

# Sexualität bei chronischen Erkrankungen



Wiener Gesundheitsberichterstattung

**Stadt  
Wien**

Strategische  
Gesundheitsversorgung



In memoriam Susanne Guld

*„Aus taktischen Gründen leise zu treten,  
hat sich noch immer als Fehler erwiesen.“*  
(Johanna Dohnal)

# Sexualität bei chronischen Erkrankungen

# Vorwörter



Foto: David Bohmann/PID

**Liebe Leserin, lieber Leser,**

der diesjährige Gesundheitsbericht hat sich einem stark tabuisierten Thema gewidmet, dem Zusammenhang zwischen chronischer Erkrankung und Sexualität.

Über chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krebs oder psychische Erkrankungen gibt es umfassende Informationen und Diskussionen. Einschränkungen der Sexualität als Begleiterscheinung oder Risiko bei chronischen Erkrankungen werden jedoch kaum thematisiert. Befragungen zeigen, dass die Wienerinnen und Wiener, solange sie gesund sind, zum überwiegenden Teil zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Sexualität sind. Das verschlechtert sich jedoch, wenn eine chronische Erkrankung auftritt. Informationen und offene Gespräche – auch als Teil der Therapie – können dazu beitragen, sexuelle Einschränkungen zu behandeln oder den Umgang damit zu erleichtern. Damit Sexualität als Energiespender und Ressource in der Krankheitsbewältigung weiterhin zur Verfügung steht.

Der vorliegende Bericht leistet dazu einen fundierten und hochinformativen Beitrag. Ich wünsche viel Freude beim Lesen!

Peter Hacker  
Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport



Foto: Stadt Wien

**Liebe Leserin, lieber Leser,**

Unser Gesundheitssystem gilt als eines der Besten der Welt und die darin tätigen Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe leisten Außerordentliches für die Patientinnen und Patienten.

Im Alltagsstress von Ordinationen oder Krankenhäusern bleibt jedoch oftmals zu wenig Zeit Themen außerhalb der Betreuungsroutinen anzusprechen. Gerade schambesetzte oder tabuisierte Krankheitsaspekte – wie die Auswirkungen auf Sexualität oder sexuelle Funktionen – offen darzustellen, braucht ein entspanntes und vertrautes Setting.

Auch in den Ausbildungen kommen die Folgewirkungen von chronischer Erkrankung und deren Medikation auf die Sexualität kaum vor. Dabei ist es besonders wichtig, die Gesundheitsberufe darin zu stärken, das Themenfeld proaktiv anzusprechen und den Patientinnen und Patienten ein wertschätzendes Umfeld zu bereiten, in dem sie ihre Zweifel und Fragen äußern und besprechen können.

Der Bericht kann somit auch als Information und Anregung für die Profis im Gesundheitswesen dienen, das Thema Sexualität in die Therapie chronisch Kranker mit aufzunehmen. Sie können chronisch Kranke dabei unterstützen, auch weiterhin eine erfüllende und zufriedenstellende Sexualität zu leben.

SR Mag. Richard Gauss  
Bereichsleiter – Geschäftsgruppe Soziales, Gesundheit und Sport



Foto: Alexandra Kromus

### **Liebe Leserin, lieber Leser,**

Eine chronische Erkrankung kann zu tiefgreifenden Veränderungen in den bisherigen Lebensgewohnheiten der Betroffenen und deren Angehörigen führen. Ernährung, Mobilität, soziale Kontakte oder die Berufstätigkeit können durch die Erkrankung oder deren Therapie verändert oder nur mehr eingeschränkt möglich sein. Dazu gehört auch das Sexualleben.

Für viele Betroffene ist es nicht leicht, einen neuen Zugang zu einer veränderten Sexualität zu finden. Mehr Informationen zu medizinischen Zusammenhängen und offene Gespräche sowohl miteinander als auch mit den Fachleuten können sehr gut dabei helfen, Sexualität neu zu entdecken und mit einer dadurch besseren Lebensqualität die Krankheit zu meistern.

Wir danken allen Interviewpartnerinnen und -partnern für ihre wertvollen Beiträge. So konnte dieses eher unterforschte Thema informativ und lebendig aufbereitet werden.

Mag<sup>a</sup> Susanne Guld, MBA †  
Strategische Gesundheitsversorgung: Teamleitung Zielsteuerung und Gesundheitsplanung

Mag<sup>a</sup> Monika Szelag  
Strategische Gesundheitsversorgung: Gesundheitsberichterstattung

# Kurzfassung

**Zielsetzung:** Sexualität hat einen Einfluss auf Gesundheit und Lebensqualität. Im Laufe des Lebens kann sich die Qualität des Sexuallebens sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität verändern, vor allem bei Auftreten einer chronischen Erkrankung. Themen rund um die Sexualität sind im Gesundheitswesen immer noch stark tabuisiert. Gründe dafür sind Schamgefühle der Betroffenen, aber auch mangelnde Schulungen und Verunsicherung der Expert\*innen. In einigen Studien wurde erhoben, dass sich Betroffene bei sexuellen Schwierigkeiten Ansprechpartner\*innen im Gesundheitssystem bzw. fachgerechte Beratung wünschen. Chronische Erkrankungen und Medikamente können sich auf das Sexualleben auswirken. Die Lösung sexueller Probleme kann zu einer verbesserten Lebensqualität führen und bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung als positive > Ressource angesehen werden. Zielsetzung dieses Gesundheitsberichtes ist die Enttabuisierung und Informationsvermittlung zu Veränderungen der Sexualität bei chronisch erkrankten Personen. Ebenso soll untersucht werden, was sich Betroffene wünschen, was ihnen hilft und welche Erfahrungen Mitarbeiter\*innen des Gesundheitswesens mit der Thematik machen.

**Methodik:** Es wurde eine wissenschaftliche Literaturrecherche durchgeführt. Erkenntnisse internationaler wissenschaftlicher Studien wurden durch Ergebnisse der *Österreichischen Gesundheitsbefragung* (> ATHIS, 2019) ergänzt. Dabei wurde die sexuelle Zufriedenheit der Wiener\*innen mit chronischen Erkrankungen ausgewertet. Zusätzlich wurden 15 Interviews mit Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen geführt. Die Interviewpartner\*innen kamen aus dem ärztlichen Bereich und der Pflege sowie der Psychologie und Psychotherapie. Der Gesundheitsbericht führt die Analyse aller drei Datenquellen zusammen und ergänzt diese mit Aussagen von Betroffenen, z.B. aus Selbsthilfegruppen.

**Ergebnisse:** Die Zufriedenheit mit der Sexualität verändert sich durch eine chronische Erkrankung, Einschränkungen und Herausforderung nehmen zu. Sexualität bleibt vielen Personen weiterhin wichtig, auch wenn sie chronisch erkranken oder älter werden. Im Vergleich zu Personen ohne eine chronische Erkrankung geben jene mit einer solchen Erkrankung um ein Vielfaches öfter an, sie seien mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden*. Die Interpretation dieser Kategorie muss breit angesetzt werden, denn sie kann vielfältige Ursachen haben. Sexualität ist nicht für jeden Menschen und nicht in jedem Lebensabschnitt gleich wichtig, die individuelle Lebenssituation zum Zeitpunkt der Befragung ist entscheidend. Sexuelle Probleme sind im Gesundheitswesen stark tabuisiert, das Ansprechen der Thematik fällt Betroffenen und Behandler\*innen schwer, der Wunsch nach Gesprächen ist aber vorhanden. Betroffene berichten von Scham und Verunsicherung. Expert\*innen wünschen sich fachspezifische Schulungen, Vergütung und genügend Zeit für sexualmedizinische Beratung. Positive Einflüsse

auf die Sexualität zeigten sich bei vorhandener Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, einem gesunden Lebensstil und einer breiten Definition davon, was man unter Sexualität versteht. Die sexuelle Zufriedenheit steigt, wenn zum Begriff Sexualität Faktoren wie Nähe, Händchenhalten, Kuscheln und Selbstbefriedigung dazugezählt werden, ebenso, wenn beim sexuellen Akt unterschiedliche Techniken praktiziert und Hilfsmittel verwendet werden. Die Offenheit, Alternativen auszuprobieren und allgemeine Nähe zur/m Partner\*in als Sexualität zu bewerten, steigern die Zufriedenheit mit dem Sexualleben, selbst wenn chronische Erkrankungen vieles nicht mehr in der gewohnten Form zulassen. Negative Einflüsse zeigen starkes Übergewicht (vor allem bei Frauen), Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen sowie alle im Gesundheitsbericht untersuchten chronischen Erkrankungen: Adipositas, Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (> COPD), Depression, Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Multiple Sklerose und muskuloskeletale Erkrankungen. Weiters stellt die Kommunikation zwischen Betroffenen und deren Partner\*innen einen wichtigen Faktor beim Umgang mit sexuellen Schwierigkeiten dar.

**Diskussion:** Aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literatur, der Analyse der *Österreichischen Gesundheitsbefragung* (ATHIS, 2019) und den gesammelten Erfahrungen aus den Expert\*innen-Interviews, lassen sich klare Gemeinsamkeiten erkennen. Auch wenn sich Stellenwert, Wünsche und Erwartungen im Zusammenhang mit der Sexualität stark unterscheiden, hemmt und beeinträchtigt das nach wie vor herrschende Tabu, offen über Sexualität zu sprechen, sowohl Patient\*innen als auch Behandler\*innen. Einhellig wird von den Expert\*innen unterschiedlicher Fachrichtungen der Mangel an einschlägigen Ausbildungsinhalten und Kommunikationsinstrumenten beklagt. Darüber hinaus wünschen sich Patient\*innen mehr Offenheit seitens der Profis, um ihre eigene Scheu und Scham leichter überwinden zu können. Die hohe Relevanz des Themas zeigt sich neben dem persönlichen Leid der Betroffenen auch an den schwerwiegenden gesundheitlichen Auswirkungen unausgesprochener Probleme wie zum Beispiel, wenn Medikamente aufgrund ihrer für das Sexualleben negativen Nebenwirkungen eigenständig reduziert oder abgesetzt werden, obwohl sie notwendig wären. Die Handlungsempfehlungen, die aus der Analyse abgeleitet wurden, betreffen aus diesem Grund vor allem das Schließen der Wissens- und Informationslücken und die Verankerung des Themas in der Ausbildung der einzelnen Gesundheits- und Sozialberufe.

# Abstract

**Objective:** Sexuality has an influence on health and quality of life. In the course of life, the quality of sexuality as well as the satisfaction with one's sexuality can change, especially with the onset of a chronic disease. Topics related to sexuality are still strongly tabooed in the health care system. The reasons for this are feelings of shame on the part of those affected, but also a lack of training and uncertainty on the part of experts. Studies revealed that affected persons with sexual difficulties would like to have professional consultations in the health care system. Chronic illnesses and medication can have an impact on sexual life. The improvement of sexual problems can lead to an improved quality of life and is a positive resource in the presence of a chronic disease. The aim of this health report is to break the taboo and provide information on common changes in sexuality in chronically ill persons. It also aims to find out what patients want, what helps those affected and what experiences health care workers have with the topic.

**Methodology:** A scientific literature search was conducted. The findings of the international scientific studies were supplemented by results of the *Austrian Health Interview Survey* (ATHIS 2019). The sexual satisfaction of Viennese with chronic diseases was evaluated. In addition, 15 interviews were conducted with experts from the health care system. The interviewees had a background in the medical field and nursing, as well as psychology/psychotherapy. The health report combines the analysis of all three data sources and supplements them with statements from self-help groups.

**Results:** Satisfaction with sexuality changes with chronic illness, restrictions and challenges increase. Sexuality remains important to many individuals, even when they become chronically ill or older. Compared to persons without a chronic disease, those with such a disease stated more often that they were neither satisfied nor dissatisfied with their sexuality. The interpretation of this category is broad, the causes can be multifactorial. Sexuality is not equally important for everyone and not at every stage of life; the individual life situation at the time of the survey is decisive. Sexual problems are strongly tabooed in the health care system, it is difficult for those affected and those treating them to address the topic, but there is a desire to talk about it. Those affected report shame and uncertainty. Experts would like to see special training, remuneration and sufficient time for consultations. Positive influences on sexuality were found in the acceptance and satisfaction with one's own body, a healthy lifestyle and a broad definition of sexuality. Sexual satisfaction increases when factors such as closeness, holding hands, cuddling and masturbation are included in the concept of sexuality, as well as when different techniques are practiced and sex toys are used during the sexual act. The openness to try alternatives increase the satisfaction with the sexual life, even if chronic diseases do not allow sexuality in the usual form. Negative influences are obesity (especially among women), dissatisfaction with one's

own appearance, and all of the chronic diseases examined in this health report: Obesity, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), depression, diabetes mellitus, cardiovascular diseases, cancer, multiple sclerosis and musculoskeletal diseases. Furthermore, communication between chronically ill persons and their partners is an important factor in dealing with sexual difficulties.

**Discussion:** From the results of the scientific literature, the analysis of the *Austrian Health Interview Survey* and the expert interviews, clear commonalities can be identified. Even if the significance, wishes and expectations with sexuality differ from person to person, the still prevailing taboo against talking openly about sexuality inhibits and impedes both patients and therapists. Experts from various disciplines unanimously complain about the lack of relevant training and communication tools in education. In addition, patients would like to see more openness of professionals in order to overcome their own shyness and shame more easily. The high relevance of the topic is shown not only by the personal suffering of those affected, but also by the serious health consequences of unspoken problems, such as when medications are reduced or discontinued independently due their negative side effects on sexuality, even though they would be necessary. For this reason, the recommendations for action derived from the analysis primarily concern closing the knowledge and information gaps and anchoring the topic in the training of health and social professions.





# Inhalt

Vorwörter	2
Kurzfassung	4
Abstract	5
Abbildungen und Tabellen	8
<b>1 Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2 Hintergründe und Forschungsergebnisse</b>	<b>16</b>
2.1. Medizinischer Hintergrund	18
2.2. Forschungsstand zu Sexualität	22
2.3. Sexuelle Zufriedenheit in Österreich	24
<b>3 Methodik</b>	<b>30</b>
<b>4 Empirie</b>	<b>36</b>
4.1. Adipositas	38
4.2. Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	41
4.3. Depression	43
4.4. Diabetes mellitus	52
4.5. Herz-Kreislaufkrankungen	58
4.6. Krebserkrankungen	64
4.7. Multiple Sklerose	69
4.8. Muskuloskelettale Erkrankungen	71
4.9. Kommunikation im Gesundheitswesen	74
4.10. Sexualität in der Ausbildung	83
4.10.1. Medizin	83
4.10.2. Pflegewissenschaften	85
4.10.3. Psychologie/Psychotherapie	87
4.11. Unterschiede und Besonderheiten zwischen Frauen und Männern	89
4.12. Kulturelle Unterschiede	96
4.13. Sexualität im Alter	98
4.14. Erfüllende Sexualität trotz Einschränkungen	103
<b>5 Handlungsempfehlungen</b>	<b>110</b>
5.1. Handlungsempfehlungen, um Wissens- und Informationslücken zu schließen	112
5.2. Handlungsempfehlungen, die das österreichische Gesundheitssystem betreffen	116
<b>6 Resümees</b>	<b>118</b>
Glossar	126
Interviewleitfaden	130
Quellenverzeichnis	132

# Abbildungen und Tabellen

Abb. 1: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, gesamt, Anteile in %	25
Abb. 2: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Geschlecht, Anteile in %	25
Abb. 3: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Erhebungsjahr, Anteile in %	26
Abb. 4: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach gesetzlichem Familienstand, Anteile in %	26
Abb. 5: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Altersgruppen, Anteile in %	27
Abb. 6: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Vorliegen chronischer Erkrankungen, Anteile in %	27
Abb. 7: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen mindestens einer chronischen Erkrankung, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	28
Abb. 8: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Body-Mass-Index (WHO-Kategorien), Anteile in %	38
Abb. 9: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Adipositas, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	39
Abb. 10: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit COPD und/oder Asthma bronchiale, Anteile in %	41
Abb. 11: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von COPD und/oder Asthma bronchiale, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	42
Abb. 12: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Depression, Anteile in %	43
Abb. 13: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen einer Depression, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	44
Abb. 14: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Diabetes mellitus, Anteile in %	52
Abb. 15: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Diabetes mellitus, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	53
Abb. 16: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Herz-Kreislauferkrankungen, Anteile in %	58
Abb. 17: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen ischämischer Herz-Kreislauferkrankungen, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	59
Abb. 18: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Bluthochdruck, Anteile in %	60
Abb. 19: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Bluthochdruck, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	61
Abb. 20: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Vorliegen einer Krebserkrankung, Anteile in %	64
Abb. 21: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, Anteile in %	71
Abb. 22: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen muskuloskelettaler Schmerzen, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	72
Abb. 23: Zufriedenheit der Wiener*innen mit ihrem Sexualleben, nach Akzeptanz des eigenen Aussehens, Anteile in %	90
Abb. 24: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei fehlender Akzeptanz des eigenen Aussehens, nach Geschlecht, in Prozentpunkten	91
Tabelle 1: Wirkung von Bluthochdruck-Medikamenten auf die Sexualität	61
Tabelle 2: PLISS(IT)-Modell	74



# Einleitung

Gute Beziehungen und Sexualität sind wichtige Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, für chronisch Kranke sowie deren Lebenspartner\*innen ein entscheidender Faktor. Ärzt\*innen dürfen nicht außer Acht lassen, dass Menschen sexuell interessiert bleiben, auch wenn sie alt, krank oder beeinträchtigt sind. In einem durch Krankheit bestimmten Lebensalltag kann Sexualität eine wichtige Quelle für Wohlbefinden, Genuss und Intimität sein sowie eine Bestätigung der geschlechtlichen Identität, wenn andere Rollen bereits weggebrochen sind.

Ein befriedigendes Sexualeben ist für Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen und deren Partner\*innen eine Möglichkeit, sich „normal“ zu fühlen, trotz aller Veränderung in ihrem Leben.

*(McInnes, 2003)*

Sexualität ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis und entscheidend für Wohlbefinden und Lebensqualität. Sie ist ein wichtiger Bestandteil des Lebens und menschlicher Beziehungen. Sexuelle Erfahrungen sind ein Teil der menschlichen Entwicklung. Ein Mangel an Intimität und körperlicher Nähe kann auf Dauer chronischen Stress erzeugen und gesundheitliche Folgen nach sich ziehen, von verringerter Konzentrationsfähigkeit und emotionaler Instabilität bis hin zu Schlafstörungen und depressiven Symptomen.

Im Jahr 2000 formulierte die Weltgesundheitsorganisation folgende Empfehlung: „Sexuelle Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung sein“ (> WHO, 2000). Jedoch sind Themen rund um ein gesundes und aktives Sexualleben gesellschaftlich nach wie vor stark tabuisiert und schambehaftet. Umso wichtiger ist es, sexuelle Probleme zu erkennen und ernst zu nehmen. Diese Thematik sollte in die medizinische und psychologische Behandlung sowie die Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen integriert werden, ebenso wie andere Bereiche einer gesunden Lebensweise (ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung und mentale Erholung). Die **Definition sexueller Gesundheit** wurde von der Weltgesundheitsorganisation folgendermaßen postuliert:

*Die sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. Sie erfordert einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexueller Beziehung – ebenso wie die Möglichkeit genussvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu erleben, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Um sexuelle Gesundheit erreichen und beibehalten zu können, müssen die sexuellen Rechte aller Personen respektiert, geschützt und erfüllt werden. (WHO, 2002)*

Dabei stellt sich die Frage, was unter einer gesunden bzw. unbeeinträchtigten Sexualität verstanden wird und wie die Überschneidungen zwischen Sexualität, Gesundheit und Lebensqualität ausgeprägt sind. Die Weltgesundheitsorganisation hat einige Faktoren aufgelistet, die **zufriedenstellende Sexualität** beschreiben. Darin enthalten sind gesundheitliche, aber auch soziale Aspekte aus unterschiedlichen Lebensbereichen. Die Vielfalt dieser Faktoren zeigt, wie vielschichtig Sexualität ist und wie viele Aspekte Sexualität beeinflussen können – sei es auf positive oder negative Weise.

Verhaltensweisen sexuell gesunder Erwachsener umfassen laut WHO folgende Aspekte: ein gesundes Körperbild; Zugang zu Informationen zum Thema Fruchtbarkeit, um informierte Entscheidungen in Bezug auf Familien- und Lebensstilformen treffen zu können; respektvolle und angemessene Interaktion mit allen Geschlechtern; Respekt für die eigene sexuelle Orientierung und die der anderen; angemessener Ausdruck von Liebe und Intimität; Entwicklung und Aufrechterhaltung von wertvollen Beziehungen sowie Kommunikationsfähigkeit mit Familie, Peers und Partner\*in; Vermeidung von manipulativen oder ausbeuterischen Beziehungen (Vorbeugung von sexuellem Missbrauch); Identifikation und Wertschätzung eigener Werte sowie Verantwortungsübernahme für das eigene Verhalten; Fähigkeit, Sexualität während der gesamten Lebensspanne entsprechend der eigenen Werte zu genießen und auszudrücken; Unterscheidung zwischen förderlichen und schädlichen sexuellen Verhaltensweisen für sich selbst und andere; Fähigkeit, aktiv nach Informationen zu suchen, die das Sexualleben verbessern; Verhütung, um ungewollte Schwangerschaften zu verhindern; frühe Schwangerschaftsvorsorge; Vermeidung von Ansteckung mit sexuell übertragbaren Erkrankungen; gesundheitsförderliches Verhalten, wie regelmäßige Brust- und Hodenuntersuchungen und rechtzeitige Identifikation potentieller Probleme; demokratische Verantwortung im Umgang mit Gesetzgebungen zu sexuellen Themen; Einfluss von Familie, Kultur, Religion, Medien und gesellschaftlichen Botschaften auf die eigenen Gedanken, Gefühle, Werte und das Verhalten in Bezug auf Sexualität bewerten zu können.

*„Sexuelle Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit und sollte Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung sein“ (> WHO, 2000).*

*Chronische Erkrankungen haben biologische, psychologische und soziale Effekte auf die Sexualität (McInnes, 2003).*

Ein zufriedenstellendes Sexualleben gestaltet sich besonders herausfordernd, wenn **gesundheitliche Einschränkungen** vorliegen. Chronische Erkrankungen haben biologische, psychologische und soziale Effekte auf die Sexualität (McInnes, 2003). Personen mit einer chronischen Erkrankung haben ein zwei bis sechs Mal so hohes Risiko sexuelle Funktionsstörungen zu erleiden wie gesunde Personen desselben Alters und desselben Geschlechts (Colson, 2016). Chronische Erkrankungen haben aber nicht nur einen negativen Einfluss auf die Sexualität und die Lebensqualität, sie verändern auch die Dynamik von Beziehungen (McInnes, 2003). Dabei führen sexuelle Probleme nicht immer zu Schwierigkeiten in Beziehungen bzw. im Lebensalltag. Nach Basson und Schultz (2007) hat bei Männern und Frauen im mittleren Erwachsenenalter die Einstellung zur Sexualität und zur jeweiligen Krankheit einen weitaus größeren Einfluss auf die sexuellen Funktionen als biomedizinische Faktoren. Vor allem für Frauen scheinen Gefühle von Intimität oftmals wichtiger zu sein als sexuelle Erregung, wobei der Genuss von Intimität weniger von der physischen Leistungsfähigkeit abhängig ist und somit als Schutzfaktor für die Lebensqualität bei sexuellen Problemen dienen kann. Basson und Schultz beschreiben, welche Faktoren die Sexualität beeinflussen können. Dazu gehören physische Aspekte (wie Fatigue, Schmerzen, eingeschränkte Mobilität, Nebenwirkungen von Medikamenten), aber auch psychische Faktoren (wie Ängste, Vermeidungsverhalten, verändertes Selbstbild, Depression und Scham). Soziale Aspekte spielen ebenso eine Rolle, wie zum Beispiel Kommunikationsschwierigkeiten, negative Reaktionen der/s Partnerin/Partners bezüglich der Erkrankung, kulturelle Tabuisierung von Sexualität kranker Menschen sowie gesellschaftliche Vorurteile.

Die **Wiener Gesundheitsberichterstattung** hat es sich zur Aufgabe gemacht, auch weniger bekannte sowie tabuisierte Gesundheitsprobleme und deren Versorgung darzustellen. Da die **Zusammenhänge zwischen Sexualität und Gesundheit** in beide Richtungen evident sind, lohnt es sich, diese analytisch aufzuarbeiten. Auf Basis der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage und qualitativer Interviews mit Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen und betroffenen Patient\*innen wurden vielfältige Aspekte der Zusammenhänge zwischen Sexualität, chronischen Erkrankungen, Gesundheit und Lebensqualität erfasst. Die Lebensqualität ist ein wichtiger Faktor für *gesunde Lebensjahre*, daher hat ein professioneller Umgang mit tabuisierten Gesundheitsthemen in der Gesundheitsversorgung eine besondere Bedeutung und trägt zum Ziel bei, möglichst viele gesunde Lebensjahre zu erhalten. Dabei verfolgt der Gesundheitsbericht bei der Aufarbeitung des Themas *Sexualität bei chronischen Erkrankungen* eine > salutogene Ausrichtung. Sexualität wird als positive Ressource im Hinblick auf die Lebensqualität bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten gesehen. Die gesundheitsförderliche Wirkung von Bindung, Beziehung und Intimität ist wissenschaftlich gut gesichert (Hartmann, 2020). Der Fokus bei der Behandlung sexueller Probleme, die durch Erkrankungen auftreten können, soll auf einem erlebnis- und emotionsorientierten Umgang mit diesen und auf dem Aufzeigen von Kompensationsmöglichkeiten für Betroffene liegen.

Das Anliegen dieses Gesundheitsberichtes ist es, die Sorgen der Betroffenen aufzugreifen – in Bezug auf die sexuellen Probleme selbst, aber auch in Bezug auf Nebenwirkungen von Medikamenten, die zur Behandlung diverser chronischer Erkrankungen zum Einsatz kommen und in einigen Fällen negative Auswirkungen auf die Sexualität haben. Ein weiterer Leitgedanke ist, Allgemeinmediziner\*innen und andere Gesundheitsdienstleister\*innen für die Thematik zu sensibilisieren. Da es sich nach wie vor um ein stark tabuisiertes Thema handelt, das im medizinischen Kontext aus Scham oft nicht angesprochen wird, bedarf es einer sensiblen Gesprächskultur und viel Fingerspitzengefühl auf Seiten der Behandler\*innen. Um gute Beratung zu ermöglichen, sind geeignete Schulungsmaßnahmen erforderlich.



