Beiträge und Fallbeispiele sowie entsprechende Verlinkungen zu den Präsentationen angeführt.

9.1 Beiträge

9.1.1 Elia Bragagna: „Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft?“

In diesem Beitrag werden die Merkmale einer sexuell gesunden Gesellschaft nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2000 sowie die sexuelle Gesundheit aus somatischer Perspektive beleuchtet. Es wird ein Überblick über Arzneimittel und Erkrankungen gegeben, welche die sexuelle Gesundheit beeinträchtigen können, und das Vorkommen sexueller Störungen in Österreich abgebildet. Behandelt wird auch der aktuelle Stand der Sexualmedizin in Österreich.

[zur Präsentation](#)

9.1.2 Uwe Hartmann: „Sexuelle Gesundheit im Spannungsverhältnis zwischen den Empfehlungen der WHO und fehlender Umsetzung“

Es wird der Frage nachgegangen, warum sich die Medizin und das Gesundheitssystem entsprechend der WHO-Deklaration aus dem Jahr 2000 mit dem Thema Sexualität beschäftigen sollten. Für die Beantwortung der Frage werden vier Perspektiven eingenommen: eine wissenschaftliche Perspektive, eine Betroffenenperspektive, eine Perspektive der Medizin und eine gesellschaftliche Perspektive.

[zur Präsentation](#)

9.1.3 Marlene Sator: „Das mit dem ... Naja ... Sie wissen schon ...“ – Patientenzentrierte Gesprächsführung im Kontext sexualmedizinischer Themenfelder

In diesem Beitrag wird die patientenzentrierte Gesprächsführung allgemein und hinsichtlich tabuisierter Themenfelder veranschaulicht. Es werden Empfehlungen für eine Gesprächsführung gegeben, welche ein Ansprechen von Tabuthemen ermöglichen. Zudem wird die Verbesserung der Gesprächsqualität auf Systemebene behandelt.

[zur Präsentation](#)

9.2 Fallbeispiele

9.2.1 Fallbeispiel 1 – „Onkologie-Patientin mit Rektumkarzinom“

Das erste Fallbeispiel widmet sich einer Patientin mit Rektumkarzinom. Der Behandlungsverlauf wird aus der Sicht der präoperativen Strahlentherapie, der Gynäkologie, der Chirurgie sowie der physikalischen Medizin und Rehabilitation dargestellt.

9.2.2 Fallbeispiel 2 – „Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr“

Im zweiten Fallbeispiel wird eine Patientin mit schmerzhaftem Geschlechtsverkehr präsentiert. Der Behandlungsverlauf wird aus der Sicht der Sexualmedizin, der physikalischen Medizin, der Psychiatrie sowie der Schmerztherapie vorgestellt.

[zur Präsentation](#)

9.2.3 Fallbeispiel 3 – „Patient mit erektiler Dysfunktion und metabolischem Syndrom“

Das dritte Fallbeispiel stellt den Behandlungsverlauf eines Patienten mit Erektilem Dysfunktion und metabolischem Syndrom dar. Der Fall wird aus der Sicht der Urologie und Andrologie, der Inneren Medizin, der Diabetologie sowie der Sexualmedizin vorgestellt.

[zur Präsentation](#)