Für diesen Bericht wurden aktuelle Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Literatur verarbeitet und durch eine quantitative Datenanalyse der *Österreichischen Gesundheitsbefragung* (ATHIS, 2019) ergänzt. Außerdem wurden Interviews mit Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen in Wien geführt und Einblicke aus der Praxis gesammelt. Es wurden Betroffene aus Selbsthilfegruppen nach persönlichen Erfahrungen befragt. Die Zusammenführung der Ergebnisse aus all diesen Informationsquellen ermöglicht eine ganzheitliche Sichtweise auf die Herausforderungen. Daraus können zahlreiche Empfehlungen und Anregungen abgeleitet werden, um Sexualität als positive Ressource für die Steigerung der Lebensqualität bei Auftreten einer chronischen Erkrankung nutzen zu können.

Der Gesundheitsbericht beleuchtet Sexualität auf ganzheitliche Weise und konzentriert sich mit salutogener Haltung auf die Fragestellung: **Inwiefern kann ein zufriedenstellendes Sexualeben dabei helfen, die Lebensqualität zu steigern und chronische Erkrankungen besser bewältigen zu können?**

2

# Hintergründe und Forschungs- ergebnisse

# 2.1. Medizinischer Hintergrund

**Autorin:** Assoc. Prof.<sup>in</sup>  
Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Kathryn  
Hoffmann, MPH

Sexualität und sexuelle Störungen im Kontext chronischer > somatischer und psychischer Erkrankungen stehen zumeist im Zusammenhang mit konkreten körperlichen Einschränkungen und eventuell daraus entstehenden Veränderungen von psychosozialen Rollen, z.B. in Beziehungen oder im Beruf. Darüber hinaus können chronische Erkrankungen beispielsweise durch eine Veränderung des eigenen Körperbilds, Veränderung des Selbst-erlebens, durch Ängste vor dem Verlust der körperlichen Integrität und Autonomie, durch Partnerschaftskonflikte oder dem Erleben von Krankheit als Rückzugsmöglichkeit aus einer nicht zufriedenstellenden sexuellen Aktivität, indirekt Einfluss auf die Sexualität nehmen (Strauß, 2006).

Jedoch schon alleine die vielfältigen somatischen Voraussetzungen für eine funktionierende Sexualität zeigen die **Komplexität der möglichen Einflussfaktoren:** Intakte körperliche Strukturen wie das zentrale Nervensystem als Schaltstelle der Sexualität und die peripheren Nervenstrukturen als Leitungsbahnen sind wichtig, die genitalen Strukturen, Blutgefäße und die Sexualreaktion modulierende Hormone und Transmitter ebenso. Neben diesen spezifischen Strukturen für die Sexualreaktion hat auch die Muskulatur des Körpers einen wichtigen Einfluss, damit Bewegungen ausgeführt und diverse Positionen eingenommen werden können, sowie auch die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Atemfunktion bei Erregung und Anstrengung. Dementsprechend sind sexualrelevante Erkrankungen vielgestaltig und können mit kardiovaskulären, > zerebrovaskulären, urogenitalen, gynäkologischen, > metabolischen, > endokrinen, neurologischen, psychiatrischen, dermatologischen, pulmonalen, onkologischen und gastroenterologischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen sowie auch mit Erkrankungen des Bewegungsapparates oder mit Infektionserkrankungen (Bragagna, 2016; 2017).

Aber nicht nur die Erkrankungen selbst, sondern auch die Behandlung dieser Erkrankungen durch Operationen oder Medikamente können sexuelle Funktionsstörungen verursachen (Bragagna, 2017).

In diesem Gesundheitsbericht wird auf jene Gruppen von chronischen Erkrankungen fokussiert, welche in Wien häufig vorkommen und/oder besonders sexualrelevant sind: Adipositas, Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (> COPD), Depression, Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, Angina Pectoris, Myokardinfarkt, > ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit), Krebserkrankungen (vor allem Brustkrebs und urogenitale Malignome wie Hodenkrebs oder Analkarzinome), Multiple Sklerose (MS) sowie > muskuloskeletale Erkrankungen (v.a. im Hinblick auf Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkungen). Bei medikamentösen oder operativen Behandlungen treten hauptsächlich zwei **Formen der sexuellen Funktionsstörung** auf: die Störung des sexuellen Interesses (> Appetenz) und die Störung der Erregungs- und Orgasmusfähigkeit wie z.B. bei der Frau eine Störung der > Lubrikations-Schwell-Reaktion (das Feucht-Werden) und beim Mann die > erektile Dysfunktion (Loewit, 2011; Strauß, 2006). Arteriosklerose der kleinen Gefäße im Rahmen von Zivilisationserkrankungen wie Bluthochdruck, Rauchen, Adipositas, koronaren Herzerkrankungen und Diabetes mellitus Typ II machen den größten Anteil bei den organischen Ursachen für die Störung der Erregungs- und Orgasmusfähigkeit aus (Bayerle-Eder, 2015; Strauß, 2006). Eine erektile Dysfunktion ist bei Männern sogar häufig ein frühes Warnsymptom für das Vorliegen von kardiovaskulären Erkrankungen und sollte unbedingt abgeklärt werden. Für Frauen ist die diesbezügliche Datenlagen noch nicht so ausgereift, jedoch wird auch hier angenommen, dass eine Abnahme der Lubrikations-Schwell-Reaktion zur gleichen Aussage führen kann (Kochen & Jendyk, 2017; Bayerle-Eder, 2015; Bragagna, 2016). Bei Diabetes mellitus Typ II kann die Störung der Erregungs- und Orgasmusfähigkeit auch (zusätzlich zu möglichen Gefäßveränderungen) durch eine diabetische Polyneuropathie gestört sein, durch welche die genitale Empfindung herabgesetzt ist (Kochen & Jendyk, 2017). Das gleiche gilt für andere neurologische Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose. Bei der Multiplen Sklerose sollten darüber hinaus neben psychosozialen Aspekten, die bei allen chronischen Erkrankungen meist auch vorhanden sind, vor allem somatische Aspekte beachtet werden,

welche ua. durch die Schädigung des zentralen Nervensystems, Schwierigkeiten in der Bewegungsfähigkeit, Herausforderungen durch Erschöpfungssyndrom und/oder kognitive Probleme entstehen können oder sekundär durch Probleme mit der Blase oder dem Darm auftreten können (Multiple Sklerose Gesellschaft Wien<sup>1</sup>). Gerade Erkrankungen der Sexualorgane selbst bzw. angrenzender Körperstrukturen wie z.B. bei genitalen Krebserkrankungen, aber auch Harn- und Stuhlinkontinenz führen oft zu tiefgreifenden Einschränkungen in der Sexualität (Österreichische Krebshilfe<sup>2</sup>). Im Rahmen der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) werden die somatischen Störungen hauptsächlich durch Luftnot und die damit einhergehende Einschränkung der körperlichen Mobilität verursacht (Schönhofer, 2002).

Zusätzlich zu den unmittelbar bestehenden somatisch-physischen Schäden führen bei chronischen Erkrankungen **psychosoziale Beeinträchtigung** sowie die weiter oben bereits erwähnten Nebenwirkungen der benötigten **Pharmakotherapie oder Operationen** zu sexuellen Funktionsstörungen.

Beispiele für Medikamente, welche die sexuelle Funktionsfähigkeit beeinflussen sind > Thiaziddiuretika, die vor allem in Kombination mit > Betablockern sexuelle Störungen auslösen können. Auch > Aldosteronantagonisten können bedingt durch ihre Steroidstruktur ausgeprägte > sexuelle Dysfunktionen verursachen (Sönnichsen & Kochen, 2017). Diese Medikamente sind oft bei schweren Herzerkrankungen wie z.B. der Herzschwäche lebensnotwendig. Hier ist es wichtig eine gute Balance zu finden, damit die lebenswichtigen Medikamente weiter eingenommen werden und gleichzeitig Möglichkeiten gefunden werden, die Sexualität auf neuen Wegen zu entdecken und zu leben. Auch Antidepressiva können durch die Beeinflussung multipler Neurotransmitter (Serotonin, Noradrenalin), aber auch durch muskarinerge und cholinerge Nebenwirkungen Orgasmusstörungen bis hin zur Anorgasmie auslösen sowie auch > Libido- und > Erektions- bzw. Lubrifikationsstörungen verursachen (Sönnichsen & Kochen, 2017).

Ebenso können notwendige Operationen einen Einfluss auf die Sexualität haben: Nach einer radikalen Entfernung der Prostata (Prostatektomie) ist beispielsweise zu 80 bis 100 % mit Erektionsstörungen zu rechnen, nach einer nervenschonenden Prostatektomie mit 37 bis 67 % (Porst, 2000; Bragagna, 2016). Ähnliches gilt für Frauen nach > Hysterektomie bzw. Operationen an Vulva oder Vagina. Auch hier ist zu einem hohen Prozentsatz mit sexuellen Funktionsstörungen zu rechnen, vor allem wenn – wie lange Zeit üblich – die Anatomie der Klitoris während solcher Operationen nicht ausreichend beachtet und berücksichtigt wurde.

Die Bevölkerungsrelevanz des Themas zeigt sich bereits an der > Prävalenz der genannten chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung (Stadt Wien, 2020). Der Bericht der Wiener Gesundheitsberichterstattung aus dem Jahr 2020 über den > **sozialen Status** und chronische Erkrankungen in Wien gibt einen guten Überblick über Daten zu chronischen Erkrankungen in Wien. Auch zeigt dieser Bericht sehr gut den Zusammenhang vom Vorkommen chronischer Erkrankungen und dem sozialen Status.

*Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand der Bevölkerung, vor allem im Hinblick auf chronische Erkrankungen, ist evident und seit langem im Interesse der internationalen Forschung. Sowohl die individuelle soziale Situation der/s Einzelnen, Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten, Umwelt als auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung spielen dabei eine entscheidende Rolle. Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, Geschlechtergleichstellung zwischen Männern und Frauen, Wohnsituation und Infrastruktur sind Faktoren, die Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben. [...] Gemeint sind damit nicht nur Geld und der Zugang zu Gütern und Dienstleistungen, sondern auch immaterielle > Ressourcen, die dabei helfen, die eigene Gesundheit zu erhalten, Krankheiten zu behandeln usw. Dazu gehören z.B. Wissen, Macht, Prestige, Beziehungen*

1 Multiple Sklerose Gesellschaft Wien. Verfügbar unter <https://www.msges.at/multiple-sklerose/symptome/sexualitaet/>

2 Österreichische Krebshilfe (2019). Sexualität und Krebs. Verfügbar unter [https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user\\_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet\\_und\\_Krebs\\_2019\\_\\_Web.pdf](https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet_und_Krebs_2019__Web.pdf)

zu einflussreichen Personen, bestimmte Werthaltungen, Einstellungen sowie soziale und kulturelle Normen, die gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen. (Phelan et al., 2010, 29f, wie in Stadt Wien zitiert, 2020)

Das heißt, dass eine Investition zur Verbesserung der sozialen Sicherheit und Gleichheit indirekt auch der sexuellen Gesundheit zugutekommt.

Das **Vorkommen von sexuellen Funktionsstörungen** in Bezug auf unterschiedliche chronische Erkrankungen wurde in mehreren **Studien** untersucht, z.B. haben laut einer Studie von Burchardt et al. (2001) bis zu 70 % der Männer mit einer Erkrankung der Herzkranzgefäße eine Erektionsstörung. Eine *niederländische Studie* ergab, dass mehr als zwei Drittel der Frauen und Männer mit Diabetes mellitus Typ II durch die Erkrankung eine Sexualstörung entwickeln (Rutte et al., 2018). Auch Depression löst laut der großen *französischen ELIXIR-Studie* bei über zwei Drittel der Männer und Frauen irgendeine Sexualstörung aus (Bonierbale et al., 2003). Es ist in diesem Zusammenhang allerdings vor der möglichen Falle zu warnen, dass das Bestehen eines somatischen Faktors ihn auch schon als einzige Ursache für die sexuelle Störung plausibel macht. Beispielsweise kann keine Technik und auch kein Medikament fehlenden Sinn und fehlende stimmige Kommunikation ersetzen, wenn die Funktionsstörung mit Kränkung in der Beziehung oder in der Vergangenheit und fehlender Kommunikation zwischen den Sexualpartner\*innen zusammenhängt (Loewit, 2011). Wichtig ist an dieser Stelle ein weiteres Mal zu betonen, dass eine sexuelle Funktionsstörung die **sexuelle Zufriedenheit** nicht zwangsläufig stören muss. So zeigt sich beispielsweise im höheren Lebensalter nicht selten eine Zunahme der sexuellen Probleme bei jedoch gleichzeitiger Abnahme des sexbezogenen persönlichen Leidensdrucks, weshalb die Problematik dann nicht als Störung eingestuft wird (Bayerle-Eder, 2015; Strauß, 2006). Auch hier gilt es wieder eine gute und gesunde Balance zu finden, indem sexuelle Probleme proaktiv von Expert\*innen im Gesundheitswesen angesprochen und ernst genommen werden sollten, um z.B. eine Erektionsstörung als frühen kardialen Risikofaktor identifizieren zu können, Folgen einer Operation besser behandeln zu können oder das richtige Medikament für eine chronische Erkrankung zu finden. Demgegenüber sollte eine organisch nicht gefährliche sexuelle Funktionsstörung ohne Leidensdruck jedoch auch nicht pathologisiert werden.

Das Reden über die eigene Sexualität stellt noch immer für viele Menschen trotz oder vielleicht auch wegen der omnipräsenten Sexualisierung der Gesellschaft durch Werbung und Medien ein **Tabu** dar. Der Begriff Tabu wird als ein stillschweigend praktiziertes gesellschaftliches Regelwerk bzw. eine kulturelle Übereinkunft beschrieben, die bestimmte Verhaltensweisen oder Kommunikationsthemen gebietet oder verbietet. Sich zu Tabuthemen zu bekennen, birgt immer die (subjektive) Gefahr sein Ansehen zu verlieren und von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden. Das Bedürfnis der Zugehörigkeit und Identität ist so groß, dass man lieber schweigt und leidet als darüber zu reden (Europa Universität Frankfurt<sup>3</sup>).

Die *International Vagina Dialogue Survey* mit mehr als 9.000 Frauen aus 13 Ländern kam zu dem Ergebnis, dass fast die Hälfte der teilnehmenden Frauen die Ansicht vertraten, dass ihre Vagina der Körperteil ist, über den sie am wenigsten Bescheid wissen und mehr als ein Viertel sagte, dass ihnen als Kind beigebracht wurde, dass es schmutzig, unsauber oder böse sei, die Vagina zu berühren (Nappi et al., 2006). Eine *Studie aus Österreich* zeigte, dass der überwiegende Teil multimorbider, geriatrischer Patientinnen mit Harninkontinenz nicht weiß, was der Beckenboden ist und zu keiner Kontraktion der Beckenbodenmuskulatur fähig ist (Talaszy et al., 2005). Demgegenüber befürchtet eine zunehmende Anzahl an jungen Männern an vorzeitigem Spermienerguss zu leiden, obwohl sie eine normale Plateau-Phase von 5-9 Minuten haben, da sie durch pornografische Darstellungen andere Phasenlängen als „normal“ angenommen hatten. Von Patient\*innen-Seite gibt es mehrere **Strategien mit Tabuthemen** im ärztlichen Gespräch umzugehen. Das schlichte

3 Europa Universität Frankfurt. Verfügbar unter: [https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/ehemalige\\_professoren/sw2/forschung/tabu/tabubegriff/index.html](https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/ehemalige_professoren/sw2/forschung/tabu/tabubegriff/index.html)

Nicht-Ansprechen, das Anreißen des Themas oder das Austesten, indem nach der Meinung der/s Ärztin/Arztes indirekt oder direkt gefragt wird, das Mit-der-Tür-ins-Haus-Fallen und das Ansprechen des Themas nur unter starkem Druck, z.B. nachdem das Gespräch eigentlich schon beendet wurde. Indikatoren, die auf ein Tabuthema aufmerksam machen könnten, sind Nervosität, Unruhe, leises, undeutliches Sprechen, vage oder umständliche Formulierungen, Vermeidung von Blickkontakt oder der Versuch, möglichst sorglos und witzig zu erscheinen (EU-Projekt H-Com Elearning, 2014<sup>4</sup>). In Bezug auf das ärztliche Gespräch über Tabuthemen ist es daher wichtig, dass sich jede/r Ärztin/Arzt mit eigenen Tabuthemen auseinandersetzen sollte, denn die größte Barriere kann das eigene Schamgefühl sein.

*Im ärztlichen Gespräch ist eine der wichtigsten kommunikativen Strategien den Menschen zu vermitteln, dass sie mit ihrem Problem nicht alleine dastehen, sondern viele Personen betroffen sind. Es ist enorm erleichternd für Patient\*innen, wenn von ärztlicher Seite das Tabuthema proaktiv angesprochen wird und die Betroffenen nur noch nicken müssen: „Ja, das ist bei mir auch so.“ Gesteht die Patientin bzw. der Patient das Problem ein, sollte dies von ärztlicher Seite anerkannt und die positiven Folgen sichtbar gemacht werden („Jetzt ist eine Verbesserung ihrer Situation möglich.“). Gerade bei heiklen Themen ist es wichtig, immer sachlich und respektvoll zu erklären, wozu man diese Frage stellt. (Hoffmann, 2020)*

Es gibt eine Reihe von Gesprächs-Modellen, die unterstützend sein können wie z.B. das *PLISS(IT)-Modell*. Das Akronym *PLISS(IT)* steht dabei für *Permission* (vorsichtiges Einholen der Erlaubnis, dass über Sexualität geredet werden kann), *Limited Information* (klar umrissene, nicht überbordende Information über physiologische und > pathophysiologische Vorgänge in Bezug auf den Körper und die Sexualität werden gegeben), *Specific Suggestions* (spezifische Vorschläge in Bezug auf das Problem werden gegeben, z.B. „Regelmäßige Bewegung verbessert die Durchblutung in Ihrem Herzen und auch in Ihren Sexualgefäßen bzw. es gibt Unterstützung durch Medikamente.“) und *Intensive Therapy* (intensive sexualtherapeutische Therapie, wenn notwendig) (Bayerle-Eder, 2015). Kommunikation in schwierigen Situationen ist herausfordernd und kann jedoch wie jede Technik gelernt und geübt werden. Im Rahmen der Medizincurricula an den Medizinischen Universitäten in Österreich nimmt Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation glücklicherweise einen immer höheren Stellenwert ein, wobei weiterhin Luft nach oben bleibt. Gerade die Kommunikation in Bezug auf Tabuthemen wie sexuelle Gesundheit sollte jedoch durch ein lebenslanges Lernen und Verfeinern der Technik in diesem Bereich gesichert sein.

4 EU-Projekt H-Com Elearning. Verfügbar unter <https://elearning.h-com.eu/login/index.php>

## 2.2. Forschungsstand zu Sexualität

Besonders wichtig im **Umgang mit sexuellen Schwierigkeiten**, dem Wiederherstellen eines zufriedenstellenden Sexuallebens und dem Erörtern von Kompensationsmöglichkeiten bei einer bestehenden Problematik sind geschulte Ansprechpersonen, aber auch die Kenntnis von Anlaufstellen und Expert\*innen, an die sich Betroffene wenden können. In einer *US-amerikanischen Studie* berichtet fast die Hälfte der befragten Frauen (47 %), sexuelle Probleme mit der/m Gynäkologin/Gynäkologen zu besprechen, 39 % wenden sich an die/den Allgemeinmediziner\*in. Von sich aus sprechen nur 19 % der Frauen und 18 % der Männer ihre Ärzt\*innen auf sexuelle Probleme an. Drei Viertel vermeiden das Thema, weil sie fürchten, mit ihren Sorgen nicht ernst genommen zu werden oder weil sie glauben, dass ihnen nicht geholfen werden könne (Shifren et al., 2008). Dabei wünschen sich einer anderen Befragung zufolge 91 % der Patient\*innen von Mediziner\*innen auf ihre sexuelle Gesundheit angesprochen zu werden und Präventionstipps zu erhalten, auch wenn 15 % Verlegenheit angeben (Meystre-Agustonia et al., 2011).

Eine aktuelle, erst teilweise veröffentlichte *Untersuchung der Fachhochschule Wiener Neustadt* (2020) kam zu einem ähnlichen Ergebnis: 41 % jener Personen, die angeben, mit ihrer Sexualität unzufrieden zu sein, sprechen das Thema gegenüber einer medizinischen Fachkraft nicht an. Der häufigste Grund dafür ist Scham. Das Thema ist den befragten Personen zu peinlich oder zu intim. Als weitere Gründe werden genannt: nicht genügend Zeit oder fehlendes Wissen darüber, in wessen Zuständigkeitsbereich sexuelle Probleme fallen. Auf die Frage, welche Angebote sich Betroffene wünschen, lauten die häufigsten Antworten: Gespräche, Beratung, Information bzw. Therapie. Als bevorzugte Ansprechpersonen für sexuelle Probleme werden von den Befragten am häufigsten Gynäkolog\*innen und Therapeut\*innen genannt. Wichtige Voraussetzungen für ein solches Gespräch sind für die Befragten ausreichend Zeit, Interesse, Offenheit und Verschwiegenheit der Expert\*innen (Fachhochschule Wiener Neustadt<sup>5</sup>).

*Doch nicht nur auf Seiten der Betroffenen zeigt sich große Scham. Auch Behandler\*innen stoßen häufig auf Schwierigkeiten im Umgang mit dem Thema.*

Doch nicht nur auf Seiten der Betroffenen zeigt sich große Scham. Auch Behandler\*innen stoßen häufig auf Schwierigkeiten im Umgang mit dem Thema. In einer *Befragung unter Fachärzt\*innen* geben lediglich 25 % der Gynäkolog\*innen, 23 % der urologischen und 10 % der allgemeinmedizinischen Fachkräfte an, ein Gespräch über Sexualität von sich aus zu beginnen (Shifren et al., 2008). Eine *Befragung unter Teilnehmer\*innen einer sexualmedizinischen Fortbildung* ergab, dass nur 4 % das Gefühl haben, viel sexualmedizinisches Wissen zu besitzen. 70 % geben an, über etwas Wissen in diesem Bereich zu verfügen. 31 % berichten, bei ihren Patient\*innen sexualrelevante Erkrankungen sicher zu erkennen und nur 27 % sehen sich in der Lage, potentiell kontrasexuall wirkende Medikamente zu identifizieren. Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass alle Befragten sexualmedizinisch interessiert waren.

Neben fehlendem Wissen geben Mediziner\*innen ähnliche Gründe dafür an, warum sie das Thema Sexualität nicht ansprechen, wie die Patient\*innen selbst: Unbehagen und Peinlichkeit; die Einstellung, dass andere Dinge wichtiger sind; ein Gefühl mangelnder Kompetenz; die Angst, die Intimsphäre der Betroffenen zu verletzen sowie praxisökonomische Gründe (Hartmann, 2018).

Dieser Gesundheitsbericht richtet sich somit auch an Mediziner\*innen und soll sie dabei unterstützen, bei ihrer Tätigkeit angemessen auf das Thema Sexualität eingehen zu können und einen entsprechenden Rahmen für Beratungsgespräche zu schaffen. Wenn Patient\*innen ihre Sorgen ansprechen können, wird die *Compliance* gestärkt. Damit können Komplikationen bei der Medikamenteneinnahme bzw. beim Absetzen der zur Behandlung einer chronischen Erkrankung notwendigen Medikamente aufgrund sexueller Probleme reduziert oder vermieden werden. Diese Entscheidungen sollten zusammen mit den Fachkräften getroffen werden.

5 Fachhochschule Wiener Neustadt. Verfügbar unter: <https://presse.fhwn.ac.at/news-sexualitaet-mit-chronischer-erkrankung-fhwn-praesentiert-studienergebnisse?id=107495&menueid=11330&l=deutsch>



Insgesamt 38,2 % der Wiener\*innen geben an, von einer **chronischen Erkrankung** betroffen zu sein. Wenn man das Vorhandensein einzelner chronischer Erkrankungen abfragt und diese explizit auflistet, steigt der Wert der Betroffenen auf 67,3 % (> ATHIS, 2019). **Das weist darauf hin, dass zahlreiche Wiener\*innen von chronischen Erkrankungen betroffen sind, ihnen aber nicht klar ist, dass ihre gesundheitliche Symptomatik als chronische Erkrankung definiert wird.** Daraus entstehen eine erhebliche Differenz und Dunkelziffer. 37 % der Männer und 39 % der Frauen fühlen sich durch eine chronische Erkrankung belastet.

Im Verlauf der letzten Jahre zeigt sich eine relativ konstante Situation: Verglichen mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2006 ist die Belastung durch chronische Krankheiten altersstandardisiert eine ähnliche. Der Anteil der Männer mit einer chronischen Erkrankung sank nur gering von 37,2 % auf 37,0 %, jener der Frauen von 40,3 % auf 39,0 % (ATHIS, 2006 und 2019).

Die **Lebensqualität von Personen mit chronischen Erkrankungen** oder Gesundheitsproblemen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei der physischen Befindlichkeit sowie beim psychischen Wohlbefinden geringer. Während Personen ohne chronische Erkrankungen ihre allgemeine Lebensqualität mit 83,1 von 100 möglichen Punkten bewerten, liegt dieser Wert bei Auftreten einer chronischen Erkrankung bei 68,1 Punkten. Bei der im Jahr 2020 durchgeführten Befragung der Fachhochschule Wiener Neustadt geben 65 % der Befragten mit einer chronischen Erkrankung an, dass Sexualität für sie wichtig oder extrem wichtig sei. 37 % der chronisch Erkrankten geben an, im letzten halben Jahr sexuelle Schwierigkeiten wie Erektions- oder Erregungsprobleme gehabt zu haben. Bei nicht chronisch Erkrankten sind es 20 %. Chronisch Erkrankte sind in ihrem Sexualleben stärker durch Einschränkungen beeinträchtigt und geben eine niedrigere sexuelle Zufriedenheit an als gesunde Personen (Fachhochschule Wiener Neustadt, 2020<sup>6</sup>).

*Die Lebensqualität von Personen mit chronischen Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei der physischen Befindlichkeit sowie beim psychischen Wohlbefinden geringer.*

<sup>6</sup> Fachhochschule Wiener Neustadt. Verfügbar unter: <https://presse.fhwn.ac.at/news-sexualitaet-mit-chronischer-erkrankung-fhwn-praesentiert-studienergebnisse?id=107495&menueid=11330&l=deutsch>

## 2.3. Sexuelle Zufriedenheit in Österreich

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich im Gegensatz zum internationalen Raum in Österreich keine systematischen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen sexueller Zufriedenheit und chronischen Erkrankungen. Die Ergebnisse der internationalen Forschungsbemühungen zu diesem Thema werden in *Kapitel 4. Empirie* dieses Berichtes zusammengefasst.

Eine erste österreichische Befragung zu diesem Thema fand 2020 statt und soll nun näher beschrieben werden. Frau Dipl.-Psych.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Gärtner und DGKP<sup>in</sup> Igerc, BSc, MSc leiten an der Fachhochschule Wiener Neustadt das Forschungsprojekt *SexHealth* und untersuchen den **Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und der sexuellen Zufriedenheit**. Die Studienleiterinnen haben ein kombiniertes Studiendesign bestehend aus einem quantitativen Survey und einer qualitativen Befragung durchgeführt. An der Online-Befragung nahmen fast 600 Personen teil, ungefähr die Hälfte von ihnen gab an, chronisch krank zu sein. Die Fragestellungen der Studie lauteten: „Hatten Sie im letzten halben Jahr ein sexuelles Problem?“ Und: „Wie stark wurde Ihr Sexualleben durch dieses Problem beeinträchtigt?“

*Auf die Frage, was Betroffenen hinsichtlich ihres sexuellen Problems helfen könnte, ist die häufigste Antwort: Gespräche, Beratung, Informationen und Therapie.*

Dabei stellte sich u.a. heraus, dass über die Hälfte der Personen mit chronischen Erkrankungen angibt, dass Sexualität für sie wichtig oder sehr wichtig sei. 37 % der chronisch Erkrankten sowie 20 % der Personen ohne chronische Erkrankung geben an, im letzten halben Jahr sexuelle Probleme gehabt zu haben. 59 % der Personen mit sexuellen Problemen spricht das Thema bei einer medizinischen Fachkraft an. Männer geben häufiger sexuelle Dysfunktionen wie Erregungsstörungen an. Frauen berichten häufiger von Unzufriedenheit mit der Sexualität, wenn solche Probleme bei ihnen auftreten. Partner\*innen chronisch erkrankter Personen geben hingegen keine > signifikante Einschränkung in der Zufriedenheit mit der Sexualität an. Die eigene Leistungsfähigkeit wird demnach als wichtiger wahrgenommen, als die der/s Partnerin/Partners. Eine weitere Erkenntnis aus der Studie ist, dass Personen, die Sex-Spielzeug verwenden und offen gegenüber alternativen Praktiken (wie z.B. > BDSM) sind, auch dann mit ihrer Sexualität zufriedener sind, wenn sexuelle Probleme auftreten. Das deutet darauf hin, dass es Möglichkeiten gibt, sexuelle Einschränkungen in einer gewissen Art und Weise zu kompensieren. Auf die Frage, was Betroffenen hinsichtlich ihres sexuellen Problems helfen könnte, ist die häufigste Antwort: Gespräche, Beratung, Informationen und Therapie. Als wichtigste Voraussetzung für ein Beratungsgespräch werden Zeit, Interesse, Offenheit und Verschwiegenheit der Behandler\*innen angeführt.

Laut *Österreichischem Verhütungsreport* (Fiala & Parzer, 2019) geben 83 % der Frauen und 89 % der Männer an, mit ihrer Sexualität zufrieden zu sein, 15 % der Befragten sind unzufrieden. Bei dieser Befragung wurden Daten von 881 Frauen und 901 Männern im Alter von 16 bis 49 Jahren gesammelt. Männer sind mit ihrer Sexualität dabei nur geringfügig, jedoch statistisch signifikant, zufriedener als Frauen. Personen in einer stabilen Beziehung sind am zufriedensten mit ihrem Sexualleben (89 %). Sie sind signifikant zufriedener als Personen ohne Beziehung (79 %) oder solche in einer instabilen Beziehung (73 %). Zudem ist die sexuelle Zufriedenheit im ersten Jahr einer Beziehung höher (93 %) als im weiteren Verlauf (87 %).

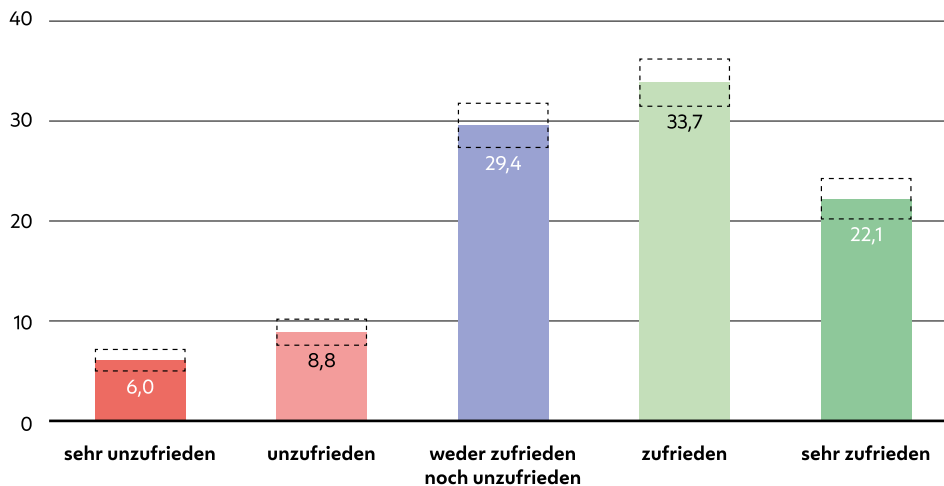
Der deutsche Psychotherapeut Gunter Schmidt erklärt den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und sexueller Zufriedenheit folgendermaßen: „*Wer länger als zehn Jahre verheiratet ist, hat deutlich weniger Freude am Sex mit der/m Partner\*in als frisch Verliebte. Das Alter spielt dabei keine große Rolle. Vergleicht man 30-, 45- und 60-Jährige, die in gleich langen Partnerschaften leben, findet man nur geringe Unterschiede in der sexuellen Aktivität. 60-Jährige in kurzen Beziehungen haben eine höhere Sexfrequenz als 30-Jährige in etablierten Partnerschaften.*“ (Schmidt et al., 2006) Gründe dafür sieht Schmidt in Gewöhnung, Alltagsstress, Verunsicherung, Überforderung und Lustlosigkeit als Bestandteile fester Beziehungen.

Die alle fünf Jahre stattfindende *Österreichische Gesundheitsbefragung* (ATHIS) bietet eine Möglichkeit, Rückschlüsse auf die sexuelle Zufriedenheit der Wiener Bevölkerung zu ziehen.

Die ATHIS-Befragung untersucht den Gesundheitszustand, die Gesundheitsdeterminanten (> Determinante) > extramural und das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Für den Gesundheitsbericht wurde das Item *sexuelle Zufriedenheit*, das im Zuge der Lebensqualität erhoben wird, aus dem Datensatz von 2019 analysiert. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt. Das Auftreten sexueller Funktionsstörungen wird im ATHIS hingegen nicht erhoben.

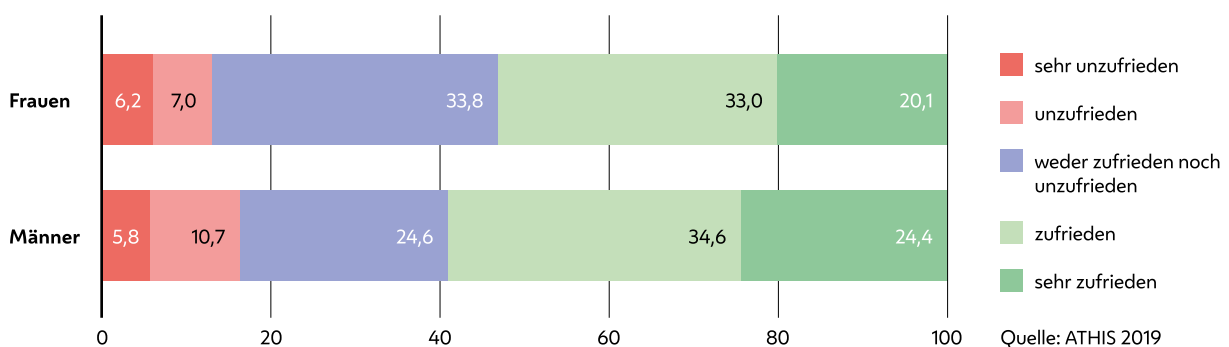
Wie in Abbildung 1 ersichtlich, ist die absolute Mehrheit der Wiener\*innen mit dem eigenen Sexualleben entweder *sehr zufrieden* (22,1%) oder *zufrieden* (33,7%). Am zweithäufigsten geben die Wiener\*innen an, *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein (29,4%). Weitere 8,8% äußerten *Unzufriedenheit* mit der Sexualität und 6,0% sogar *starke Unzufriedenheit* (ATHIS, 2019).

**Abb. 1: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, gesamt, Anteile in %**



Beim Vergleich zwischen **Frauen und Männern** fällt auf, dass 33,8% der Frauen die Frage nach der **sexuellen Zufriedenheit** mit *weder zufrieden noch unzufrieden* beantworten, während es bei Männern nur 24,6% sind. Dieser Unterschied ist signifikant. Demgegenüber sind Männer im Vergleich zu Frauen mit ihrem Sexualleben häufiger (*sehr*) *zufrieden*, aber auch häufiger (*sehr*) *unzufrieden* mit der Sexualität (vgl. Abb. 2).

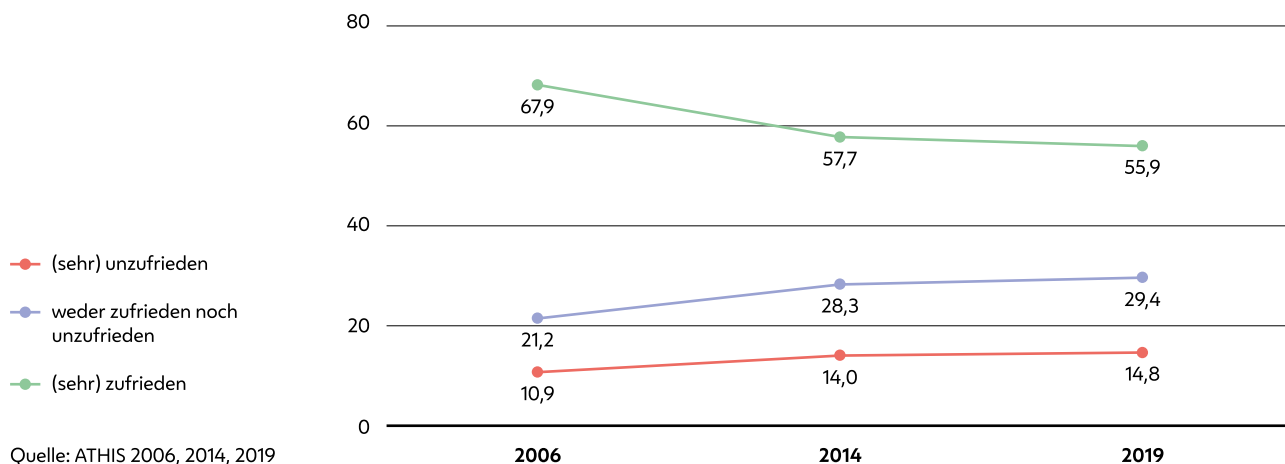
**Abb. 2: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, nach Geschlecht, Anteile in %**



Die Anteile der Kategorien an den Enden der > Variable *Zufriedenheit mit dem Sexualleben* veränderten sich in den letzten Jahren jeweils in eine ähnliche Richtung. Um die zeitliche Entwicklung der sexuellen Zufriedenheit übersichtlicher darstellen zu können, wurden die Kategorien *sehr zufrieden* und *zufrieden* bzw. *sehr unzufrieden* und *unzufrieden* zusammengefasst (vgl. Abb. 3). Dies wird auch im weiteren Verlauf des Berichtes so beibehalten.

Im **Zeitverlauf der letzten drei ATHIS-Erhebungen** zeigte sich, dass sich der Anteil sexuell (*sehr*) zufriedener Wiener\*innen von 67,9 % im Jahr 2006 auf 57,7 % im Jahr 2014 und auf 55,9 % im Jahr 2019 verkleinert hat. Der Anteil der (*sehr*) Unzufriedenen ist hingegen von 10,9 % im Jahr 2006 auf 14,0 % im Jahr 2014 und auf 14,8 % im Jahr 2019 gestiegen. Auch der Anteil jener Wiener\*innen, die *weder zufrieden noch unzufrieden* mit ihrer Sexualität sind, ist gestiegen: Von 21,2 % im Jahr 2006, über 28,3 % im Jahr 2014 auf 29,4 % im Befragungszeitraum 2019.

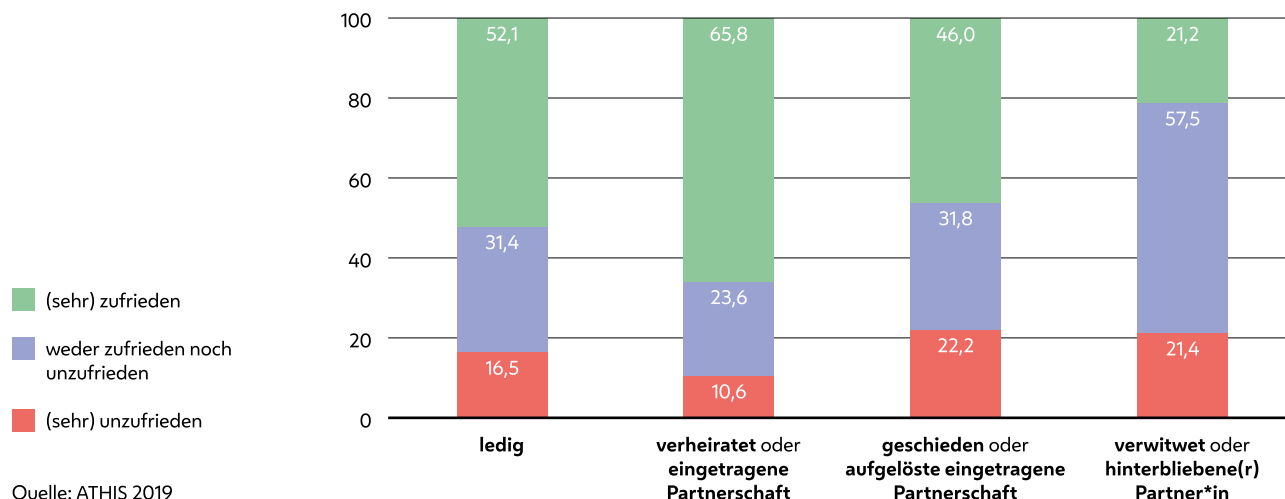
**Abb. 3: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualeben,**  
nach Erhebungsjahr, Anteile in %



Quelle: ATHIS 2006, 2014, 2019

Von Bedeutung für die sexuelle Zufriedenheit ist unter anderem, ob man sich in einer **Partnerschaft** befindet. Im ATHIS wurde dies lediglich indirekt über den *gesetzlichen Familienstand* erfasst (der tatsächliche Beziehungsstatus wurde nicht erhoben). Allerdings zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede zwischen den vier abgefragten Kategorien (vgl. Abb. 4). So sind Verheiratete oder Personen in eingetragener Partnerschaft mit 65,8 % viel häufiger sexuell (*sehr*) zufrieden als geschiedene (46,0 %) oder verwitwete Personen (21,2 %). Bei geschiedenen und verwitweten Personen ist die *sexuelle Unzufriedenheit* mit mehr als einem Fünftel jeweils doppelt so hoch wie bei Verheirateten. Bei Verwitweten gibt die Mehrheit der Befragten (57,5 %) an, mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein. Bei Personen ohne standesamtlich bestätigte Partnerschaft (*ledig*) ist die sexuelle Zufriedenheit etwas besser als bei Geschiedenen und Verwitweten, allerdings fallen in diese Gruppe auch Personen, die sich in einer „informellen“ Beziehung befinden.

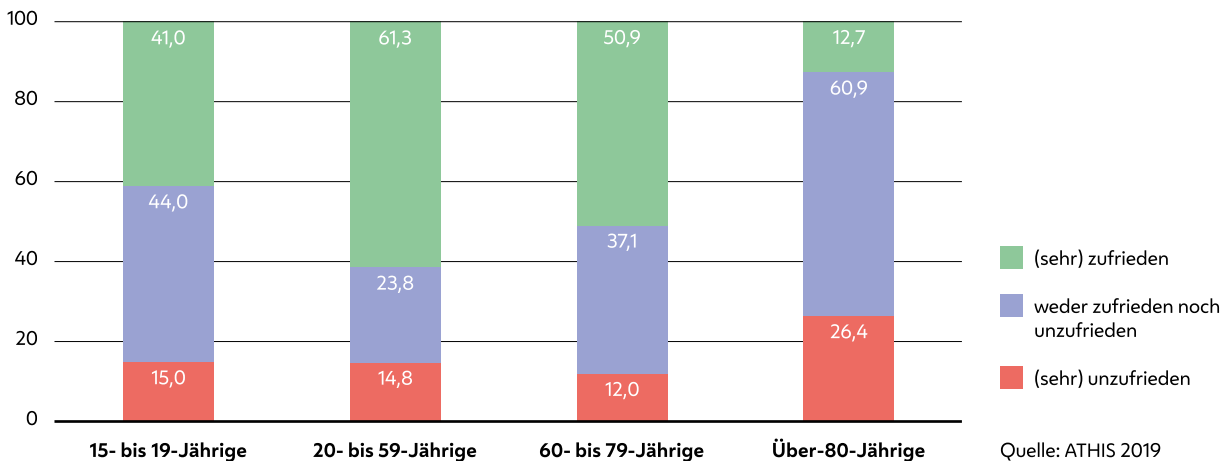
**Abb. 4: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualeben,**  
nach gesetzlichem Familienstand, Anteile in %



Quelle: ATHIS 2019

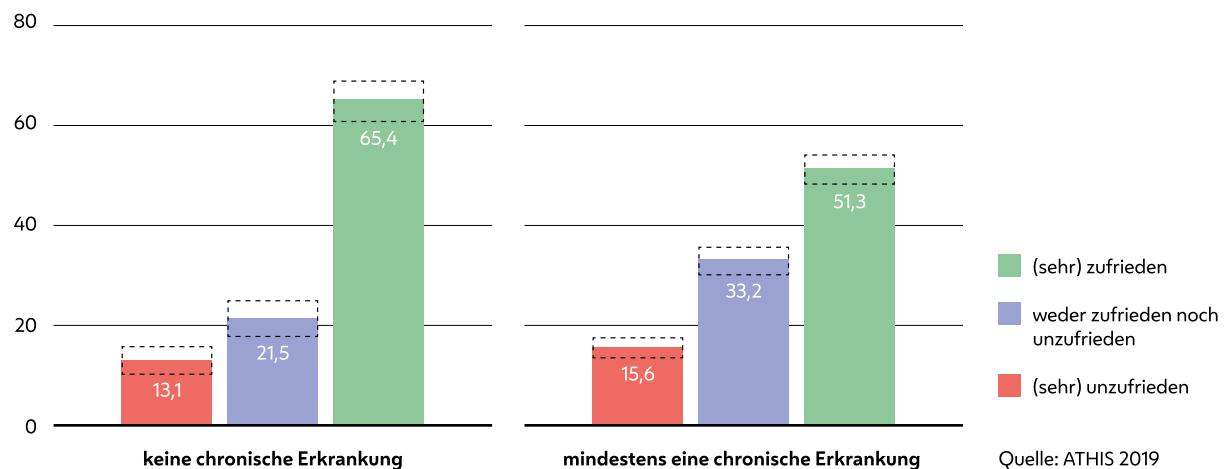
Im Hinblick auf das **Alter** zeigt Abbildung 5, dass sexuelle *Zufriedenheit* in der Altersgruppe der 20- bis 59-Jährigen mit 61,3 % am häufigsten vorkommt. Bei jüngeren und auch bei älteren Personen ist sie niedriger – allerdings nicht unbedingt zugunsten expliziter *Unzufriedenheit*. Diese tritt nur bei Personen ab 80 Jahren mit 26,4 % signifikant häufiger auf als in den anderen Altersgruppen. Ansonsten geben Personen von 15 bis 19 Jahren und ab 60 Jahren relativ häufig an, mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein. Am häufigsten nennen diese Kategorie mit 60,9 % ebenfalls die Über-80-Jährigen.

**Abb. 5: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, nach Altersgruppen, Anteile in %**



Betrachtet man nun jene Wiener\*innen näher, die angeben, eine **chronische Erkrankung** zu haben, erkennt man Unterschiede im Vergleich zu den Befragten, die von keiner chronischen Erkrankung berichten. Der größte Unterschied zwischen Personen mit einer chronischen Erkrankung und jener ohne ist am Anteil der mit ihrer Sexualität zufriedenen Personen zu erkennen. Wiener\*innen *ohne* chronische Erkrankung sind zu 65,4 % mit ihrer Sexualität *zufrieden*, jene *mit* einer chronischen Erkrankung hingegen zu 51,3 %, also um 14,1 Prozentpunkte weniger. Dagegen ist bei chronisch erkrankten Personen der Anteil jener, die angeben, *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein, um 11,7 Prozentpunkte höher. Der Anteil sexuell (*sehr*) *Unzufriedener* befindet sich bei chronisch Erkrankten (15,6 %) und Nicht-Erkrankten (13,1 %) auf einem ähnlichen Niveau. Dieser Unterschied ist nicht signifikant.

**Abb. 6: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, nach Vorliegen chronischer Erkrankungen, Anteile in %**



Das Vorliegen chronischer Erkrankungen scheint bei **Frauen** eine größere Rolle zu spielen als bei **Männern**.

Abbildung 7 soll dies verdeutlichen, indem die Veränderung in den Anteilswerten dargestellt wird, die mit dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung einhergeht.

Während der Anteil der sexuell (*sehr*) Zufriedenen bei chronisch erkrankten Frauen im Vergleich zu Frauen ohne chronische Erkrankung um 19,8 Prozentpunkte zurückgeht, beträgt der Unterschied zwischen chronisch erkrankten und nicht erkrankten Männern nur 8,2 Prozentpunkte (vgl. Abb. 7). Der Anteil jener, die *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, steigt hingegen bei Frauen um 16,9 Prozentpunkte und bei Männern um 6,1 Prozentpunkte.

Bei beiden Geschlechtern ist der Rückgang der sexuellen Zufriedenheit vor allem mit einem Anstieg des Anteils jener Personen, die *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, verbunden. Der Anteil der explizit sexuell (*sehr*) Unzufriedenen erhöht sich bei beiden Geschlechtern nur leicht.

**Abb. 7: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen mindestens einer chronischen Erkrankung, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**





3



# Methodik

Als **Untersuchungsmethoden** für den Gesundheitsbericht fungierten neben wissenschaftlicher Literatur sowie quantitativen Daten aus der *Österreichischen Gesundheitsbefragung* (Austrian Health Interview Survey, > ATHIS) *qualitative Interviews* mit ausgewählten Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen. Diese wurden herangezogen, da die Datenlage zum Thema Sexualität bei chronischen Erkrankungen bzw. Zufriedenheit mit Sexualität – vor allem in Bezug auf die Wiener Bevölkerung – relativ gering ist. Die durchgeführten Interviews sollen zu neuem Wissenszuwachs beitragen und als Ergänzung zu den anderen Datenquellen dienen.

Die Suche nach aktueller **wissenschaftlicher Literatur** mit besonderem Fokus auf die letzten fünf Jahre erfolgte in den Datenbanken *PubMed* und über die Suchplattform *Google Scholar*. Als Suchbegriffe wurden die für den Bericht herangezogenen chronischen Erkrankungen mit den Schlagworten *sexuality*, *sexual health* und *sexual problems* kombiniert. Die für den Bericht ausgewählten chronischen Erkrankungen beziehungsweise Schlagwörter, welche für die Suche nach wissenschaftlicher Literatur herangezogen wurden, waren: *depression*, *obesity*, *musculoskeletal disorders / chronic pain*, *chronic obstructive pulmonary disease / asthma bronchiale*, *multiple sclerosis*, *diabetes mellitus*, *cardiovascular disease* und *cancer*. Die Auswahl der Erkrankungen erfolgte einerseits nach dem Kriterium der Häufigkeit des Auftretens und der Häufigkeit als Todesursache, als auch im Hinblick auf einen möglichen Zusammenhang mit Sexualität.

Die alle fünf Jahre stattfindende **ATHIS-Befragung** enthält ein sexualrelevantes Item mit der Fragestellung: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?“ Für den Bericht wurde dieses Item mit demografischen Faktoren wie dem Alter, Geschlecht und Beziehungsstatus sowie dem Auftreten von chronischen Erkrankungen in Zusammenhang gesetzt und analysiert.

Es wurden **Interviews** mit Mediziner\*innen, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen und Pflegekräften geführt. Dabei wurden in 15 Interviewgesprächen Erfahrungen von insgesamt 17 Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen gesammelt (zwei Gespräche wurden mit je zwei Interviewpartnerinnen gleichzeitig geführt). Die Anzahl von insgesamt 17 Befragten wurde gewählt, da bei Forschungsprojekten dieser Größenordnung in der Regel 12 bis 15 Interviews zu einer theoretischen Sättigung und anschließend keinem neuen Informationsgewinn führen (Bortz & Döring, 2009). Ein Verzeichnis aller Interviewpartner\*innen befindet sich auf der Folgeseite. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 60 Minuten und wurden (aufgrund der Kontaktbeschränkungen im Zusammenhang mit der COVID19-Pandemie) größtenteils online mit Videofunktion durchgeführt. Ein einheitlicher Interview-Leitfaden wurde den Gesprächspartner\*innen zur Vorbereitung übermittelt, das Gespräch orientierte sich anschließend in strukturierter Form an dem Leitfaden. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und unter Anwendung der Inhaltsanalyse nach Mayring (Bortz & Döring, 2009) kategorisiert und ausgewertet. Die Ergebnisse werden in *Kapitel 4. Empirie* dargestellt.

Es wurden außerdem 15 Vertreter\*innen von Wiener **Selbsthilfegruppen** kontaktiert. Dabei wurden zwei Stellungnahmen (chronische Schmerzkrankungen sowie Diabetes mellitus) mit Erfahrungen von Betroffenen zu der Thematik eingeholt. Die wenigen Rückmeldungen deuten darauf hin, dass das Thema Sexualität nach wie vor stark tabuisiert ist und von Betroffenen nicht leichtfertig geteilt wird oder für die Auseinandersetzung mit der Thematik möglicherweise wenig Raum bleibt, da es bei chronischen Erkrankungen vielfältige weitere Belastungsfaktoren gibt.

Die Länge der beschriebenen Literaturergebnisse sowie der Interviewinhalte variiert zwischen den einzelnen Erkrankungen, zum Teil sogar sehr stark. Grund dafür sind unterschiedliche Erfahrungen der Befragten zu den Zusammenhängen von Sexualität mit den jeweiligen chronischen Erkrankungen sowie unterschiedliche Mengen an zur Verfügung stehender wissenschaftlicher Literatur. Die Auswertung der ATHIS-Daten war ebenso nur für jene chronischen Erkrankungen möglich, die im ATHIS abgefragt und erhoben werden, Multiple Sklerose konnte daher nicht näher untersucht werden. Bei Krebserkrankungen waren die Zellbesetzungen der ATHIS-Daten zu niedrig, um Rückschlüsse auf die sexuelle Zufriedenheit ziehen zu können.

## Gesprächspartner\*innen in alphabetischer Reihenfolge

Die Auswahl der Interviewpartner\*innen erfolgte nach Schnittstellen und Erfahrungen mit der Thematik Sexualität. Befragt wurde Fachpersonal aus Medizin, Klinischer Psychologie, Psychotherapie und Pflege. Innerhalb der einzelnen Disziplinen wurde auf Diversität geachtet, um möglichst breit gestreute Erfahrungen sammeln zu können. Interviewpartner\*innen aus dem medizinischen Bereich umfassten die Allgemeinmedizin, den fachärztlichen Bereich und die > Primärversorgung. Im psychologischen/psychotherapeutischen Kontext arbeiteten die ausgewählten Expert\*innen in Beratungsstellen, Forschungseinrichtungen und in privater Praxis. Im Bereich der Pflege wurden Gespräche mit Expert\*innen geführt, die in Spitälern, im selbstständigen Bereich sowie in Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen arbeiten.

*Befragt wurde Fachpersonal aus Medizin, Klinischer Psychologie, Psychotherapie und Pflege.*

### **DGKP<sup>in</sup> Merlena Barta**

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Klinik Landstraße

### **Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Michaela Maria Bayerle-Eder**

Fachärztin für Allgemeine Interne Medizin und Endokrinologie, Sexualmedizinerin, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft zur Förderung der Sexualmedizin und Sexuellen Gesundheit

### **Mag. Romeo Bissuti**

Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Leiter des Männergesundheitszentrums MEN

### **Dr.<sup>in</sup> Elia Bragagna**

Ärztin für Allgemeinmedizin und Psychosomatik, Psychotherapeutin, Sexualtherapeutin, Ärztliche Leiterin der Sexualmedizinischen Praxis Graz, ehem. Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Sexualmedizin sowie Fachliche Leiterin der ehem. Akademie für Sexuelle Gesundheit

### **Dipl.-Psych.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Kathrin Gärtner**

Diplompsychologin, Leitung des Instituts für Marktforschung und Methodologie an der FH Wiener Neustadt, Leitung der Studie *SexHealth*, Fakultät Gesundheit der FH Wiener Neustadt

### **Mag.<sup>a</sup> Kristina Hametner**

Soziologin, Leiterin des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Stadt Wien und des Wiener Programms für Frauengesundheit

### **Univ. Ass.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Birgit Hladschik-Kermer, MME**

Klinische und Gesundheitspsychologin, Master for Medical Education, Psychotherapeutin (Logotherapie und Existenzanalyse), Supervisorin, Kommunikationstrainerin für den Gesundheitsbereich, Univ. Ass.<sup>in</sup> und Koordination Kommunikationscurriculum an der Medizinischen Universität Wien, Leitung der Abteilung für medizinische Psychologie an der Medizinischen Universität Wien

### **DGKP<sup>in</sup> Irina Elisabeth Igerc, BSc, MSc**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bachelorstudiengang Allgemeine Gesundheits- & Krankenpflege, Leitung der Studie *SexHealth*, Fakultät Gesundheit der FH Wiener Neustadt

### **Dr. Ata Kaynar**

Arzt für Allgemeinmedizin, Ernährungs- und Vorsorgemedizin, Berater im Männergesundheitszentrum MEN

### **Dr.<sup>in</sup> Fabienne Lamel, MSc D.O.**

Ärztin für Allgemeinmedizin, Osteopathie, Akupunktur, Ärztliche Leitung Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf

**DGKP<sup>in</sup> Eike Lobersiner**

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin in der Klinik Landstraße, Schwerpunkt Hormonambulanz

**Dr. Otto Pichlhöfer**

Arzt für Allgemeinmedizin in der Nordrand Klinik Wien, Vortragender am Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien

**Prim. Priv.-Doz. Dr. Anton Ponholzer, F.E.B.U.**

Gastprofessor der Medizinischen Universität Wien, Abteilung für Urologie und Andrologie, Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien, Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Urologie, Zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft

**Dr.<sup>in</sup> Christiane Reiter**

Ärztin für Allgemeinmedizin in der Allgemeinmedizinischen Gruppenpraxis Wilhelmstraße

**DGKP<sup>in</sup> Martina Signer**

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, Kontinenz- und Stomaberaterin, Dipl. Sexualberaterin in freier Praxis (vormals Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz)

**Salva Wagner, MSc**

Klinische Psychologin, Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision (Katathym Imaginative Psychotherapie), zur Zeit des Interviews bei FEM Süd tätig, aktuell in freier Praxis sowie im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien

**Ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger**

Psychologin, ehemalige Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien, a.o. Universitätsprofessorin, Präsidentin des Berufsverbands Österreichischer Psychologinnen, wissenschaftliche Leitung zahlreicher Forschungsprojekte

**Selbsthilfegruppen**

**Selbsthilfegruppe Diabetes**

Kontakt: office@aktive-diabetiker.at

**Selbsthilfegruppe Schmerz**

Kontakt: shgsschmerz@utanet.at



4

**Empirie**

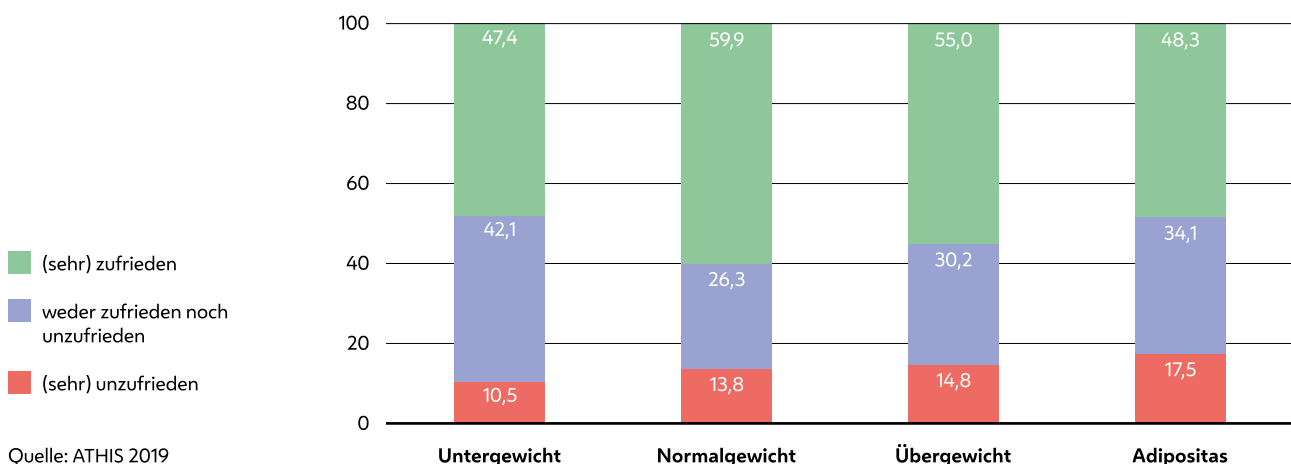
Chronische Erkrankungen können einen negativen Einfluss auf Beziehungen und die sexuelle Zufriedenheit der Betroffenen, aber auch deren Partner\*innen haben. Die Effekte chronischer Erkrankungen auf Sexualität sind multifaktoriell und können in bio-psycho-soziale Kategorien gegliedert werden (McInnes, 2003, 263-266). Für diesen Gesundheitsbericht wurden besonders häufig vorkommende chronische Erkrankungen ausgewählt und sollen nun alphabetisch dargestellt und näher beschrieben werden.

## 4.1. Adipositas

Unter Adipositas versteht man **starkes Übergewicht**. Von Übergewicht spricht man, wenn das Körpergewicht bei einer gegebenen Körpergröße über das Normalmaß hinausgeht, die Weltgesundheitsorganisation definiert es ab einem Body-Mass-Index (Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern) von 25 kg/m<sup>2</sup>. Ab einem > BMI von 30 kg/m<sup>2</sup> spricht man von Adipositas. Menschen mit Übergewicht leiden oft unter Begleit- und Folgeerkrankungen, die nicht nur ihre Lebensqualität, sondern auch die Lebenserwartung vermindern können. Das Krankheitsrisiko steigt mit Höhe und Dauer des Übergewichts, vor allem für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Gelenks- und Rückenbeschwerden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022<sup>7</sup>). In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der übergewichtigen und adipösen Personen zugenommen. Grund dafür ist zumeist ein Lebensstil mit hochkalorienhaltiger Ernährung und geringer körperlicher Aktivität (> ATHIS, 2019). Die > Prävalenz liegt in Österreich bei 16,6 % (ATHIS, 2019).

Wie Abbildung 8 zeigt, geht der Anteil der sexuell (*sehr*) Zufriedenen mit höherer BMI-Klasse zurück. Während er unter normalgewichtigen Befragten 59,9 % beträgt, ist er bei adipösen Befragten um 11,6 Prozentpunkte niedriger und beträgt 48,3 %. Gleichzeitig sind bei adipösen Befragten die Anteile jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* und jener, die (*sehr*) unzufrieden sind, um 7,8 bzw. 3,7 Prozentpunkte höher als bei Normalgewichtigen. Untergewichtige nehmen eine Sonderstellung ein. Bei ihnen ist der Anteil sexuell (*sehr*) Zufriedener mit 47,4 % sogar noch niedriger als bei Adipösen. Allerdings weisen sie unter den BMI-Klassen mit 10,5 % auch den niedrigsten Anteil (*sehr*) Unzufriedener auf. Der Anteil jener, die *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, ist bei untergewichtigen Personen hingegen besonders hoch.

**Abb. 8: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, nach Body-Mass-Index (WHO-Kategorien), Anteile in %**

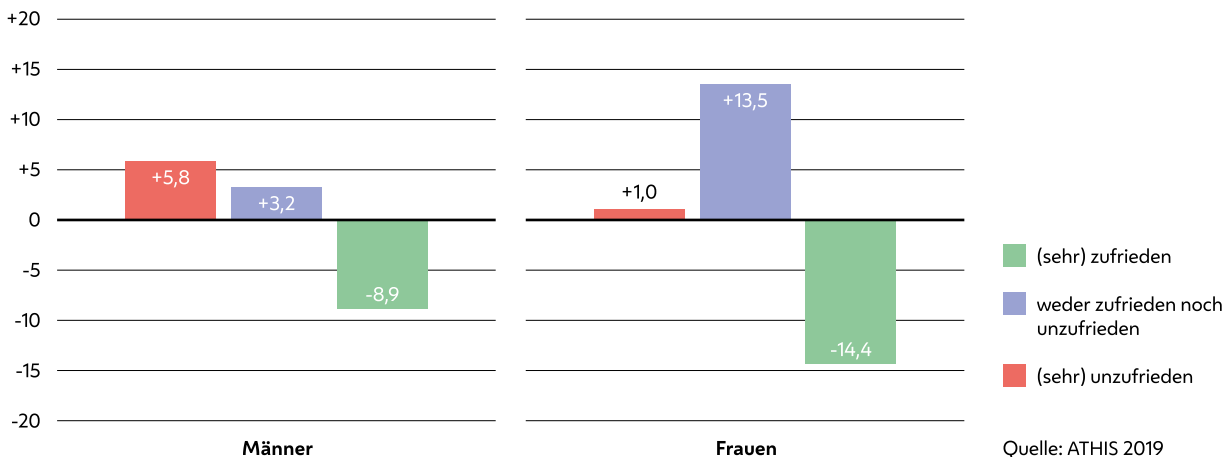


<sup>7</sup> Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/ernaehrung/adipositas/uebergewicht-ursachen>



Abbildung 9 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit bei Vorliegen von Adipositas** verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an der grünen Säule im rechten Teil des Diagramms zu erkennen, **reduziert sich die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen etwas stärker als bei Männern**. Im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen ist der Anteil sexuell (*sehr*) Zufriedener bei adipösen Frauen um 14,4 Prozentpunkte niedriger, während dieser Unterschied bei Männern nur 8,9 Prozentpunkte beträgt. Bei Männern ist dies aber mit einem relativ stärkeren Zuwachs bei sexuell explizit (*sehr*) Unzufriedenen verbunden (rote Säule, links im Diagramm), während bei Frauen vorwiegend der Anteil derer steigt, die angeben, mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein.

**Abb. 9: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Adipositas, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



In der wissenschaftlichen Literatur finden sich keine Hinweise darauf, dass Übergewicht die Wirksamkeit von Verhütungsmitteln oder die Fruchtbarkeit beeinflusst (Simmons & Edelman, 2015; Carrilho et al., 2015). Es werden jedoch zahlreiche Assoziationen zwischen sexuellen Funktionsstörungen und Übergewicht beschrieben (Abrahamian & Kautzky-Willer, 2016). **Sexualität ist für viele Menschen mit Adipositas ein wichtiger und häufig übersehener Aspekt der Lebensqualität.** Studien haben gezeigt, dass Gewichtsverlust, ob durch > bariatrische Chirurgie oder weniger intensive Eingriffe, mit einer > signifikanten und klinisch bedeutsamen Veränderung der sexuellen Funktion verbunden ist (Sarwer et al., 2018). Als mögliche Ursachen dafür werden neurobiologische, hormonelle und vaskuläre Störungen sowie psychische Erkrankungen genannt und zwar bei beiden Geschlechtern. Übergewicht scheint also keine alleinige Ursache für Sexualfunktionsstörungen zu sein, kann aber im Zusammenhang mit anderen Faktoren zu Problemen führen. Der Zusammenhang zwischen Adipositas und sexuellen Funktionen ist komplex und > multivariat, denn folgende Faktoren können einen Einfluss auf die Sexualität haben: direkte Auswirkungen des Fettgewebes, Folgen von pathophysiologischen > Komorbiditäten und durch psychologische Faktoren vermittelte Wirkungen (Rowland et al., 2017). Jedoch ist über den Zusammenhang zwischen Adipositas und sexueller Funktionsweise aus psychologischer Sicht sowie über diesbezügliche Behandlungsmöglichkeiten wenig bekannt (Esfahani & Pal, 2018).

**DGKP<sup>in</sup> Lobersiner** berichtet im Interview, dass Patient\*innen im Falle von Adipositas eine Menge tun können, um sexuelle Probleme und das Allgemeinbefinden zu verbessern, wenn sie diesbezüglich gut informiert werden und Hormonmängel mit speziellen Gelen oder Medikamenten ausgeglichen werden. Hier sieht sie einige Möglichkeiten der Verbesserung der sexuellen Funktionen, allen voran Substitution, wenn sexuelle Probleme einen Hormonmangel (z.B. Testosteronmangel) als Ursache haben.

Darüber hinaus scheint sich **Übergewicht bei Frauen und Männern** unterschiedlich auszuwirken. Wie in der ATHIS-Befragung zeigt sich auch in der *internationalen Forschung* eine stärkere negative Auswirkung eines hohen Body-Mass-Index bei Frauen (Roxo et al., 2018). Ursache dafür kann in hormonellen Unterschieden begründet sein. In der Zeit vor der Menopause zeigen sich keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen sexuellen Störungen und Übergewicht (Jarzabek-Bielecka et al., 2015), nach der Menopause scheint jedoch ein Bewusstsein für starkes Übergewicht und dessen Auswirkungen auf die Sexualität in den Wechseljahren erforderlich (Netjasov et al., 2016). Unter Berücksichtigung des Alters zeigt sich, dass ausgeprägtes Übergewicht bei älteren Frauen negativ mit sexueller Aktivität sowie der Häufigkeit und Variation sexueller Aktivität verbunden ist, bei älteren Männern findet sich dieser Zusammenhang nicht. In Stichproben mit jüngeren Teilnehmer\*innen zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Sexualität übergewichtiger und normalgewichtiger Erwachsener (Kwon & Schafer, 2017).

**Sexuelle Probleme scheinen mit Lebensstilinterventionen verbessert werden zu können.** Nach einer sechsmonatigen Lebensstilveränderung bestehend aus einer Reduktion der täglichen Kalorienaufnahme um 600 kcal, 10.000 Schritten täglich und 2-3 Mal wöchentlicher 30-minütiger sportlicher Betätigung, geben ältere Frauen mit Adipositas häufigerer Geschlechtsverkehr und eine bessere > Lubrikation (weniger Schmerzen) an. Der Effekt hielt auch fünf Jahre nach der Intervention an (Kwon & Schafer, 2017).

*Durch Gewichtsabnahme und Sport steigt der Testosteronspiegel, die Sexualfunktionsstörung wird damit therapiert.*

Das häufige Auftreten sexueller Probleme und den positiven Einfluss von Lebensstiländerungen hob auch **Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** im Interview hervor: „Adipositas ist mit Diabetes mellitus Typ 2 vergesellschaftet, über 60 % der Adipösen haben Sexualfunktionsstörungen und mehr als 25 % einen Testosteronmangel. Testosteron ist das stärkste Lusthormon des Mannes. Im Fettgewebe wird Testosteron in Östrogen umgewandelt und bewirkt eine Verweiblichung der adipösen Männer, eine Reduktion der > Libido, eine > Erektionsstörung und die Verminderung der Fruchtbarkeit. Durch Gewichtsabnahme und Sport steigt der Testosteronspiegel, die Sexualfunktionsstörung wird damit therapiert.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** weist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung einer fundierten medizinischen Untersuchung als Basis für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen hin: „Was man lange übersehen hat ist z.B. eine erhöhte Harnsäure, 1 mg erhöhte Harnsäure verdoppelt das Risiko einer > erektilen Dysfunktion. Kaum eine übergewichtige oder ein übergewichtiger Patient\*in hat eine normale Harnsäure. Wenn Betroffene, die seit Jahren an chronischen Erkrankungen leiden, merken, dass Sexualstörungen auftreten, würde ich raten, dass sie gar nicht groß selber herumdoktern, sondern dass sie sich ihrem Arzt oder ihrer Ärztin anvertrauen sollten. Es ist oft essentiell, dass man sehr schnell erkennt, was die Ursache für die Sexualstörungen ist, dann kann man die Ursache beheben und dann ist oft die Sexualstörung weg. Das ist einmal der allererste wichtige Schritt. Und dann, wenn man mit der Ärztin oder dem Arzt geredet hat, ist es immer noch wichtig, dass ich mir das eingestehe: Jetzt habe ich zwar die Grunderkrankung gut behandelt, aber ich habe immer noch Sexualprobleme. Dann rede ich mit der Partnerin oder dem Partner, denn hier entstehen oft Schuldgefühle beim anderen: Bin ich schuld, dass die Sexualität nicht funktioniert? Dann würde ich mir Hilfe holen. Auch wieder bei der Ärztin oder beim Arzt oder bei Sexualberatungsstellen, die es z.B. in Wien Gott sei Dank genügend gibt. Sexualität ist immer möglich. Sie wird immer anders und neu sein, aber sie ist immer möglich. Das wäre für mich immer das Wichtigste, dass die Patient\*innen wissen, sie müssen nie Sexualität aufgeben. Einfach zum Thema machen.“

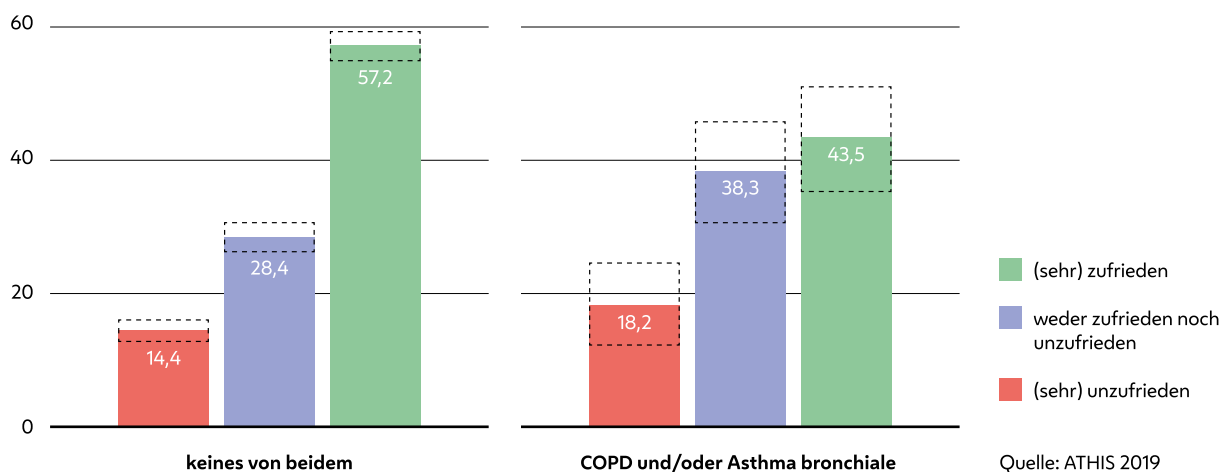
**Dr. Kaynar** bekräftigt diesen Hinweis: „In vielen Partnerschaften kommt es aufgrund von Übergewicht zu größeren Problemen bei der Sexualität. Das Wichtigste ist, dass die Paare miteinander sprechen und offen Ängste und Bedürfnisse ansprechen. Sprechen ist sehr wichtig.“

## 4.2. Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Zwei weit verbreitete **chronische Erkrankungen des Lungensystems** sind Asthma bronchiale sowie chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (> COPD). Die Prävalenz liegt bei Asthma bronchiale in Wien bei 5,3 % (ATHIS, 2019). Die Prävalenz für COPD (zusammen erfasst mit chronischer Bronchitis oder Emphysem) beträgt in Wien 5,5 % (ATHIS, 2019).

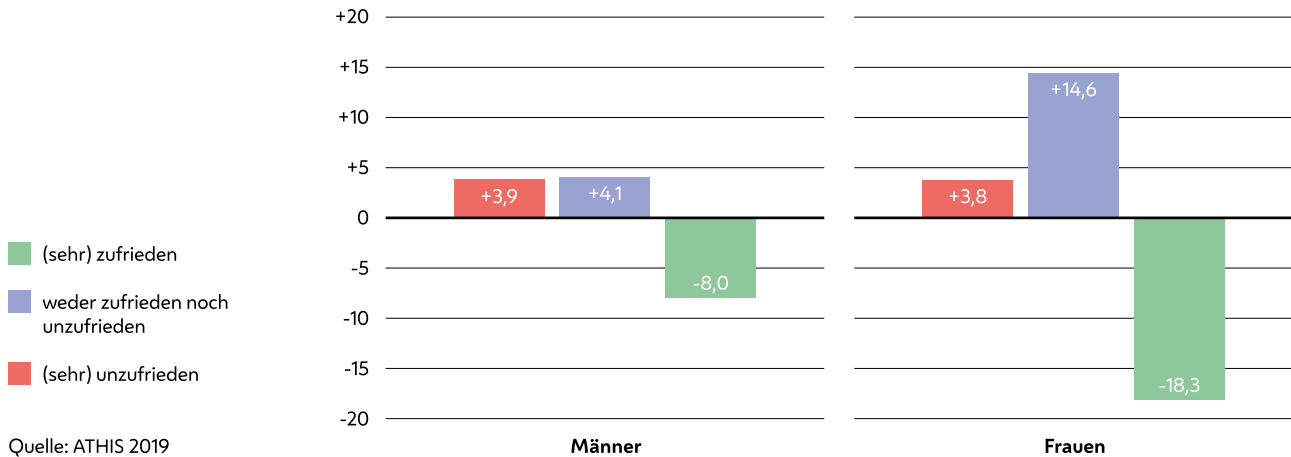
Abbildung 10 vergleicht Personen, die unter Asthma bronchiale und/oder COPD leiden, mit jenen, die an keiner dieser Atemwegserkrankungen leiden. Ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, dass der **Anteil der sexuell (sehr) Zufriedenen mit dem Vorliegen von COPD und/oder Asthma bronchiale deutlich zurückgeht**. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 57,2 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 13,7 Prozentpunkte niedriger und beträgt 43,5 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig sind bei den Erkrankten die Anteile jener, die mit ihrem Sexualeben *weder zufrieden noch unzufrieden* und jener, die *(sehr) unzufrieden* sind, um 9,9 bzw. 3,8 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den *(sehr) Zufriedenen* wird also vorwiegend durch den signifikanten Anstieg in der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule auf 38,3 %) kompensiert und weniger durch den Anstieg des Anteils *(sehr) Unzufriedener* (rote Säule auf 18,2 %).

**Abb. 10: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualeben, ohne vs. mit COPD und/oder Asthma bronchiale, Anteile in %**



Beim Vergleich der sexuellen Zufriedenheit zwischen **Frauen und Männern**, die von einer Lungenerkrankung betroffen sind, zeigt sich bei Frauen ein größerer Abfall der sexuellen Zufriedenheit. Frauen mit Asthma bronchiale und/oder COPD sind um 18,3 Prozentpunkte weniger sexuell *(sehr) zufrieden*, bei Männern mit diesen Erkrankungen sinkt die sexuelle Zufriedenheit um 8 Prozentpunkte (Abb. 11). Im Hinblick auf sexuelle *Unzufriedenheit* findet sich kaum ein Unterschied zwischen Frauen und Männern (rote Säulen). Was bei Frauen bei Auftreten von COPD und/oder Asthma bronchiale in größerem Ausmaß genannt wird als bei erkrankten Männern ist die Kategorie *weder zufrieden noch unzufrieden* – ihr Anteil ist bei Frauen um 14,6 Prozentpunkte höher, bei Männern um 4,1 Prozentpunkte (violette Säulen). Somit sinkt bei Frauen mit COPD und/oder Asthma bronchiale die sexuelle Zufriedenheit stärker als bei Männern. Die Angabe *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein, steigt hingegen stärker als bei Männern. Die sexuelle *Unzufriedenheit* steigt bei Auftreten von COPD und/oder Asthma bronchiale bei beiden Geschlechtern gleichermaßen (ATHIS, 2019).

**Abb. 11: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von COPD und/oder Asthma bronchiale, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



**Beeinträchtigungen der Atemfunktionen wie Asthma bronchiale oder die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung zeigen negative Einflüsse auf die Sexualität.**

Unter COPD-Patienten kommt erektile Dysfunktion häufig vor. Begründet wird das damit, dass Dyspnoe (Atemnot) auftreten kann und sich das negativ auf die sexuelle Aktivität auswirkt (Dias et al., 2017). Patient\*innen wahren zu Beginn der Erkrankung meist emotionale Distanz zu ihrer Krankheit, mit zunehmender Schwere der COPD verschlechtert sich jedoch die emotionale Belastung und in Folge dessen auch die Sexualität; die Partnerschaft kann sich in Richtung einer Abhängigkeit entwickeln (Borgmann et al., 2019). Mit dieser Problematik wenden sich Betroffene an das medizinische Fachpersonal. Asthma bronchiale führt ebenfalls zu einer schlechteren sexuellen Lebensqualität der Patient\*innen: Es wurde ein Zusammenhang zwischen sexuellen Problemen und einer schlechteren Asthmakontrolle beobachtet (Soto Campos et al., 2017). Holmes et al. führten im Jahr 2018 Interviews mit Betroffenen, um Einblicke in das Leben mit schwerem Asthma bronchiale und die Folgen auf die sexuelle Intimität zu erhalten. Dabei kristallisierten sich vier übergeordnete Themen heraus: (1) körperliche Intimität, einschließlich der Offenlegung körperlicher Einschränkungen von Asthma bronchiale auf die Intimität, (2) emotionale Intimität: die zyklischen Auswirkungen des negativen emotionalen Kampfes, mit schwerem Asthma bronchiale zu leben, auf Beziehungen; (3) die Rolle des medizinischen Fachpersonals: ein wahrgenommenes Versagen von Angehörigen der Gesundheitsberufe beim Umgang mit sexueller Intimität in Konsultationen und (4) Selbstbild: Schwierigkeiten in Bezug auf das negative Körperbild und die Verwirrung bei der Veränderung von Beziehungsrollen (Holmes et al., 2018). Frauen mit Asthma bronchiale geben eine verminderte Erregung und sexuelle Zufriedenheit an. Der Schweregrad hängt vom Alter zu Beginn der Erkrankung und deren Gesamtdauer ab (Khawar, 2017).

*Bei COPD und Asthma kann es zu Ängsten und Hemmungen kommen, die zu sexuellen Störungen führen können.*

**Dr. Kaynar erklärt im Interview:** „Bei COPD und Asthma kann es zu Ängsten und Hemmungen kommen, die zu sexuellen Störungen führen können.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** berichtet, dass es zu COPD wenige Studien gibt: „Ich habe mal einen Vortrag gehalten zu chronisch-obstruktiven Erkrankungen und Lungenerkrankungen, da gab es eine Studie mit Männerdaten, dass 75 % der Männer mit einer COPD Erektionsstörungen haben. Man sieht anhand der Studienlage oft, welche Pharmafirmen Interesse an Forschung zu bestimmten Themen hatten. Sie haben geschaut, welche sind die großen Patientenpools, denen wir später auch Medikamente verordnen können zum Beispiel gegen Erektionsstörungen. Darum gibt es manche Erkrankungen, die sind nicht so erforscht, manche schon. Und manche sind für Frauen noch gar nicht erforscht, das muss man auch sagen. Nach und nach gibt es ein paar nette Pionier\*innen, die schauen, dass sie Drittmittel kriegen, dass sie in dem Bereich forschen können, und man wirklich auch etwas herausfindet.“

## 4.3. Depression

Mit einer Prävalenz von 10,2 % in Wien (ATHIS, 2019) ist Depression eine häufig auftretende **psychische Erkrankung**. Depression zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und macht sich durch Traurigkeit, Interesselosigkeit, Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle, ein geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen bemerkbar (WHO<sup>8</sup>). Depression kann einmalig oder wiederholt in Episoden auftreten. Psychische Erkrankungen sind zudem nach wie vor mit vielen Vorurteilen behaftet. Diese werden von Betroffenen oft als sehr belastend empfunden.

Abbildung 12 vergleicht Personen, die unter Depression leiden, mit jenen, bei denen dies nicht der Fall ist. Wie ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, **geht der Anteil der sexuell (sehr) Zufriedenen bei Vorliegen einer Depression deutlich zurück**. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 59,4 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 34,7 Prozentpunkte niedriger und beträgt 24,7 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig sind bei den Erkrankten die Anteile jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* und jener, die *(sehr) unzufrieden* sind, um 22,6 bzw. 12,2 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den *(sehr) Zufriedenen* führt also überwiegend zu einem Anstieg in der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säulen, auf 49,6 %), er geht aber auch mit einem signifikanten Anstieg des Anteils *(sehr) Unzufriedener* einher (rote Säulen, auf 25,7 %).

**Abb. 12: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Depression, Anteile in %**

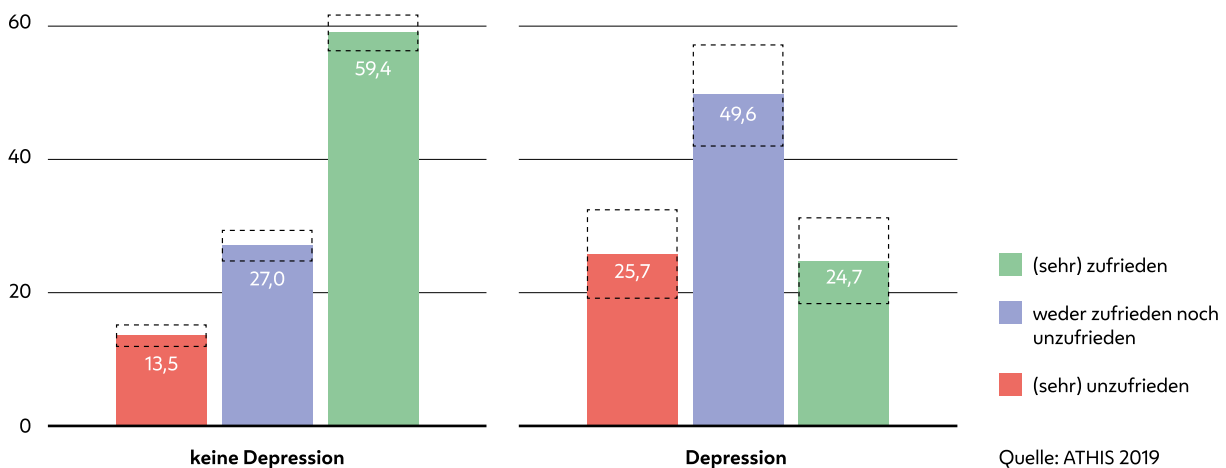
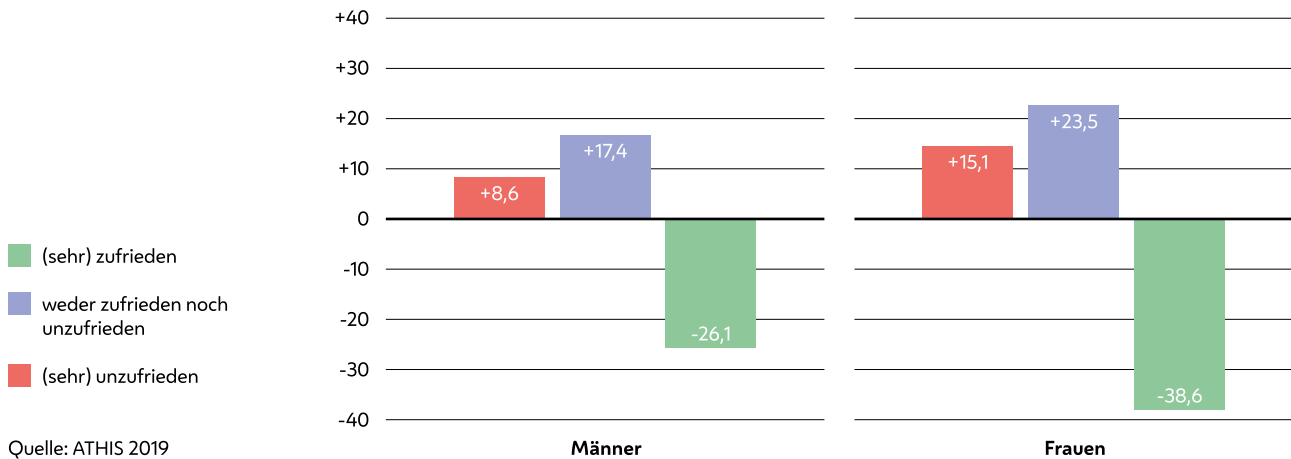


Abbildung 13 zeigt gesondert, wie stark sich die sexuelle Zufriedenheit mit dem Vorliegen einer Depression verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an der grünen Säule im rechten Teil des Diagramms zu erkennen, reduziert sich die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen stärker als bei Männern. Im Vergleich zu nicht erkrankten Frauen ist der Anteil sexuell *(sehr) Zufriedener* bei erkrankten Frauen um 38,6 Prozentpunkte niedriger. Bei Männern beträgt dieser Unterschied 26,1 Prozentpunkte. Damit geht bei beiden Geschlechtern ein Anstieg des Anteils jener einher, die mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* sind (violette Säulen). Der Anteil der explizit sexuell *(sehr) Unzufriedener* steigt ebenfalls bei beiden Geschlechtern, wenngleich in etwas geringerem Ausmaß (rote Säulen).

<sup>8</sup> Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

**Abb. 13: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen einer Depression, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



In der wissenschaftlichen Literatur zeigt sich eine hohe Prävalenz > sexueller Dysfunktionen bei Patient\*innen mit schwerer Depression. **Depressive Symptome haben einen negativen Einfluss auf das Sozialleben der Betroffenen, sexuelle Motive und Erfahrungen sowie die Selbstwahrnehmung bei der Sexualität. Personen, die unter einer Depression leiden, haben Schwierigkeiten intime Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten.** Viele berichten von weniger Interesse und Energie für Sexualität, einige geben auch an, Sex zu haben, um mit den depressiven Symptomen besser fertig zu werden (Barata, 2017; Burke et al., 2018; Piontek et al., 2019). Eine weitere Studie zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und niedriger berichteter Depressionsrate, ebenso wie mit wenig Nikotin- und Substanzmissbrauch, niedrigem > *Thrill-seeking*, großem Selbstbewusstsein, ausgeprägtem religiösen Glauben, besserer sozialer Integration und aktiver Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Hensel et al., 2016). Eine kanadische Studie hat den Zusammenhang zwischen sexuellen Problemen und der Kommunikation zwischen Betroffenen und Partner\*innen untersucht: Ein Großteil der Befragten (69,3 %) spricht mit der/m Partner\*in offen über sexuelle Probleme. Diese Personen berichten über weniger depressive Symptome, ein besseres Sexualleben und eine größere Zufriedenheit in der Beziehung.

**Frau Wagner, MSc** berichtet aus der psychologischen Tätigkeit in der Frauenberatung: „Menschen mit Depressionen sehe ich in meiner Arbeit in der Beratungsstelle häufig. Ich arbeite im Einzelsetting mit Frauen unterschiedlicher Altersgruppen, habe aber auch Jugendlichengruppen, wo ich über Sexualität spreche und auch in Frauenhäusern war ich schon öfter. Dort habe ich mit den Frauen über Sexualität gesprochen. Natürlich kommt eine depressive Erkrankung immer wieder vor, aber oft hängt da noch ganz viel dran und man kann es nicht allein auf die Depression festlegen. Es gibt Frauen, die haben eine diagnostizierte Depression und da funktioniert der Lebensbereich Sexualität gut, es gibt aber auch Frauen, wo das natürlich nicht gut funktioniert, **man muss sich immer den Einzelfall anschauen.**“

*Körper und Psyche hängen zusammen. Ich betreue viele chronisch körperlich erkrankte Frauen, wo die Frage im Raum steht, was war zuerst da: eine depressive Symptomatik oder eine körperliche Erkrankung, die dann eine Depression auslöst?*

Das Thema ist allgemein sehr schamhaftet. In der Regel kommen die Personen von selbst meistens sehr spät auf die Thematik zu sprechen, obwohl dann immer wieder im Gespräch deutlich wird, dass es in dem Bereich Schwierigkeiten gibt. Natürlich gibt es auch Personen, bei denen das Thema schnell aufkommt. Es ist einfach von Mensch zu Mensch verschieden. Aber grundsätzlich würde ich sagen, **es ist immer noch ein sehr schamhaftetes Thema und es kommt sehr spät als belastendes Thema seitens der Klientinnen zur Sprache.** Körper und Psyche hängen ja zusammen. Ich betreue viele chronisch körperlich erkrankte Frauen, wo die Frage im Raum steht, was war zuerst da: eine depressive Symptomatik oder eine körperliche Erkrankung, die dann eine

Depression auslöst? Da hängt alles miteinander zusammen. Ich habe das nicht systematisch untersucht, ich kann nur meine unsystematische Beobachtung erzählen. Es gibt eben nicht die eine Depression, es gibt viele Varianten. Es gibt das bekannte Bild einer Depression, dieses Antriebslose, Lustlose, dieses ‚Eigentlich mag ich nicht mehr.‘ oder ‚Ich kann nichts mehr genießen.‘ oder ‚Ich fühle mich leer.‘ und man kann sich nicht aufraffen. Natürlich kann das auch etwas mit der Sexualität machen. Ich frage immer, was Sexualität überhaupt bedeutet oder, wenn mir Frauen sagen, dass sie in der Partnerschaft keine Sexualität mehr erleben können, ist meine erste Frage, ob sie mit sich selbst Sexualität erleben können. Ich erlebe viele Frauen, die dann sagen: ‚Ach, das kann ich schon, Selbstbefriedigung funktioniert schon.‘ Und dann kläre ich auf: ‚Aber das ist ja auch Sexualität! **Sexualität muss nicht immer an einen Partner oder eine Partnerin geknüpft sein. Es ist ja auch möglich, durch die Selbstbefriedigung eine Form der Entspannung für sich zu finden.** Und da zu sagen: ‚Ja, das ist auch okay, wenn Sie sich selbst mal was Gutes tun.‘ Ich frage dann auch immer: ‚Wie ist es in der Partnerschaft? Gibt es da Berührungen? Gibt es Streicheleinheiten?‘ Und da kommt manchmal: ‚Ja, das schon, das tut auch gut.‘ Gemeinsam aufzudröseln: ‚Was ist für Sie Sexualität, was verstehen Sie darunter?‘ Herauszufinden, welche Art von Sexualität im Moment gelebt werden kann, vorausgesetzt natürlich, es wird sich selbst und anderen dabei kein Schaden zugefügt.

Ich erkläre auch gern den dynamischen Aspekt, **Sexualität ist nie gleichbleibend.** Es ist ein wesentlicher Teil von unserem Leben und verändert sich. In manchen Phasen ist es so und in anderen anders. Das ist nichts Schlechtes, es ist alles so, wie es halt ist, es muss nicht bewertet werden. Und da geht es auch viel um dieses Akzeptieren, jetzt habe ich diese Depression, das ist ein Teil von mir, aber es gibt ja viel anderes auch. Man ist ja keine wandelnde Depression, das ist ein Teil von einem. Und das auch zu akzeptieren und zu sagen: So ist es halt gerade, es geht gerade nicht anders. Und es wertfrei stehen zu lassen, kann schon sehr entlastend wirken. Und dann gemeinsam im Gespräch herauszufinden: Woher kommt der Druck? Kommt der von der Person selbst? Oder macht den die Partnerin oder der Partner? Je nachdem. Und das muss man aufdröseln und schauen, wo ist denn der Leidensdruck? Macht sich den die Frau selber? Was für sexuelle Phantasien hat sie? Ein bisschen Neugierde zu wecken. Und das gilt natürlich auch für Frauen mit körperlichen chronischen Erkrankungen, beispielsweise chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Da habe ich auch einmal eine Klientin gehabt, die häufig am Tag Durchfall hatte, natürlich macht das etwas mit dem eigenen Körpergefühl und der Sexualität. Und da geht es dann um die Frage: Was ist denn trotzdem noch möglich? Was kann man denn machen, um sich im eigenen Körper wohlfühlen?“

*Sexualität ist nie gleichbleibend.*

**Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger** betont im Interview, dass es entscheidend sei, die Ursache der Entstehung einer Depression zu bestimmen: „Personen mit der Diagnose Depression haben evidenzbasiert eine geringere sexuelle > Appetenz. Die Depression ist weltweit „weiblich“, zwei Drittel Frauen, ein Drittel Männer. Natürlich hängt das davon ab, wie wir messen. **Bei Männern zeigt sich die Depression anders, mehr in aggressiverem Verhalten. Bei den Frauen ist es oft gegen sich selbst gerichtet und geht stiller vonstatten.** Aber die Frau kann leichter darüber reden und wird leichter diagnostiziert. Antidepressiva wirken nicht stimulierend, sondern können auch Probleme machen. Doch eine Depression fällt ja nicht vom Himmel und ist kein Virus, sondern ein komplexer Mechanismus. Gewalterfahrungen korrelieren in hohem Ausmaß mit der Entstehung einer Depression im Laufe des Lebens. Wir müssen uns fragen: Woher kommt die Depression? Wenn ich eine Depression habe, bin ich ein unglücklicher Mensch und dann ist es schwierig mich der Sexualität hinzugeben und Spaß zu haben. Das wäre natürlich eine tolle Therapie, aber so einfach geht das nicht. Wir wissen aber schon, dass Sexualität haben zu können etwas ist, was gesund ist. Eine gute Sexualität ist zweifelsohne gesundheitsförderlich, vorausgesetzt man schützt sich natürlich.“

*Bei Männern zeigt sich die Depression anders, mehr in aggressiverem Verhalten. Bei den Frauen ist es oft gegen sich selbst gerichtet und geht stiller vonstatten. Aber die Frau kann leichter darüber reden und wird leichter diagnostiziert.*



*Stabile und sichere Beziehungen haben eine sehr hohe gesundheitsfördernde Wirkung, eine starke protektive Wirkung.*

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** beschreibt das Tabu einer depressiven Erkrankung und die Wichtigkeit Patient\*innen aktiv auf die Thematik anzusprechen: „Die Depression selber ist ja die Krankheit der ‚-losigkeit‘“, sagt man. Antriebslos, lustlos, appetitlos und die Lustlosigkeit ist natürlich auch schon ein Zeichen von der Depression, also es können natürlich ein Libidoverlust und sexuelle Funktionsstörungen allein durch die Depression sein, aber man weiß natürlich auch, dass die verschiedenen Medikamente das noch verstärken. Und es ist ja so, dass das mehr ein Problem der Frauen als der Männer ist. Männer sprechen, wenn es um Erektionsstörungen geht, das noch eher selber an. Frauen denken sich dann eher: ‚Na ja, das ist ja nicht so wichtig.‘ Oder: ‚Das liegt halt an etwas anderem.‘

Die Ärztin oder der Arzt ist in Österreich einfach die erste Ansprechperson und wenn sie oder er sagt: ‚Das ist ein wichtiges Thema. Das ist ein ganz normales Grundbedürfnis, das jede und jeder hat, das einfach zur Gesundheit dazugehört und deswegen sprechen wir darüber genauso, wie über alle anderen Themen,‘ dann erleichtere ich natürlich den Patient\*innen, offen darüber sprechen zu können. **Ich höre das manchmal von Ärzt\*innen: ‚Die Patient\*innen werden schon fragen.‘ Nein, die fragen nicht! Wir müssen Patient\*innen aktiv ansprechen.**

Wenn ich in einer schweren Depression bin, dann ist Sexualität nicht mein erstes Thema, aber wenn das Medikament bzw. wenn die Therapie greift, wenn es einem dann langsam bessergeht, dann wird das schon wieder ein Thema. Und man muss sich auch bewusst sein, wenn wir von Sexualität sprechen, sprechen wir jetzt nicht nur von den Patient\*innen, sondern wir haben auch Verantwortung für die Partner\*innen, weil die sind ja mit betroffen. Stabile und sichere Beziehungen haben eine sehr hohe gesundheitsfördernde Wirkung, eine starke protektive Wirkung. **Über alle epidemiologischen Studien hinweg ist eine Störung im Sozialverhalten, also wenn ich keine stabilen Beziehungen habe, wenn ich sozial nicht eingebettet bin, gesundheitsschädlicher als Rauchen.** Und da gehört die Sexualität natürlich mit dazu. Wenn jetzt eine Partnerin oder ein Partner eine Depression hat und Sexualität gerade nicht möglich ist, dann betrifft das natürlich auch die Beziehung und dann wäre das ganz wichtig, dass man das aktiv anspricht und mit den Patient\*innen nicht nur darüber spricht, egal ob sie jetzt eine Erektionsstörung oder einen Libidoverlust haben, sondern dass man auch fragt: ‚Wie geht das denn mit der Partnerin oder dem Partner? Können Sie mit ihr oder ihm darüber sprechen?‘ Sexualität betrifft ja meistens zwei Personen.“

**Mag. Bissuti** erzählt von seinen Erfahrungen in der Männerberatung und den Sorgen der an Depression erkrankten Männer in Bezug auf die Sexualität: „Es ist natürlich klar, dass sich eine depressive Erkrankung ganz massiv auf die Libido niederschlägt. Also man ist natürlich lustlos, es macht einem nichts mehr Spaß und gerade wenn man dann an Sexualität denkt – es betrifft Männer, die in Partnerschaft sind und Männer, die nicht in Partnerschaft sind – kann das natürlich von außen her Druck machen. Aber auch von sich selber her kann das Druck machen, dass man sagt: ‚Na ja, nicht einmal auf Sex habe ich mehr Lust. Früher hätte ich vielleicht das und das gemacht, aber nicht einmal das freut mich mehr. Ist denn das Leben überhaupt noch lebenswert?‘ Dieser Verlust von Libido und Sexualität zieht einen runter und ist zugleich auch ein Symptom. Es gibt aber auch Männer, die in der Depression sexsüchtige Mechanismen entwickeln, weil das ein Kick ist, der sie kurz einmal rausholt. Die mit Pornografie oder mit der Partnerin oder dem Partner Sex haben oder auch mit verschiedenen Partner\*innen, weil das dann so diesen Kick hat, da ist man dann kurz in einem Hoch. Früher war es so, dass antidepressive Medikamente die sexuelle Lust gedämpft haben, auch die Reaktionsfähigkeit. Die Männer haben berichtet, dass sie wieder mehr Lust hätten und dann funktioniert es körperlich nicht mehr so gut. Das ist natürlich sehr individuell. Auf jeden Fall sollten sie mit Psychiater\*innen besprechen, welche Präparate es aktuell gibt.“



Das Thema Depression ist natürlich für die Partnerschaft grundlegend sehr belastend. Sehr häufig machen sich depressive Menschen Vorwürfe, warum sie die einfachsten Dinge nicht mehr hinkriegen, weil sie keinen Antrieb mehr haben, weil sie in so einer schlechten psychischen Verfassung sind. Sie versuchen dann oft dem Umfeld zuliebe Dinge zu tun, scheitern an dem. Das sind negative Erfahrungen, die einen nochmal runterziehen. Wenn das im Bereich der Sexualität stattfindet, können das sehr stark negative Erlebnisse sein. Wenn man sich bemüht und dann funktioniert das nicht, das wirkt sich natürlich wieder auf die Partnerschaft aus, weil die Partnerin oder der Partner vielleicht sauer reagiert oder man hat Angst, dass sie oder er einen verlässt. Oder es ist das Maß an Verständnis, das sie oder er entgegenbringt auch mal erschöpft, weil es natürlich schwierig ist, mit einer depressiven Person zusammenzuleben. Da ist es immer ratsam, dass man die Dinge gemeinsam bespricht. Dass man bei einer Depression das Thema Sexualität auch in einem Paargespräch anspricht. Es gibt natürlich Paare, die miteinander glücklich sind und ganz wenig Sex haben, das muss man auch erwähnen. Es wird so getan, als müsste man ständig Lust haben. Es gibt viele Paare, da steht Sex überhaupt nicht im Mittelpunkt und die sind sehr glücklich miteinander.“

*Es gibt viele Paare, da steht Sex überhaupt nicht im Mittelpunkt und die sind sehr glücklich miteinander.*

**Das Zusammenspiel zwischen psychischen Erkrankungen und sexueller Gesundheit ist sehr komplex, da nicht nur die Erkrankung selbst einen Einfluss auf die Sexualität haben kann, sondern auch die Behandlung dieser Erkrankung.** Probleme bei der Medikamenteneinnahme bzw. Nebenwirkungen der Medikamente werden häufig berichtet. Antidepressiva haben einen Einfluss auf Neurotransmitter wie Serotonin oder Noradrenalin und können Orgasmusstörungen (bis hin zu *Anorgasmie*, also der Unfähigkeit zum Höhepunkt kommen zu können) auslösen. Auch Libido- und Erektionsstörungen können vorkommen. Eine bekannte Nebenwirkung von > SSRI sind > Ejakulationsverzögerungen, deshalb werden diese Medikamente therapeutisch zur Behandlung von vorzeitigem Samenerguss eingesetzt (Kochen, 2017). *Benzodiazepine* (Beruhigungsmittel) können hingegen sexuelle Träume auslösen. Zudem berichten bis zu 50 % der damit behandelten Patient\*innen über Libidostörungen oder Orgasmusverzögerungen (Kochen, 2017). Personen, die auf Depression behandelt werden, berichten eine größere sexuelle Unzufriedenheit (Field et al., 2015). *Antidepressiva* können sexuelle Probleme verschlimmern, wobei bestimmte Wirkstoffklassen besser vertragen werden als andere (Bonierbale et al., 2003). Noch komplexer ist diese Problematik, weil durch Antidepressiva hervorgerufene sexuelle Dysfunktionen in manchen Fällen trotz Absetzens der Medikamente bestehen bleiben (Reisman, 2017).

Studien untersuchten die Wirksamkeit einzelner Psychopharmaka, deren Wirkung auf die Sexualität und deren Verträglichkeit. Dabei zeigt z.B. eine Untersuchung, dass die Häufigkeit von sexuellen Dysfunktionen bei depressiven Patient\*innen bei 6,9 % im Vergleich zu 0,8 % bei nicht depressiven Personen liegt, und im Laufe der Behandlung nach ca. 8 Wochen schrittweise sinkt. Das Antidepressivum *Amitriptyline* zeigt bei Männern einen Einfluss auf Erregbarkeit und Libido, nicht auf die Orgasmuszähigkeit und Ejakulation; bei Frauen auf die Libido. Sexuelle Störungen durch *Amitriptyline* zeigen sich vor allem bei depressiven Männern und haben Einfluss auf jede Phase der Sexualität, bei Frauen lediglich auf die Libido, beides bessert sich im Laufe der Behandlung, jedoch steigt die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen und Übelkeit als Nebenwirkung. Im Vergleich zu anderen SSRI (wie *Escitalopram*), zeigt *Bupropion* weniger sexuelle Probleme als Nebenwirkung (Patel et al., 2016).

Insbesondere Antidepressiva der Wirkstoffklasse SSRI und >SNRI können den sexuellen Erregungsablauf an verschiedenen Stellen behindern, vom sexuellen Verlangen bis zum Orgasmus (Grunze et al., 2017). In solchen Fällen kann der Wechsel zu Medikamenten einer anderen Wirkstoffklasse, die seltener mit sexueller Dysfunktion assoziiert sind, wie TZA, Bupropion, Mirtazapin, Agomelatin, Duloxetin, Tianeptin, Vortioxetin oder Moclobemid empfehlenswert sein (Grunze et al., 2017). Umstellungen einer längerfristigen Medikation sollten dabei stets zusammen mit dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen Ärztin erfolgen.

Dass eine Depression nicht immer als Primärdiagnose gestellt wird, legt DGKP<sup>in</sup> **Signer** im Interview nahe: „Bei vielen chronischen Erkrankungen ist Depression eine Begleiterkrankung bzw. Folge. Das birgt ein Problemfeld, denn wenn die Depression endlich als solche erkannt und behandelt wird, haben viele Antidepressiva leider kontraseksuelle Nebenwirkungen, die die Sexualität eher stören. Es gibt aber einige Antidepressiva, welche weniger störenden Einfluss auf die Sexualfunktion haben. **Da lohnt es sich, die Betroffenen zu ermutigen, mit Neurolog\*innen oder Psychiater\*innen dieses Thema zu diskutieren und zu fragen: ‚Gibt es ein Medikament, das sich nicht zu stark auf meine Sexualfunktion auswirkt?‘** Denn das würde die Spirale weiter nach unten drehen, wenn schon chronische Erkrankung mit wenig Lust besteht oder ein Schwächegefühl und wenn dies durch das Medikament noch verstärkt würde.“

*Wir wissen, dass die Depression auf einer Seite eine Sexualfunktionsstörung verschlechtert, andererseits auch wieder die Sexualfunktionsstörung eine Depression auslösen kann und damit einen Teufelskreis verursacht.*

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** unterstreicht diese Problematik: „Die Depression kommt ja grundsätzlich nicht nur bei den psychisch Kranken als eigenständige Erkrankung vor, ein Großteil der chronischen Erkrankungen hat im Rahmen der Grunderkrankung noch zusätzlich eine Depression, das heißt, das Ganze spielt auch wieder zusammen. Und wir wissen, dass die Depression auf einer Seite eine Sexualfunktionsstörung verschlechtert, andererseits auch wieder die Sexualfunktionsstörung eine Depression auslösen kann und damit einen Teufelskreis verursacht.“

Und was das Problem ist, bei den Antidepressiva, die können selber eine Sexualfunktionsstörung auslösen und damit die Depression quasi verstärken. Das sind eben gerade **Frauen, die vor der Menopause stehen oder vielleicht auch beruflichen Stress haben, aber oft keine klinisch diagnostizierte Depression, die erhalten trotzdem Antidepressiva und die Sexualfunktionsstörung wird dadurch verschlechtert.** Es werden Antidepressiva zum Beispiel bei Männern bei einer vorzeitigen Ejakulation gegeben, also bei vorzeitigem Samenerguss, gibt man kurz wirksame SSRI, also genau diese Medikamente, die bei uns am häufigsten verschrieben werden, um quasi die Zeit bis zur Penetration zu verlängern. Im Gegenzug dazu gibt man Frauen, die eine leichte depressive Verstimmung oder was auch immer haben, das gleiche Medikament, das kann unter Umständen eine komplette Sexualfunktionsstörung mit Orgasmus-Unfähigkeit auslösen. Da muss man immer Risiko und Nutzen abwägen, aber beim leichten Verlauf jedenfalls Medikamente geben, die die Sexualität zumindest nicht hemmen.“

Vor der Gabe antidepressiver Medikamente ist für **Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** eine richtige Diagnosestellung wichtig: „In Österreich bekommen über 30 % der über-45-jährigen Frauen ohne psychologische oder psychiatrische Diagnostik Antidepressiva verschrieben, die dann wieder eine Sexualfunktionsstörung auslösen können. **Wenn Ärzt\*innen Antidepressiva verschreiben, sollten sie zumindest ein kurzes Depressions-Screening machen.** Es gibt ja valide Fragebögen, es gibt welche, die haben 100 Fragen, aber es gibt auch kurze, wo du sechs oder sieben Fragen hast und anhand dieser kannst du eine Depression relativ leicht diagnostizieren. Das sind zwar keine Fachärzt\*innen für Psychiatrie, aber es kann ja auch nicht sein, dass niedergelassene Ärzt\*innen was verschreiben, ohne zumindest einen kurzen Fragebogen. Dass man zumindest einen kurzen validen Fragebogen, der in den Fachgesellschaften anerkannt ist, ausfüllen lässt und auswertet, wäre der einfachste Weg. Das wäre mir ein Anliegen. Ich habe einmal eine Patientin gehabt, die 25 Jahre alt war und seit dem 18. Lebensjahr Antidepressiva nimmt, weil ihr Freund sie mit 18 verlassen hat. Sie hat dann quasi ihre gesamte Sexualität seit Jahren nicht ausleben können. Ich glaube, das wäre schon wichtig, dass man vor der Verschreibung von Medikamenten wirklich eine Diagnose erstellt, bis zu 70 % haben eine Verschlechterung ihrer Sexualität durch die Depression.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** spricht vom Einbeziehen des Themas Sexualität bei der Anamnese und Diagnosestellung und warnt vor zu schneller Medikamentenverschreibung: „Wenn die Ärztin oder der Arzt immer das Thema Sexualität als Teil des Berufs hätte, würde sie oder er z.B. bei Depression automatisch nach der Sexualität fragen, weil das oft das erste Symptom ist. Wenn das System Richtung Depression geht, ist es für das System irrelevant Sexualität zu haben. Da werden andere Botenstoffe ausgesendet, die eher schauen, wie man überlebt, den Alltag managt und da ist Sex einfach nicht wichtig. Und es wäre toll, wenn wir Ärzt\*innen danach fragen würden, automatisch als Link zur sexuellen Gesundheit. Und nicht vergessen, dass Ärzt\*innen dazu neigen, wenn Frauen Richtung Menopause gehen, dass sie ihnen viel eher Antidepressiva verordnen als Männern. Das heißt, da sind wir Frauen doppelt gefährdet. Durch die Antidepressiva und weil post-menopausal ja auch Depression ansteigt, auch weil die Steroidhormone abfallen und damit auch sexualfreundliche Botenstoffe abfallen, deren Bildung vom Vorhandensein der Steroidhormone abhängt. Das heißt, die Frau ist einfach doppelt gefährdet und wenn die Ärzt\*innen nicht daran denken, dann ist das für Frauen eine Katastrophe. Für mich ist es vor allem so unnötig, dass Frauen dann noch einmal durch uns Ärzt\*innen gefährdet werden. **Viele Symptome, weswegen man einer Frau im Wechsel ein Antidepressivum gibt, sind Symptome, die eigentlich, wenn es keine Kontraindikation ist, mit Hormonen noch behandelt werden könnten.** Die natürlich gut wären für diese Botenstoffe. Dadurch sind unsere Frauen viel mehr gefährdet, wenn sie ein Antidepressivum kriegen, anstatt dass man sich fragt: Was ist denn los? Braucht die ein Antidepressivum?“

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** weist auch darauf hin, dass Aufklärung und Information während der Verschreibung von Medikamenten wichtig ist: „Ich habe gerade letzte Woche mit einer Patientin in der Praxis gesprochen, die eine Depression hat. Sie hat Antidepressiva verschrieben bekommen und gesagt, sie setzt das jetzt ab, weil sie einen kompletten Libidoverlust hat und es funktioniert nicht für sie. Und sie wurde nicht von ihrem Psychiater informiert, dass das der Fall sein kann. Das ist natürlich für Patient\*innen total schwierig, weil man dann in der Situation denkt: ‚Okay, was ist jetzt mit mir los?‘ Wenn ich es vorher weiß, kann ich natürlich auch ganz anders damit umgehen oder ich kann auch ein Medikament wechseln. Aber ich glaube, es ist einfach ein ganz großes Tabuthema. Laut Weltgesundheitsorganisation gehört sexuelle Gesundheit zur allgemeinen Lebensqualität dazu, es wird also von der WHO tatsächlich so definiert, dass jede und jeder ein Recht auf sexuelle Gesundheit hat. Das Problem ist aber, dass das in der alltäglichen medizinischen Praxis eine untergeordnete Rolle spielt.“

**Dr. Kaynar** empfiehlt Betroffenen, sich nicht von möglichen Nebenwirkungen der Medikamente verunsichern zu lassen, wenn eine Behandlung notwendig ist, sondern individuell zu entscheiden und sich Zeit zu nehmen, einen passenden Wirkstoff zu finden: „Eine große und wichtige Gruppe chronischer Erkrankungen sind die psychischen und psychiatrischen Erkrankungen wie Depression, Angststörungen, Aggressionen, Schlafstörungen, Schizophrenie. An und für sich sind diese Erkrankungen schon eine mögliche Ursache für sexuelle Störungen. Die medikamentöse Therapie dabei kann zusätzlich diese Störungen intensivieren, also Erektionsstörungen, Lustlosigkeit bei Frauen und Männern. Das ist natürlich ein Teufelskreis, denn die Medikamente bei diesen Erkrankungen können sexuelle Probleme auslösen und diese können wieder die Krankheitssymptome verstärken. Das zu besprechen ist eine große Herausforderung.“

Wir Mediziner\*innen müssen die Leute fragen: ‚Wie geht es Ihnen mit der Sexualität?‘ Nicht wenige lesen die Beipackzettel und sind dadurch natürlich zusätzlich verunsichert. Auf der einen Seite sollen die gelesen werden, auf der anderen Seite sind Patient\*innen verunsichert, wenn sie die möglichen Nebenwirkungen lesen und darunter auch sexuelle Störungen finden, dann setzen sie die Medikamente sehr leichtsinnig ab. Bei Antidepressiva zum Beispiel höre ich immer wieder, dass die Leute, besonders

*Wir Mediziner\*innen müssen die Leute fragen: Wie geht es Ihnen mit der Sexualität?*

Männer, fragen, ob die sexuellen Probleme von den Medikamenten kommen können. Es liegt auch nicht nur an den einzelnen Medikamentengruppen. Viele Leute müssen mehrere Medikamente nehmen, die Interaktionen und Wechselwirkungen der Medikamente müssen wir auch in Betracht ziehen. Es gibt individuell verschiedene Reaktionen. Diese Individualität müssen wir bedenken, auch wenn etwas nicht im Beipacktext enthalten, sondern eine selten auftretende Störung ist. Wenn die Nebenwirkungen nicht so gravierend sind, auch die Sexualität betreffend, rate ich immer zu ein bisschen Geduld. Sich gedulden, abwarten, beobachten und wenn es nicht besser wird, kann und soll man natürlich die medikamentöse Therapie überdenken und adaptieren. Es gibt andere Medikamentengruppen, die ähnlich positive Wirkungen, aber weniger Nebenwirkungen haben. Man muss ausprobieren – klingt nicht sehr gut, müssen wir aber manchmal machen.“

**Dr. in Reiter** erklärt im Interview, dass es bei Auftreten von Nebenwirkungen bei Psychopharmaka Alternativen gibt: „Bei Psychopharmaka nehmenden Personen ist es schon so, dass die Aufklärung über Psychiater\*innen sehr gut funktioniert. Es gibt auch oft die Möglichkeit, zusätzlich ein Medikament zu geben, damit die sexuelle Lust erhalten bleibt, aber bei erektiler Dysfunktion bei Männern, da ist es wieder schwierig, weil jeder anders reagiert und es gibt bei all diesen Problemstellungen keine Lösung für alle. Was ich mache ist, dass ich den Leuten Adressen gebe, wo sie sich auch von Kolleg\*innen beraten lassen können, die die Ausbildung gemacht haben (Sexualtherapie). Oder wenn es um gynäkologische oder urologische Probleme geht, dass man zu Fachärzt\*innen überweist.“

*Nebenwirkungen von Medikamenten, das sind sehr spezialisierte Themen, die sehr viel Zeit und Dialog mit den Patient\*innen erfordern und das ist in einer normalen Sprechstunde einfach nicht gewährleistet.*

Auch **Dr. Pichlhöfer** verweist als Allgemeinmediziner auf die Zusammenarbeit mit Fachärzt\*innen: „Nebenwirkungen von Medikamenten, das sind sehr spezialisierte Themen, die sehr viel Zeit und Dialog mit den Patient\*innen erfordern und das ist in einer normalen Sprechstunde einfach nicht gewährleistet. Das heißt: Diese Patient\*innen überweise ich. Bei den leichten Depressionen, da bin ich dann eher der, der die Medikation absetzt als der, der sie initiiert. Wenn sexuelle Probleme im Zusammenhang mit Medikation auftreten, dann versuche ich die Patient\*innen immer zurückzuverweisen auf das Ursprüngliche. Also auf die Person, die die Therapie initiiert hat. Es hat immer einen Grund gegeben. Wenn es niemanden gibt, dann nehme ich das gern in die Hand, aber ich habe das Gefühl, wenn die Leute sowieso regelmäßig zu einer Fachärztin oder einem Facharzt gehen, muss ich diese Therapie nicht angreifen. Außer es ist Gefahr in Verzug, aber sonst verweise ich sie in diesen Fragen zurück, um das mit den ursprünglichen Verschreiber\*innen zu besprechen.“

**Dr. in Lamel** ist es wichtig, das Thema differenziert zu betrachten: „Bei der Depression gibt es oft Nebenwirkungen von Antidepressiva, wo die Patientin oder der Patient schon genau weiß: Das hat einen Einfluss auf die Sexualität oder die Potenz, weil das mehr oder weniger in den Nebenwirkungen ja schon angeführt ist. Wir haben aber auch oft voreingestellte Patient\*innen, die schon mit einer riesigen Anzahl von voreingestellten Medikamenten zu uns ins Primärversorgungszentrum kommen, Antidepressiva, wo sexuelle Nebenwirkungen eigentlich von den verordnenden Ärzt\*innen überhaupt nicht angesprochen wurden. Also die Patientin oder der Patient weiß das manchmal gar nicht, dass es das geben kann.

Zu mir kommen viele depressive Personen, die dann eben oft auch mal eingestellt werden müssen auf ein Präparat und da muss man sich schon auch als Ärztin oder Arzt und als Allgemeinmediziner\*in vorinformieren: Wann darf ich das geben? Was ist auch wichtig im Leben eines jungen Menschen? Nicht nur, dass sie oder er nicht depressiv ist, sondern, dass halt alles andere auch gut funktioniert. Und es kommt dann schon häufiger vor, dass die Leute, wenn sie öfter bei einem sind und wenn sie dann mehr

Vertrauen geschöpft haben zu einer Ärztin oder einem Arzt, dass das halt auch mehr zur Sprache kommt, dass die Leute dann offener sind. Aber **proaktiv muss ich sagen, wird das ganze Thema in der hausärztlichen Praxis viel zu wenig angesprochen.** Dass man einfach selbst sagt: ‚Wie geht es denn eigentlich auf diesem Gebiet?‘ Weil die meisten Patient\*innen kommen mit irgendeiner akuten Belastung, mit einer akuten Depression. Dann ist das nicht vorrangig und man fängt nicht an: ‚Und? Wie geht es eigentlich mit der Sexualität?‘ Das würde oft nicht passen. Aber sonst würde ich das einfach offen ansprechen, wenn ich der Patientin oder dem Patienten das Medikament verschreibe, und sagen: ‚Es könnte das und das passieren. Bitte kommen Sie nach 2 – 3 Wochen, spätestens 4 Wochen wieder und wir reden darüber, wie es Ihnen geht.‘ Aber das macht man generell mit jedem neuen Medikament. Dass man die Patient\*innen aufklärt über Risiken und Nebenwirkungen. Und dann sollen die Patient\*innen nach einiger Zeit wiederkommen zur engmaschigen Kontrolle und man bespricht diese Themen.“

## 4.4. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist eine **chronische Stoffwechselstörung**, bei der Betroffene einen chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel aufweisen, und die lebenslang medizinische Betreuung erfordert. In Wien liegt die Prävalenz bei 6,6 % (ATHIS, 2019). Über 90 % aller Diabetes-Erkrankten sind von Typ-2-Diabetes betroffen, die Erkrankung hat zum Teil genetische Ursachen und entsteht häufig als Begleiterscheinung von Übergewicht und Adipositas. Der deutlich seltenere Typ-1-Diabetes tritt meist schon in der Kindheit oder im Jugendalter auf und entwickelt sich als Folge einer Autoimmunreaktion (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022<sup>9</sup>).

Abbildung 14 vergleicht Personen, die unter Diabetes mellitus leiden, mit jenen, die nicht daran leiden. Ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, dass der Anteil der sexuell (*sehr*) Zufriedenen mit dem Vorliegen von Diabetes mellitus signifikant zurückgeht. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 56,6 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 11,2 Prozentpunkte niedriger und beträgt 45,4 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig ist bei den Erkrankten der Anteil jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* sind um 11,3 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Anteil der (*sehr*) Unzufriedenen unterscheidet sich dagegen nicht zwischen Erkrankten und Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den Zufriedenen wird also ausschließlich durch einen Anstieg in der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule, auf 39,9 %) kompensiert. Der Anteil (*sehr*) Unzufriedener bleibt davon unbeeinflusst (rote Säulen).

**Abb. 14: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Diabetes mellitus, Anteile in %**

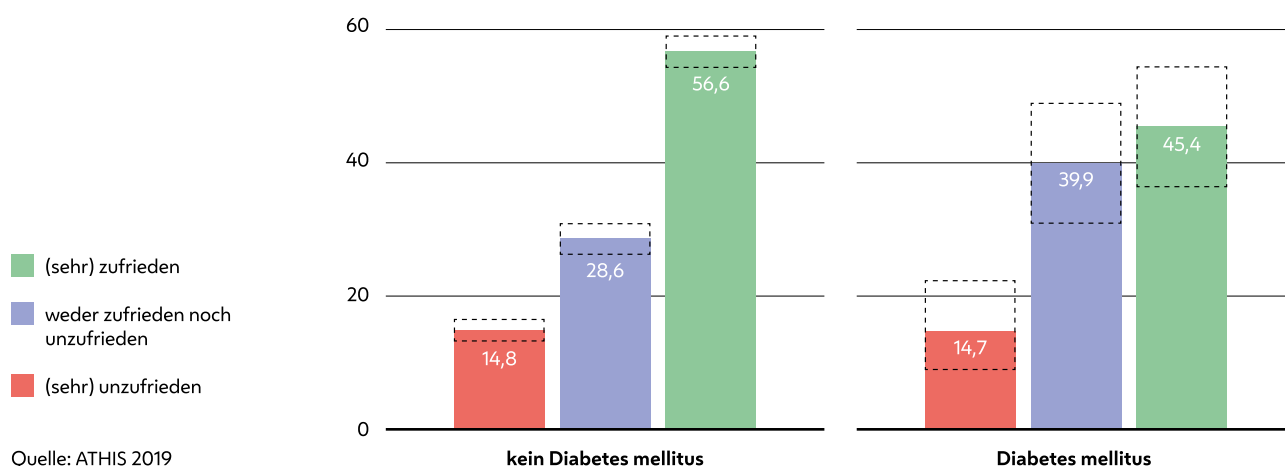
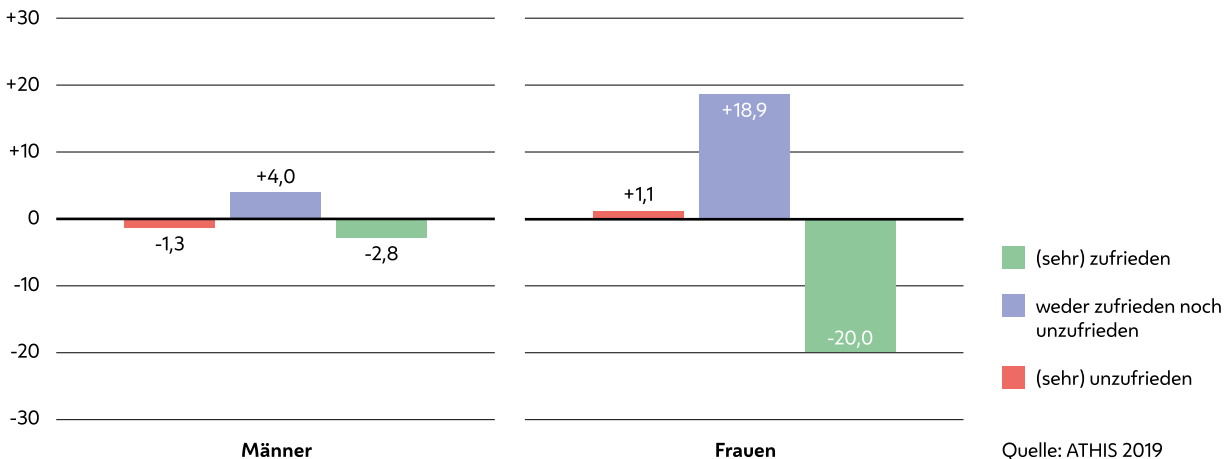


Abbildung 15 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit** bei Vorliegen von Diabetes mellitus verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an der grünen Säule im rechten Teil des Diagramms zu erkennen, reduziert sich die sexuelle Zufriedenheit bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Im Vergleich zu nicht erkrankten Frauen ist der Anteil sexuell (*sehr*) Zufriedener bei erkrankten Frauen um 20 Prozentpunkte niedriger, während dieser Unterschied bei Männern nur 2,8 Prozentpunkte beträgt. Damit geht bei beiden Geschlechtern ein Anstieg des Anteils jener einher, die mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* sind. Bei Frauen ist dieser Anstieg deutlich größer als bei Männern (violette Säulen). Der Anteil sexuell (*sehr*) Unzufriedener verändert sich bei beiden Geschlechtern nur marginal. **Der Rückgang der sexuellen Zufriedenheit bei Diabetes mellitus betrifft in Wien also fast ausschließlich Frauen.**

<sup>9</sup> Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/stoffwechsel/diabetes/was-ist-das>

**Abb. 15: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Diabetes mellitus, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



**Die Studienlage zu den Zusammenhängen zwischen Diabetes mellitus und Sexualität deutet darauf hin, dass Personen mit Diabetes mellitus eine geringere Lebenszufriedenheit und weniger Zufriedenheit mit ihrer Sexualität aufweisen (Kalka, 2017). Bis zu 80 % der männlichen und 50 % der weiblichen Diabetiker\*innen leiden an Sexualfunktionsstörungen, die bei Frauen mit Depression und bei Männern mit organischen Problemen korrelieren (Bayerle-Eder, 2015). Dabei können bis zu 80 % der sexuellen Probleme durch detaillierte Medikamentenanamnese, antidiabetische Therapie, Blutdruck- und Stoffwechselein- stellung sowie Lifestylemodifikation gelöst bzw. verbessert werden.**

Sexuelle Dysfunktionen sind demnach sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit Typ-2-Diabetes weit verbreitet und mit höherem Alter, der Begleitdiagnose einer klinischen Depression und diabetesbedingten Komplikationen verbunden (Rutte et al., 2015). Konkret tritt bei Männern vor allem die erektile Dysfunktion als eines der ersten Probleme auf, kann aber mit spezifischen Inhibitoren (Hemmstoffen) behandelt werden. Männer erleben zudem häufig Probleme mit der Ejakulation und Libido, was am oftmals beobachteten Absinken der Testosteronwerte bei Diabetes mellitus liegen kann. Bei Frauen zeigen sich Verringerung der Libido, niedrigere Erregbarkeit und dadurch schmerzhafter Geschlechtsverkehr und Verlust der Orgasmusfähigkeit. Als entscheidende Faktoren für sexuelle Funktionsstörungen bei Diabetes mellitus nennen beide Geschlechter vor allem > Hypo- und Hyperglykämie während des Geschlechtsverkehrs, die Benutzung einer Insulinpumpe und den individuellen und interpersonellen Einfluss der Erkrankung auf das Leben. Ebenso sagen Frauen wie Männer, dass ein/e romantische/r Partner\*in Gesundheit und Wohlbefinden fördern würde (Santos et al., 2019). Bei durch Diabetes mellitus verursachten sexuellen Problemen erscheint eine Zusammenarbeit von Urolog\*innen, Gynäkolog\*innen, > Endokrinolog\*innen und Psychia- ter\*innen daher wünschenswert und sinnvoll.

Sexuelle Probleme können sich zudem durch eine strenge > glykämische Kontrolle ver- zögern bzw. verringern (Kizilay et al., 2016). Patient\*innen fühlen sich in diesem Themen- bereich zu wenig informiert, wie eine Befragung von 40- bis 75-jährigen Betroffenen mit Typ-2-Diabetes zeigte. Eine genannte Barriere im Gespräch mit der/m Ärztin/Arzt war Scham. Eine Möglichkeit diese Informationslücken zu schließen wäre, das Thema Sexuali- tät als fixen Bestandteil in die Versorgung von Diabetiker\*innen zu integrieren (Rutte et al., 2015). Hier sollten neben Mediziner\*innen auch andere Berufsgruppen integriert werden. Krankenpfleger\*innen und Diätolog\*innen haben innerhalb des Gesundheitswesens den meisten Kontakt mit Diabetespatient\*innen. Deren Wissen zum Thema Sexualität bei Dia- betes mellitus sollte zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient\*innen eingesetzt werden (Pereira et al., 2015).



**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** weist auf das häufige Vorkommen von sexuellen Störungen bei Diabetes mellitus hin: „Es gibt ca. 600.000 Diabetiker\*innen in Österreich. Bei Männern haben 80 % der Diabetiker, bei Frauen über 50 % der Diabetikerinnen Sexualfunktionsstörungen. Diese treten oft erst auf, wenn der Diabetes bereits einige Zeit andauert hat. Das ist bei den Männern vor allem die erektile Dysfunktion, also der Verlust der Erektionsfähigkeit.“

Die Gesundheits und Krankenpflegerinnen **DGKP<sup>in</sup> Lobersiner** und **DGKP<sup>in</sup> Barta** erzählen von großem Interesse der Betroffenen am Thema Sexualität bei Diabetes mellitus in der Klinik Landstraße. Sie würden das an Broschüren im Haus merken, denn jene mit dem Titel *Diabetes mellitus und Sexualität* seien immer schnell vergriffen. Auch am jährlich stattfindenden *Tag für Diabetes* im Rathaus seien die Fachvorträge zu diesem Thema stets sehr gut besucht. Man merke aber auch, dass Sexualität nach wie vor tabuisiert ist, denn Patient\*innen würden im Gruppensetting kaum aktiv nachfragen. Die beiden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sehen in der Beratungssituation eine große Chance, Betroffenen bei der Frage zu helfen: Wo kann ich mit diesem Thema hin?

Die Interviewpartnerinnen berichten, dass vielen Patient\*innen mit Diabetes mellitus die Zusammenhänge zwischen schlecht eingestellten bzw. zu hohen Blutzuckerwerten und sexuellen Problemen nicht klar seien und sie erleichtert wären, darüber aufgeklärt zu werden. **DGKP<sup>in</sup> Barta** berichtet, dass es vor allem für männliche Betroffene mit Diabetes mellitus erleichternd ist, zu merken, dass Lebensstiländerungen einen positiven Einfluss auf die sexuelle Gesundheit haben – mit diesem Hintergrundwissen werden Empfehlungen einer gesundheitsförderlichen Lebensweise vermehrt umgesetzt. Betroffene machen die Erfahrung, dass Änderungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten einen positiven Einfluss auf die Sexualität haben können und sexuelle Probleme kein bleibender Zustand sein müssen.

*Betroffene machen die Erfahrung, dass Änderungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten einen positiven Einfluss auf die Sexualität haben können und sexuelle Probleme kein bleibender Zustand sein müssen.*

**Dr. Kaynar** erzählt von dem Risiko, dass Patient\*innen die Medikation zur Behandlung von Diabetes mellitus absetzen, weil sie vermuten, diese würde sexuelle Probleme hervorrufen: „Bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus gibt es als Spätfolge Durchblutungsstörungen in allen Gefäßen, auch im Genitalbereich. Da kann es unter anderem zu einer erektilen Dysfunktion kommen. Manche Patient\*innen glauben, es liegt an der medikamentösen Therapie und am Insulin. Es kommt sehr oft zu Missverständnissen und eigenmächtigen medikamentösen Abbrüchen und in Folge zu Komplikationen.“

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** erzählt von den Schwierigkeiten der Betroffenen die Thematik anzusprechen sowie von der Resignation älterer Patient\*innen und der falschen Annahme, man könne an der Situation nichts mehr ändern: „Der Diabetiker kommt mir als erstes in den Sinn, dessen Zuckerwerte mehr oder weniger schlecht eingestellt sind und der möglicherweise an einer sexuellen Störung leidet. Wobei das für den Patienten möglicherweise ein Tabuthema ist. Wir betreuen mit dem Diabetes-Aktiv-Programm Diabetiker\*innen in Schulungen, in denen nicht nur Fragen der Ernährung geklärt werden, sondern auch Psyche und Sexualität ein Thema sind. Da kommt erst einmal betroffene Stille, keiner traut sich zu dem Thema zu sprechen. Dann kommt von vielen Patient\*innen der älteren Generation gleich: ‚Na ja, das ist eh kein Thema mehr bei uns und das ist in Ordnung, weil da ist eh schon lang nichts mehr.‘ Sexuelle Probleme werden mit dem Alter und nicht mit möglicherweise schlecht eingestellten Blutzuckerwerten in Verbindung gebracht oder mit Medikamenten.“



Ich glaube, dass es mehr Selbsthilfegruppen für Patient\*innen geben muss, in denen sie sich austauschen können, an denen sie unkompliziert teilnehmen können. Vielleicht auch ein Angebot, in dem sie sich nicht als Person outen müssen und in dem sie einfach mehr Aufklärung bekommen. Zum Beispiel könnte man in der *Diabetes-Aktiv*-Schulung sagen: ‚Ja, das Problem gibt es und es gibt eine Stelle, bei der man sich Informationen holen kann.‘ Sich zu informieren sollte ganz unkompliziert und anonym sein, denn Sexualität ist in einer bestimmten Generation ein großes Tabuthema. Nach meiner Erfahrung sind die Jüngeren schon viel offener und haben damit kein großes Problem. Aber bei der älteren Generation kommt das Thema Sexualität überhaupt nicht mehr vor. Da wäre es wichtig zu sagen: ‚Das ist voll okay und wenn es nicht funktioniert, gibt es Möglichkeiten, dass man das wieder hinkriegt, z.B. indem man Therapien ändert, Medikamente umstellt oder andere Medikamente dazu gibt.‘“

**Prof. in Wimmer-Puchinger** erzählt im Interview von möglichen Einflussfaktoren einer Diabetes mellitus-Erkrankung auf die Sexualität: „Chronische Erkrankungen sind ein ganz wichtiges Thema im Leben der Betroffenen, denn wenn ich z.B. unter Diabetes leide, dann spielt sich in mir keine Gesundheit ab und ich bin schon einmal verunsichert, dass ich mit meinem Körper sehr oft konfrontiert bin und ihn mehr kontrollieren muss. Ich fühle mich nicht ganz so sorglos oder vor Energie strotzend. Die Diabetes-Medikation wirkt dämpfend, was wir wissenschaftlich nachgewiesen haben und evidenzbasiert behaupten müssen, sie kann auch Depressivität fördern. Mich gedämpft zu empfinden und mich schwer erleben zu können, hindert mich daran eine hohe erotische Appetenz oder Lust zu haben, proaktiv zu sein und auf die Partnerin oder den Partner zuzugehen. Sondern ich bin dann eher passiver. Von daher wissen wir, dass die Sexualität bei Diabetes in Folge der Medikation beeinträchtigt und gedämpft sein kann.“

**Dr. in Reiter** ermutigt Patient\*innen sexuelle Probleme bei Diabetes mellitus offen anzusprechen, da es gute Behandlungsmöglichkeiten gibt: „Ich glaube, dass Patient\*innen von sich aus aktiv sein müssen, weil ich, die ich glaube aufgeschlossen zu sein, habe selbst gemerkt: Aktiv spreche ich das Thema jetzt nicht jedes Mal an. Nur wenn ich das Gefühl habe, dass es passt. Also hängt es sehr von mir ab, ob ich das Gefühl habe oder nicht. Wenn bei jemanden z.B. Diabetes neu aufpoppt, dann ist es eine günstige Gelegenheit, gleich darüber zu sprechen, oder wenn jemand entgleist, weil der Diabetes nicht gut eingestellt ist. Dann kann man sagen: ‚Was gewinnen Sie, wenn Sie sich anstrengen, einen gesunden Lebensstil einzuhalten?‘ Also wenn es darum geht, Therapietreue zu erzeugen. Man kann aber nie sagen, sexuelle Befriedigung oder Lust kann verloren gehen und belässt es dabei und fragt nicht: ‚Wie ist es bei Ihnen eigentlich?‘

Ich hoffe, dass Betroffene wissen, dass sie mit ihren Hausärzt\*innen darüber reden können. Das setzt voraus, dass sie Vertrauen haben. Ich glaube durchaus, dass man es auch mit Physiotherapie versuchen kann, Beckenbodentraining ist ein Thema. Die meisten Frauen und Männer sind überrascht, wenn man sie mit der Fragestellung nach sexueller Befriedigung anspricht. Dass man sagt: ‚Nicht nur Kreuzweh kann man gut behandeln, sondern auch das.‘ Es gibt z.B. ein Gesundheitszentrum von der ÖGK in der Andreasgasse, das Beckenbodentraining anbietet. Die Wartezeiten sind auch nicht so lang. Sie können auch bei der Urologin oder beim Urologen, bei der Gynäkologin oder beim Gynäkologen andocken.“

*Ich hoffe, dass Betroffene wissen, dass sie mit ihren Hausärzt\*innen über sexuelle Probleme reden können. Das setzt voraus, dass sie Vertrauen haben.*

*Eine chronische Erkrankung ist quasi wie eine Erlaubnis nachzufragen. Es tut sich ein Fenster auf, über bestimmte Dinge zu reden, über die man sonst vielleicht nicht redet.*

**Mag. Bissuti** empfiehlt Expert\*innen im Gesundheitswesen aktiv bei Betroffenen nachzufragen, weil das Auftreten einer chronischen Erkrankung ein guter Zeitpunkt sein kann, Informationen zu vermitteln: „Interessanterweise ist es so: Eine chronische Erkrankung ist quasi wie eine Erlaubnis nachzufragen. Es tut sich ein Fenster auf, über bestimmte Dinge zu reden, über die man sonst vielleicht nicht redet. Über Unsicherheiten, Ängste. Bei Diabetes ist den Männern z.B. klar, dass sich diese Gewebsschädigungen auf die Sexualität auswirken können.“

**DGKP<sup>in</sup> Signer** erzählt im Interview von sexuellen Herausforderungen, die bei der Diabetes mellitus-Erkrankung der/s Partnerin/Partners in einer Beziehung auftreten können: „Wir wissen, dass viele chronische Erkrankungen relativ rasch Einfluss auf die Sexualität haben. Durch organische Störungen und die psychosoziale Dimension von Krankheit, gerät das Paargefüge ein Stück weit aus der Balance, weil der eine der Schwache und der andere der Stärkere ist. Die Nervenschädigung bei Diabetes verursacht Empfindungsstörungen bzw. kann beim Mann eine Erektionsstörung auftreten. Das ist eine Herausforderung für die Paarbeziehung, sich aktiv damit auseinander zu setzen und damit umzugehen. Da herrscht meistens Spracharmut, um nicht zu sagen Sprachlosigkeit. Es ist für viele Betroffene ganz schwierig, in der Paarbeziehung einen Faden oder Anknüpfungspunkt zu finden. Die neuen Herausforderungen ins Paargespräch zu holen, dass nicht eine oder einer die oder der noch Schwächere ist, die oder der schon durch die Krankheit geschwächt und dann auch noch durch die Sexualfunktionsstörung beeinträchtigt ist.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** weist darauf hin, dass sich Sexualität bei der Behandlung von Diabetes mellitus auch verbessern kann und dass das Patient\*innen motivieren kann, sich an den Behandlungsplan zu halten: „Die ersten Symptome tauchen auf, weil die innerste Schicht der Blutgefäße durch diese Erkrankung in einen > oxidativen Stress kommt, dass die Blutgefäße zu wenig Botenstoffe bilden, die für eine Erektion oder Lubrikation nötig wären. Dadurch entstehen Erektions- und Lubrikationsstörungen. Darum wäre es wichtig, bei diesen Patient\*innen sofort nachzufragen.“

Sex ist ja mehr als Geschlechtsverkehr. Wie kann ich so lang wie möglich sexuell gesund bleiben? Wie müsste meine Ernährung ausschauen? Wie kann ich sexuell fit bleiben bis ins hohe Alter? Diese Fragen würde ich immer einbauen bei Patient\*innen mit > metabolischem Syndrom. Es ist toll, die zu begleiten. Ich erzähle Betroffenen, was mit den Blutgefäßen passiert. Die kommen dann und ich messe sie am Bauch ab, wie groß der Bauchumfang ist und ich messe all die Werte, die entscheidend sind. Das ist sehr wichtig für die Compliance z.B. bei einer Frau, wie kann sie die Scheide jung halten, wenn sie älter wird? Und beim Mann mit der Erektion und der erektilen Dysfunktion, was könnte er da machen? Ich will nicht auf Biegen und Brechen den Mann in die Potenz treiben und die Frau in die Lust treiben.

*Je schlechter die Patientin oder der Patient eingestellt ist, z.B. ein fünf Jahre schlecht eingestellter Diabetes mellitus, desto unweigerlicher führt das zu Sexualstörungen.*

Ich folge immer den Patient\*innen, was sie ersehnen und schaue, dass es so gut wie möglich erfüllbar ist. Je schlechter die Patientin oder der Patient eingestellt ist, z.B. ein fünf Jahre schlecht eingestellter Diabetes mellitus, desto unweigerlicher führt das zu Sexualstörungen. Früher hat man bei Frauen gar nicht nachgefragt, weil bei Frauen war es ja wurscht, die haben einfach ein Gleitmittel zu nehmen und dann funktionieren sie schon. Aber es geht ja nicht darum, dass man gleiten muss, sondern auch um Lust und Erregung. Bei den Männern hat man einfach immer schon angenommen: Vorsicht, da muss man schon Acht geben. Und jetzt weiß man einfach, dass Sexualstörungen bei Diabetiker\*innen häufig vorkommen. Je kürzer die Patientin oder der Patient an Diabetes leidet und je besser eingestellt sie oder er ist, desto geringer ist natürlich die Wahrscheinlichkeit einer Sexualstörung. Deswegen wäre für mich wichtig, dass Ärzt\*innen und Pflegekräfte ganz schnell nachfragen.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** erinnert sich an einen Patienten und die Folgen einer unbehandelten Diabetes mellitus-Erkrankung: „Wir verlieren viel Zeit vom ersten Symptom der Erkrankung weg, wenn wir Patient\*innen nicht aktiv danach fragen. Ein tragischer Fall, den ich hatte, ein Patient knapp 40, der hat in der Jugend Diabetes gekriegt. Er hätte darauf hingewiesen werden müssen, wie wichtig es ist, dass sein Diabetes immer gut eingestellt ist, weil sonst seine Blutgefäße und die Nerven, die zum Penis führen, zerstört werden und er Erektionsstörungen bekommen wird. Er hat ziemlich früh Erektionsstörungen entwickelt, also schon jahrelang und ich konnte ihm nicht mehr helfen. Er hat gesagt: ‚Was mach ich denn jetzt?‘ Weil diese Patienten kriegen auch keine Penisprothesen mehr, weil sie infektionsanfällig sind. Das heißt, eigentlich haben wir Ärzt\*innen durch unsere Nachlässigkeit dazu beigetragen, dass dieser Kerl einfach seine Sexualität verloren hat. Das ist hoch dramatisch. Er ist depressiv geworden.“

**Dr.<sup>in</sup> Barbara Wagner** fasst als Ansprechperson der **Selbsthilfegruppe Diabetes mellitus** Eindrücke der Teilnehmer\*innen zusammen: „Für uns Menschen mit Diabetes, egal ob Diabetes Typ 1 oder Typ 2, ist natürlich Sexualität ein genauso wichtiges Thema wie für gesunde Menschen. Wenn es dabei etwas zu bedenken gibt, dann sind es für Gesunde vor allem die Empfängnisverhütung sowie der Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Für uns Menschen mit Diabetes bringt Sexualität jedoch vielfältige zusätzliche Aspekte mit sich. Sexualität wird höchstens mit der Partnerin oder dem Partner, mit engen Freund\*innen oder der Gynäkologin oder dem Gynäkologen bzw. der Urologin oder dem Urologen besprochen. Hat man Diabetes, kommen – je nach Lebenssituation – noch die Hausärztin oder der Hausarzt, Diabetolog\*innen, Diabetesberater\*innen und anderes in die Diabetesbehandlung involviertes Personal, im schlimmsten Fall wechselndes Personal in Ambulanzen, dazu. Vielleicht reden gesunde Männer am Stammtisch über Sexualität; in den Selbsthilfegruppen ist das ein Thema, das beinahe nicht vorkommt. Das erwähnte medizinische Personal ist für uns auch beim Thema Sexualität wichtig, da es die verschiedensten Dinge zu beachten gibt; ich versuche es chronologisch. Jugendliche gehen mit ihrem Diabetes in vielen Fällen sehr offensiv um. Viele nutzen Insulinpumpen und kontinuierliche Glucose-Messsysteme. Was aber im Alltag ganz locker gehandhabt wird, ist mit neuen Partner\*innen im Bett vielleicht nicht mehr so easy. Die Pumpe kann zwar abgehängt werden, muss aber irgendwo in der Nähe bleiben, sie macht vielleicht Alarme, man denkt, dass man die Insulinzufuhr nicht zu lange unterbrechen sollte, und und und; also möglicherweise eine nicht ganz so entspannte Situation beim Sex.“

Bei Frauen mit Diabetes ist eine sehr sichere Empfängnisverhütung wichtig, um ungeplante Schwangerschaften, womöglich bei schlechter Blutzuckereinstellung, mit ihren Folgen für Mutter und Kind zu vermeiden. Eine Schwangerschaft ist für eine gesunde Mutter ein schönes ‚Abenteuer‘, für eine Mutter mit Diabetes ist es darüber hinaus viel ‚Arbeit‘, den Blutzucker auf normoglykämischen Werten, also möglichst Werten einer gesunden Schwangeren zu halten. Die Empfängnisverhütung, insbesondere durch die Pille oder andere hormonell wirkende Präparate, muss mit dem behandelnden Diabetespersonal besprochen werden, wird also nicht einfach von Gynäkolog\*innen unkompliziert verschrieben. Menschen mit Diabetes können anfälliger für Pilzkrankungen im Intimbereich und für Harnwegsinfekte sowie Scheidentrockenheit sein; das wirkt sich natürlich auch auf das Sexuelleben aus.

Bei lang bestehendem Diabetes kommt es bei vielen Männern zur erektilen Dysfunktion. Die ‚blaue Pille‘ wäre zwar theoretisch eine Lösung, die Verschreibung muss aber mit den Behandler\*innen und insbesondere in Hinblick auf bestehende Gefäßserkrankungen mit der Internistin oder dem Internisten genau abgeklärt werden. Es gibt also viele medizinische Aspekte, die das Sexuelleben ein wenig trüben können. Ein wichtiger Punkt ist darüber hinaus Stress. Diabetes ist ein 7x24-Stunden-Job. Von Diabetes kann man nicht einfach Urlaub nehmen. Wie wir alle wissen, kann aber besonders Stress dazu beitragen, dass das Sexuelleben beeinträchtigt wird. Trotz all dieser Aspekte wollen und können natürlich auch wir Menschen mit Diabetes unser Sexuelleben genießen.“

*Für uns Menschen mit Diabetes, egal ob Diabetes Typ 1 oder Typ 2, ist natürlich Sexualität ein genauso wichtiges Thema wie für gesunde Menschen.*

## 4.5. Herz-Kreislaufkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen stehen bei den Todesursachen seit einigen Jahren an erster Stelle (Statistik Austria, 2022<sup>10</sup>). Darunter fallen **Bluthochdruck, Angina Pectoris, Myokardinfarkt** (Herzinfarkt), **> ischämischer Schlaganfall** und die **koronare Herzkrankheit**. Die Prävalenzen liegen in Wien im Bereich von 1,6 % bei Herzinfarkt bzw. chronischen Beschwerden infolge eines Herzinfarkts, 3,3 % bei koronarer Herzkrankheit oder Angina Pectoris, 23,2 % bei Bluthochdruck und 1,3 % bei Schlaganfall bzw. chronischen Beschwerden infolge eines Schlaganfalls (ATHIS, 2019).

Abbildung 16 vergleicht Personen, die unter **ischämischen Herz-Kreislaufkrankungen** leiden, mit jenen, bei denen dies nicht der Fall ist. Wie ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, geht der Anteil der sexuell (*sehr*) Zufriedenen bei Vorliegen einer ischämischen Herz-Kreislaufkrankung, wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina Pectoris oder koronarer Herzkrankheit deutlich zurück. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 56,8 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 18,5 Prozentpunkte niedriger und beträgt 38,3 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig ist bei den Erkrankten der Anteil jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, um 17,8 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den (*sehr*) Zufriedenen wird also fast völlig durch den signifikanten Zuwachs der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule, 46,3 %) ausgeglichen. Der Anteil (*sehr*) Unzufriedener ist bei den Erkrankten dagegen nur marginal höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Unterschied ist nicht signifikant (rote Säule).

**Abb. 16: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Herz-Kreislaufkrankungen, Anteile in %**

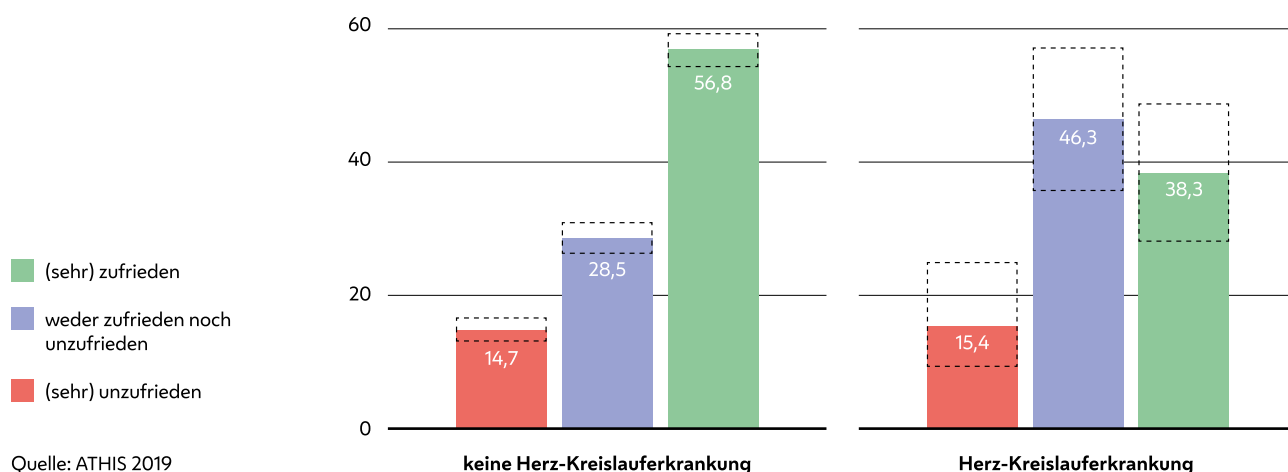
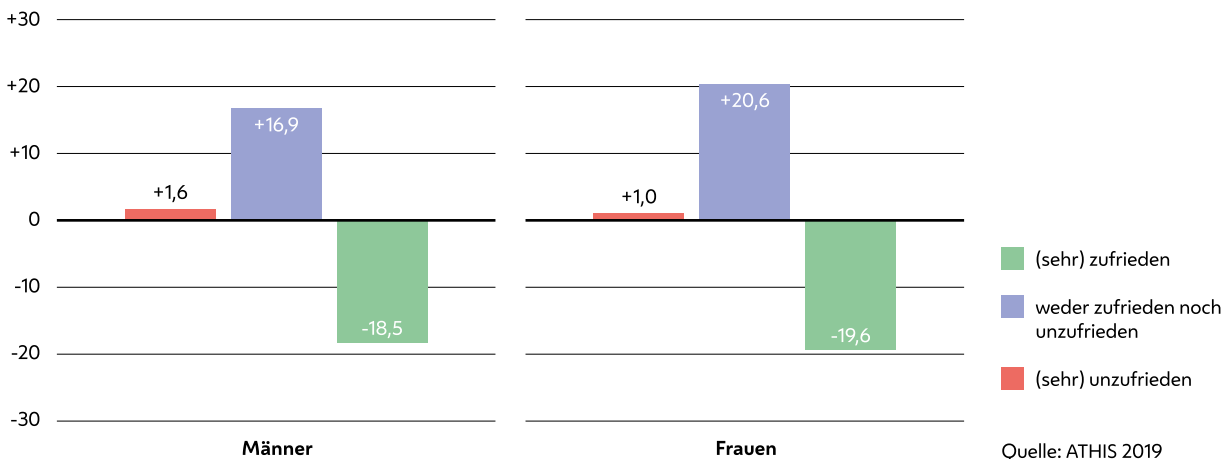


Abbildung 17 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit** bei Vorliegen **ischämischer Herz-Kreislaufkrankungen** verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an den grünen Säulen zu erkennen, reduziert sich die sexuelle *Zufriedenheit* bei beiden Geschlechtern annähernd im selben Ausmaß von nicht ganz 20 Prozentpunkten. Damit geht bei beiden Geschlechtern ein deutlicher Anstieg des Anteils jener einher, die mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* sind (violette Säulen). Dieser Anstieg ist bei Frauen ein wenig größer als bei Männern. Der Anteil sexuell (*sehr*) *Unzufriedener* verändert sich bei beiden Geschlechtern nur marginal (rote Säulen).

<sup>10</sup> Statistik Austria. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html)

**Abb. 17: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen ischämischer Herz-Kreislaufkrankungen, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



In der wissenschaftlichen Literatur finden sich in Bezug auf Herz-Kreislaufkrankungen und den Einfluss auf die Sexualität ebenso **Unterschiede zwischen Frauen und Männern**, vor allem im Alter. Ältere Männer berichten öfter sexuell aktiv zu sein, mehr Sex zu haben und damit zufrieden zu sein. Die höhere Häufigkeit von Sex zeigt sich als positiver Schutzfaktor für das spätere Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen bei Männern, aber nicht bei Frauen; eine gute Qualität des Geschlechtsverkehrs scheint ein Schutzfaktor für Frauen zu sein, nicht für Männer (Liu et al., 2016).

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass sexuelle Dysfunktion in Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen steht. Patientinnen mit Herzerkrankungen berichten signifikant häufiger von sexuellen Schwierigkeiten, wie vermindertem Interesse, sexueller Unzufriedenheit und weniger sexueller Aktivität (Nascimento, 2015). Bis zu 85 % aller Patienten mit koronarer Herzerkrankung leiden an einer erektilen Funktionsstörung. Interessant ist auch der Zusammenhang in die entgegengesetzte Richtung: Sexuelle Funktionsstörungen stellen einen unabhängigen Risikofaktor für eine koronare Herzerkrankung dar und können mit 60- bis 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit, in drei bis fünf Jahren eine koronare Erkrankung nach sich ziehen (Bayerle-Eder, 2019<sup>11</sup>). **Das bedeutet, dass > endotheliale Dysfunktionen wie Erektions- oder Lubrikationsstörungen ein Warnsignal für ein zukünftiges kardiales Ereignis sein können.** Zusätzliche Risikofaktoren sind: Alter, Adipositas, Diabetes mellitus, > Hyperurikämie, Hypertonie, > Hyperlipidämie und Rauchen.

**Dr. in Bayerle-Eder** betont im Gespräch die Bedeutung von Vorsorgeleistungen: „Patienten mit Erektionsstörungen haben in den nächsten drei bis fünf Jahren ein bis zu 70 % erhöhtes Risiko einen Herzinfarkt oder eine kardiale Ischämie zu erleiden. Das heißt, wenn einer sagt, er hat ein Thema mit der Erektion, wenn schon die Arterien im Genitalbereich betroffen sind, aber das Herz, also die Arterien, normal sind, könnte man den Patienten, wenn man ihn richtig berät, kardiologisch abklären und eventuell ein schwereres Ereignis verhindern.“

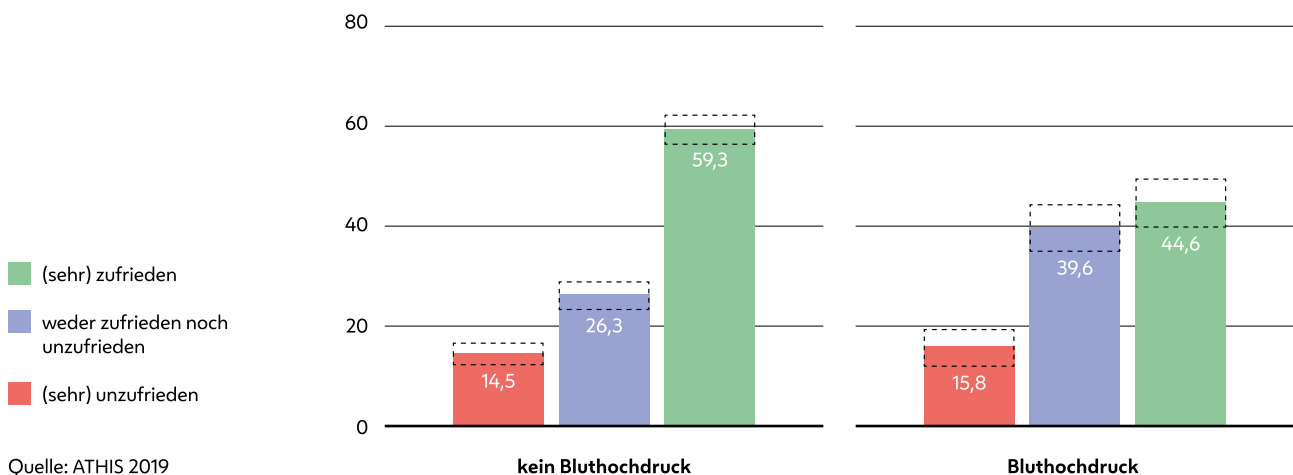
*Patienten mit Erektionsstörungen haben in den nächsten drei bis fünf Jahren ein bis zu 70 % erhöhtes Risiko einen Herzinfarkt oder eine kardiale Ischämie zu erleiden.*

11 Bayerle-Eder, M. Verfügbar unter: <https://www.universimed.com/ch/article/urologie-andrologie/diabetes-und-maennliche-sexualitaet-sex-you-can-2107205>

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** zeigt sich erschüttert, dass kardiologische Abklärung oftmals übersehen wird: „Was für eine Schande es bei Herz-Kreislaufkrankungen ist, dass sich Ärzt\*innen nicht automatisch als dafür zuständig deklarieren. Man weiß, dass ein Großteil der Patienten, über 70 % der Männer, die eine Jahre andauernde chronische Herzkrankgefäßverengung hatten, zwei bis drei Jahre vor einem Herzinfarkt Erektionsstörungen hatten. Und ich denke mir, das geht nicht. Es geht nicht, dass wir das nicht ansprechen. Vor allem wenn wir doch sehen, dass die meisten vorher adipös sind. Das Cholesterin und all das, das gehört angesprochen!“

Abbildung 18 vergleicht Personen, die unter **Bluthochdruck** leiden, mit jenen, wo dies nicht der Fall ist. Wie ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, geht der Anteil der sexuell (*sehr*) *Zufriedenen* bei Vorliegen von Bluthochdruck zurück. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 59,3 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 14,7 Prozentpunkte niedriger und beträgt 44,6 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig ist bei den Erkrankten der Anteil jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, um 13,3 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den (*sehr*) *Zufriedenen* wird also fast völlig durch den signifikanten Zuwachs der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule, auf 39,6 %) ausgeglichen. Der Anteil (*sehr*) *Unzufriedener* ist bei den Erkrankten dagegen nur wenig höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Unterschied ist nicht signifikant (rote Säule).

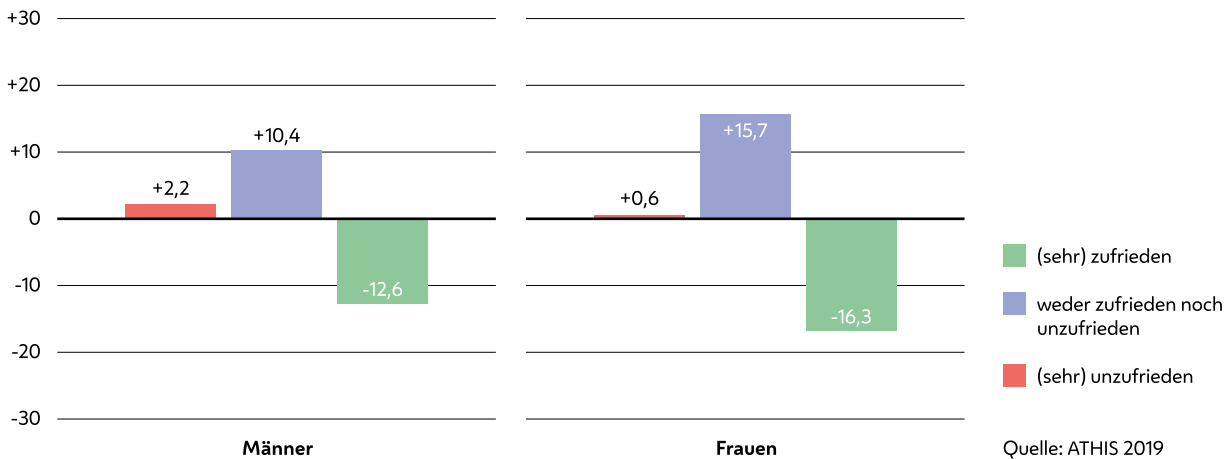
**Abb. 18: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit Bluthochdruck, Anteile in %**



Quelle: ATHIS 2019

Abbildung 19 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit** bei Vorliegen von **Bluthochdruck** verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an den grünen Säulen zu erkennen ist, reduziert sich die sexuelle *Zufriedenheit* bei Frauen mit 16,3 Prozentpunkten etwas stärker als bei Männern mit 12,6 Prozentpunkten. Im Gegenzug dazu steigt bei beiden Geschlechtern der Anteil jener, die mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* sind (violette Säulen). Diese Veränderung ist bei Frauen ebenfalls ein wenig größer als bei Männern. Der Anteil sexuell (*sehr*) *Unzufriedener* verändert sich bei beiden Geschlechtern hingegen nur wenig (rote Säulen).

**Abb. 19: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen von Bluthochdruck, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



Hypertensive männliche Patienten (Bluthochdruck) weisen eine erhöhte sexuelle Dysfunktion sowie ängstliche und depressive Symptome auf. In der Literatur zu weiblicher Sexualität konnte kein solcher Zusammenhang identifiziert werden (Nascimento, 2015). Da Sexualität ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität ist, wäre ein umfassendes Verständnis sexueller Funktionen von Frauen für eine gute Nachsorge von grundlegender Bedeutung. Eine Studie belegte sogar, dass Frauen mit Bluthochdruck weniger zufrieden mit der Sexualität sind, als Männer mit Depression und Angststörungen (Flynn et al., 2016). Bluthochdruck zeigt Auswirkungen auf die Sexualität: Bei einer Studie geben 68 % der Frauen Lustlosigkeit, 41 % Lubrikationsstörungen und 56 % genitale Schmerzen an. 51 % der Männer mit Bluthochdruck geben Erektionsstörungen an (Nascimento, 2015; Artom, 2016).

**Medikamente zur Behandlung von Bluthochdruck** können einen negativen Einfluss auf die Sexualität haben. > Thiaziddiuretika können – vor allem in Kombination mit > Beta-blockern – sexuelle Störungen auslösen. Betablocker selbst können als Nebenwirkung Erektionsstörungen, Verminderung des Ejakulatvolumens und Libidostörungen auslösen. Aldosteronantagonisten können ausgeprägte sexuelle Dysfunktionen bedingen. Und > Sympatholytika wie Guanethidin, Chlonidin oder Methyl-Dopa können die Libido- und Orgasmusfähigkeit beeinträchtigen (Kochen, 2017). In folgender Tabelle werden die Wirkungen von Antihypertensiva (Bluthochdruck-Medikamente) auf die erektile Funktion dargestellt (Viigimaa et al., 2014).

**Tabelle 1: Wirkung von Bluthochdruck-Medikamenten auf die Sexualität**

Medikamentengruppe	tendenzielle Wirkung auf Sexualität
zentral wirksame	negativ - - -
Diuretika	negativ - -
Betablocker (Ausnahme: Nebivolol)	negativ -
Calcium-Antagonisten	neutral +/-
> ACE-Hemmer	neutral +/-
Alphablocker	positiv +
Angiotensin-Rezeptor-Blocker	positiv +



*Die Angst vor einem plötzlichen Herztod während des sexuellen Akts ist unbegründet.*

Bei der Frage, wie mit **Sexualität nach einem Herzinfarkt** umgegangen werden sollte, finden sich in der wissenschaftlichen Literatur folgende Hinweise: Patient\*innen nach Herzinfarkt und koronaren Herzerkrankungen sollten so früh wie möglich ein Training sowohl der kardialen als auch der genitalen Gefäße beginnen, da dies die Wiederherstellung der Organfunktion fördert (Bayerle-Eder, 2015). Beim sexuellen Akt ist eine Leistung von etwa 3 bis 5 MET (metabolisches Äquivalent) oder 25-75 Watt notwendig. Das entspricht der Belastung zwei Treppenabsätze in 10 Sekunden zu erklimmen, zwei Stockwerke im normalen Tempo hinaufzusteigen, im Garten zu arbeiten, Golf zu spielen oder 1,6 km in 20 Minuten im Flachen zu gehen. Es kommt nur selten zu einem höheren Blutdruckanstieg als systolisch 170 mmHg und einem Herzfrequenzanstieg über 140 bpm. Die Angst vor einem plötzlichen Herztod während des sexuellen Akts ist unbegründet, da nur 1 % aller akuten Herzinfarkte und 1,7 % des plötzlichen Herztods bei sexueller Aktivität auftreten. Von diesen Betroffenen sind 93 % Männer, die zu 75 % außerehelichen sexuellen Verkehr mit einer deutlich jüngeren Partnerin in ungewohnter Umgebung sowie nach exzessiver Alkohol- und Nahrungsaufnahme durchführen (Bayerle-Eder, 2015). Bei einer Befragung berichtet weniger als ein Drittel der Patient\*innen, dass Sexualität nach einem Herzinfarkt bzw. der Diagnose schlechter wurde. 70 % sind mit ihrer Beziehung zufrieden. 58 % sind mit der Kommunikation über Sexualität in der Beziehung zufrieden (Byrne et al., 2017).

**Dr. in Hladschik-Kermer** beschreibt die Verunsicherung vieler Patient\*innen: „Wenn man einen hohen Blutdruck und Herzprobleme hat und die Medikamente dagegen unterbrechen die Libido oder machen sexuelle Funktionsstörungen, dann sind die Patienten sehr unsicher: Wie sehr dürfen sie sich jetzt noch anstrengen? Auch Partnerinnen machen sich Sorgen um ihren Mann, der hohen Blutdruck hat oder vielleicht schon einen Stent. Inwiefern könnte Sexualität jetzt gefährlich sein? Wenn da der Blutdruck hochgeht? Hier wäre es ganz wichtig, dass man das anspricht. Man sagt ja oft: ‚Ja, Sie können sich jetzt ganz normal wieder bewegen, Sie können auch wandern gehen.‘ Aber man sagt nicht: ‚Sie können auch wieder Sex haben.‘ Und das wäre eben ganz wichtig, dass Gesundheitsmitarbeiter\*innen dieses Thema in ihr Repertoire aufnehmen und bei der Beratung genauso ansprechen. Bei allen chronischen Erkrankungen wird empfohlen, das gleich am Anfang anzusprechen. Das wird aber häufig versäumt, weil eben alles andere wichtiger ist und dann findet man den Zeitpunkt nicht mehr, wann man einsteigen soll.“

*Manche Medikamente, die bei bestimmten Herzerkrankungen mit Erfolg eingesetzt werden wie Beta-blocker, können bei Männern zu Erektionsstörungen führen. Diese Medikamente werden dann eigenmächtig abgesetzt und das führt zu größeren Problemen.*

**Dr. Kaynar** berichtet ebenfalls von der Verunsicherung einiger Patienten in Bezug auf Medikamenteneinnahme und sexuelle Nebenwirkungen: „Ich höre in meiner Beratungsfunktion im Männergesundheitszentrum und im Projekt *Herzensbildung* immer wieder Fragen von Männern, ob das in Zusammenhang mit den Medikamenten steht, dass sie Erektionsstörungen haben. Dann sprechen wir ausführlicher darüber. Manche Medikamente, die bei bestimmten Herzerkrankungen mit Erfolg eingesetzt werden wie Betablocker, können bei Männern zu Erektionsstörungen führen. Diese Medikamente werden dann eigenmächtig abgesetzt und das führt zu größeren Problemen. Natürlich sprechen die Männer nicht sehr offen darüber und setzen Betablocker ab und es kommt zu Komplikationen. Wir müssen das Thema Krankheits-Therapie und Sexualität gezielt und offen ansprechen.“

**Dr. Ponholzer** bestätigt die Auswirkung von Medikamenten auf die Sexualität seiner Patienten: „Als Facharzt für Andrologie (Teil der Urologie) ist ein Fokus meiner Arbeit die Behandlung von typischen sexuellen Funktionsstörungen des Mannes. Hierzu zählen: Libidostörungen, Orgasmusstörungen, Ejakulationsstörungen oder beispielsweise Erektionsstörungen. Es ist ein altbekannter Fokus der urologisch-andrologischen Arbeit die Bedeutung chronischer Erkrankungen abzuklären. Wir wissen heute, dass durch Gefäßschäden bei typischen Herz-Kreislaufgrunderkrankungen, wie Diabetes, Bluthochdruck oder Hypercholesterinämie sowie auch durch zahlreiche Medikationen eine Auswirkung bestehen kann. Wir wissen zweifelsfrei, dass mehrere Medikamente



eine Auswirkung auf die Sexualität haben, beispielsweise Blutdrucksenker, aber auch Therapien, die auf den Hormonstatus des Patienten einwirken, oder Therapieformen, die die Neurologie beeinträchtigen. Das Ausmaß dieser Auswirkungen ist nicht immer leicht zu beziffern, aber es ist sehr wohl Teil unseres Alltags, Patienten diesbezüglich zu beraten und gegebenenfalls die Medikation in Rücksprache mit den jeweiligen anderen Fachärzt\*innen zu adaptieren.“

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** spricht im Interview über ihre Erfahrungen in einem Primärversorgungszentrum: „Das häufigste Thema im Zusammenhang mit Sexualität bei uns ist definitiv die Herz-Kreislaufkrankung, arterielle Hypertonie und Nebenwirkungen von bestimmten Blutdrucksenkern. Wo ich vorab immer schon drauf achte, dass die Patientin oder der Patient nicht unbedingt eines dieser Medikamente bekommt oder wenn, dann mache ich sie oder ihn drauf aufmerksam. Spannenderweise ist es dann oft so, dass man sagt: ‚Passen Sie auf, es könnte sein, dass das Medikament diese und jene Nebenwirkung macht.‘ Dann kommt oft 2-3 Sitzungen später dieses Thema zur Sprache, dass die Patient\*innen sagen: ‚Sie haben damals gesagt und wäre das nicht eine Möglichkeit?‘ Dass dann auch dieses Thema zur Sprache kommt und dass sie sich dann melden und sagen: ‚Könnten wir da was umstellen?‘ Wenn sie voreingestellt sind, dass man ein bisschen optimiert. Ich habe schon das Gefühl, dass sie dann dieses Thema zur Sprache bringen.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** weist im Gespräch darauf hin, dass es bei einem Herzinsuffizienz-Patienten oder nach einem Herzinfarkt gefährlich sein kann, Phosphodiesterase-5-Hemmer (Medikamente gegen Erektionsstörungen) zu verschreiben.

**Nach einem Schlaganfall** berichten Betroffene von Veränderungen ihrer Sexualität: Sie beschreiben ein vermindertes sexuelles Interesse, eine verringerte Sensibilität, Schmerzen und Erschöpfung. Manche berichten von positiven Änderungen der Sexualität, wie mehr Intimität. In der wissenschaftlichen Literatur wird ein entsprechender Umgang mit Sexualität nach einem Schlaganfall empfohlen: aktive Zeitplanung, um Stress und Druck zu vermeiden und eine offene Kommunikation mit der/dem Partner\*in. Die meisten negativen Effekte werden mit dem Alter oder der Lebensphase in Zusammenhang gebracht, nicht mit dem Schlaganfall selbst. Sehr wenige Betroffene haben Informationen zum veränderten Umgang mit Sexualität erhalten und geben an, das Thema im Gesundheitswesen nicht diskutiert zu haben, obwohl sie es für wichtig erachten (Vikan et al., 2021).

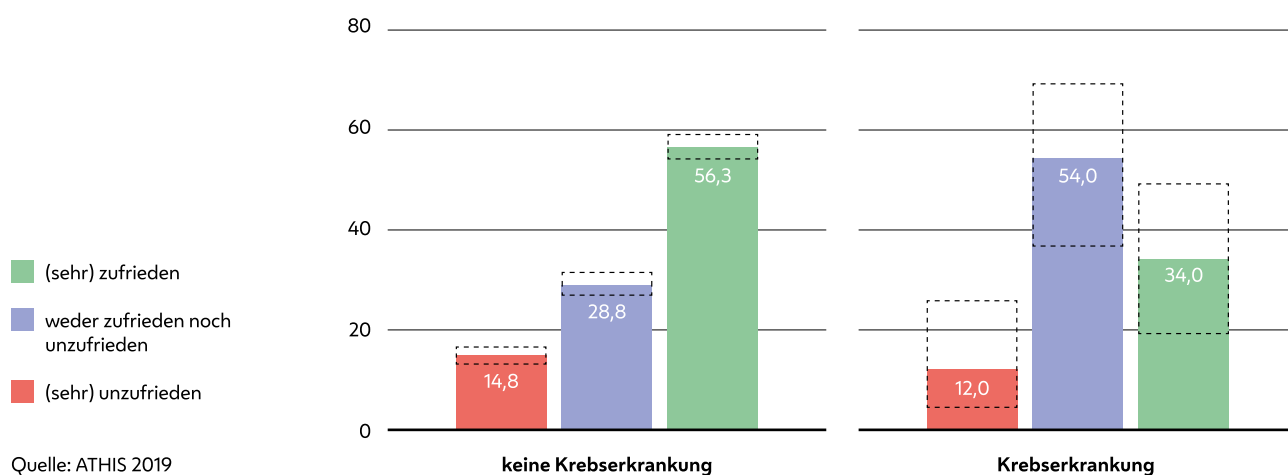
## 4.6. Krebserkrankungen

Die Prävalenz von Krebserkrankungen in Wien liegt bei 4 % (Statistik Austria, 2022). Laut Weltgesundheitsorganisation wird die > Inzidenz, also Neuerkrankungsrate, von vielen Krebserkrankungen steigen, durch gute Behandlungsoptionen werden Krebserkrankungen jedoch immer mehr zu den chronischen Erkrankungen zählen (WHO, 2020). 2018 erhielten in Österreich 19.519 Frauen und 22.700 Männer eine Krebsdiagnose. Die häufigsten Diagnosen waren bösartige Tumore der Brust bei Frauen (5.565 Fälle) und bösartige Tumore der Prostata bei Männern (6.018 Fälle), gefolgt von bösartigen Tumoren der Lunge (4.985 Fälle) und bösartigen Tumoren des Dickdarms bzw. Enddarms (4.563 Fälle). Auf Brustkrebs entfielen 2018 rund 29 % der Neuerkrankungsfälle bei Frauen sowie 17 % aller Krebssterbefälle. Damit war Brustkrebs bei Frauen auch die häufigste krebsbedingte Todesursache. Prostatakrebs machte etwas mehr als ein Viertel (27 %) aller 2018 diagnostizierten bösartigen Neubildungen bei Männern aus und war 2018 für etwa jeden neunten Krebstodesfall (11 %) bei Männern verantwortlich (Statistik Austria, 2020).

Abbildung 20 vergleicht Personen, die in den letzten 12 Monaten unter einer **Krebserkrankung** litten, mit jenen, bei denen dies nicht der Fall war. Wie ein Vergleich der grünen Säulen zeigt, geht der Anteil der sexuell (*sehr*) *Zufriedenen* bei Vorliegen einer Krebserkrankung deutlich zurück. Während er bei den nicht erkrankten Befragten 56,3 % beträgt, ist er bei erkrankten Befragten um 22,3 Prozentpunkte niedriger und beträgt 34,0 %. Dieser Unterschied ist signifikant. Gleichzeitig ist bei den Erkrankten der Anteil jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, um 25,2 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Erkrankten. Der Rückgang bei den (*sehr*) *Zufriedenen* wird also vollständig durch den signifikanten Zuwachs der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule, auf 54,0 %) ausgeglichen. Der Anteil (*sehr*) *Unzufriedener* ist bei den Erkrankten sogar marginal niedriger, unterscheidet sich aber nicht signifikant von den Nicht-Erkrankten (rote Säulen).

Für eine weitere Aufschlüsselung der Krebserkrankten nach **Geschlecht** reicht die Zellbesetzung in den ATHIS-Daten (2019) nicht aus. Ein Geschlechtervergleich hinsichtlich der Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen einer Krebserkrankung erfolgt daher nicht.

**Abb. 20: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben,** ohne vs. mit Vorliegen einer Krebserkrankung, Anteile in %



**Sexuelle Störungen bei Krebspatient\*innen können mehrere Ursachen haben: Die Erkrankung selbst, Chemotherapie, Operationen, Hormontherapie, Medikamente und Komorbiditäten. All diese Faktoren können die Beziehungsqualität beeinflussen** (Di Mattei et al., 2021). Auch der Stress bzw. die Belastung der/s Lebenspartnerin/Lebenspartners hat einen negativen Effekt auf die sexuelle Gesundheit der Patient\*innen (Stulz et al., 2020). Gespräche über Sexualität mit Personen aus dem Gesundheitswesen werden eher

von Männern (68 %) als von Frauen mit Krebserkrankung (43 %) berichtet, und mehr von Partnerinnen (47 %) als von männlichen Partnern (28 %) von Patient\*innen, insbesondere auch eher von jenen mit einer sexuellen/reproduktiven Krebserkrankung. **Männer mit einer Krebserkrankung und Partnerinnen von betroffenen Männern sprachen das Thema am ehesten an** (Ussher et al., 2014).

Der Fokus des Gesundheitsberichtes liegt vor allem auf **Brustkrebs und urogenitalen Malignomen** wie Hodenkrebs oder Analkarzinomen, da diese Krebsarten den größten Einfluss auf die Sexualität nehmen können. In der wissenschaftlichen Literatur wird deutlich, dass sexuelle Gesundheit bei Frauen mit **Brustkrebs** ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität ist und zwar nicht nur für die Patientinnen selbst, sondern auch für deren Partner\*innen. Nach einer Brustamputation berichten 50 % der Frauen noch sechs Monate nach dem Eingriff Lustlosigkeit und Orgasmusprobleme. Bei einer Hysterektomie, also dem Entfernen der Gebärmutter, ist das Auftreten sexueller Probleme ebenso mit 50 % hoch angesiedelt (Lonnée-Hoffmann & Pinas, 2014). In der Literatur wird empfohlen, Aktionsziele für die Behandlung festzulegen und Sexualität darin zu integrieren (Bueno Robles & Soto Lesmes, 2016). Am Beispiel von **Prostatakrebs** bei Männern kann festgehalten werden, dass Lebensstiländerungen wie sportliche Betätigung im Gruppensetting dabei helfen kann, sexuelle Veränderungen während einer Krebstherapie besser zu akzeptieren und sich männlicher zu fühlen (Hamilton et al., 2015). Die Operationsmethoden haben sich im Laufe der letzten Jahre verbessert: Nach einer radikalen Prostatektomie ist zu 80 bis 100 % mit Erektionsstörungen zu rechnen, nach einer nervenschonenden Prostatektomie sinkt der Wert auf 37 bis 67 % (Porst, 2000).

**Dr.<sup>in</sup> Gärtner** berichtet, dass der Wunsch nach Sexualität und Intimität bei vielen Patient\*innen erhalten bleibt, selbst unter Berücksichtigung schwerer Erkrankungen: „Es ist durchaus so, dass die Sexualität den Menschen wichtig ist und das gilt auch dann noch, wenn wir chronisch Erkrankte anschauen. Hier wären wir auch wieder mit diesem Vorurteil konfrontiert: ‚Wer chronisch krank ist, den interessiert das eh nicht mehr, die haben ja andere Probleme im Leben. Und welche Rolle soll da Sexualität noch spielen?‘ Wir haben uns die Literatur angeschaut und da sieht man sehr deutlich, dass selbst Personen mit unheilbaren Krebserkrankungen oder Personen mit schwerer Depression, die stationär aufgenommen sind, wo man wirklich denkt, jetzt ist Sex nicht mehr wichtig, ein Anliegen daran haben, in der Pflege oder in der ärztlichen Betreuung nach Sexualität gefragt zu werden.“

*Selbst Personen mit unheilbaren Krebserkrankungen oder Personen mit schwerer Depression, die stationär aufgenommen sind, haben ein Anliegen daran, in der Pflege oder in der ärztlichen Betreuung nach Sexualität gefragt zu werden.*

**Frau Wagner, MSc** hat im Berufsalltag als Klinische Psychologin beobachten können: „... wenn eine chronische Erkrankung diagnostiziert wird, eine Krebserkrankung oder bestimmte Medikamente verschrieben werden, da wird so selten erwähnt, dass das etwas mit der Sexualität machen kann.“

**Dr. Ponholzer** berichtet, dass er als Facharzt in der Uro-Onkologie bei Hormonentzugstherapie bei Prostatakarzinom im Hinblick auf die Libido der betroffenen Patienten einen Einfluss auf den sexuellen Antrieb der betroffenen Männer beobachten kann.

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** erzählt, dass das Thema Krebserkrankung und Sexualität ein großes Tabu darstellt. Sie fasst zusammen, wie Mediziner\*innen die Thematik auf behutsame Art und Weise ansprechen können: „Ich habe früher auf der Onkologie gearbeitet und habe daher in der Praxis immer wieder auch mit onkologischen Patient\*innen zu tun oder in der Palliativmedizin. Das Wichtigste ist, dass man eine vertrauensvolle Beziehung aufbaut. Es ist wichtig, wenn man Sexualität anspricht, dass man nicht mit der Tür ins Haus fällt. Das macht man ja nicht in der ersten Minute, sondern das soll im Sinne einer sogenannten Angebotskommunikation sein. Also, dass ich zeige: Ich wäre bereit! Dass ich das interaktiv vorbereite, dass man es ankündigt und zum Beispiel sagt:

*Ich habe früher auf der Onkologie gearbeitet oder in der Palliativmedizin. Das Wichtigste ist, dass man eine vertrauensvolle Beziehung aufbaut. Es ist wichtig, wenn man Sexualität anspricht, dass man nicht mit der Tür ins Haus fällt.*

„Viele Patient\*innen in Ihrer Situation berichten, dass das in der Sexualität schwierig sein könnte. Gibt es da vielleicht bei Ihnen auch etwas?“ Dadurch stelle ich das in einen breiteren Rahmen und zeige der Patientin oder dem Patienten: Du bist damit nicht allein. Das passiert vielen im Laufe einer Krebserkrankung. Bei Prostatakarzinompatienten ist es so, da fragen die Männer ein bisschen mehr, werden auch ein bisschen mehr informiert: Inkontinenz und Impotenz. Da tut sich der Gender-Gap auf. Wenn ein Mann Prostatakrebs hat, dann ist die Chance, dass er darüber informiert wird, dass er nachher impotent sein könnte, relativ groß. Eine Frau, die Brustkrebs hat, der man die Brust abnimmt, mit der spricht kaum jemand, wie sich das auf ihre Sexualität auswirkt und wie sie damit umgehen kann. Und das obwohl wir wissen, dass die Brust ein ganz wichtiges Thema ist und viele Frauen jahrelang noch Schwierigkeiten haben, ihren Körper anzunehmen.

Natürlich wirkt sich das auf die Sexualität massiv aus und auf die Partnerschaft. Eine amerikanische Studie, in der man 819 Personen zu ihren Erfahrungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit befragt hat, haben 74 % der Befragten gesagt, Sexualität ist sehr wichtig, aber nur 45 % haben Informationen von der Ärztin oder vom Arzt erhalten. Patienten mit Prostatakrebs haben gesagt, sie haben zu 80 % Informationen erhalten, Patientinnen mit Brustkrebs nur zu 33 %.“

*Wenn sich Menschen auf einen neuen gemeinsamen Weg machen, ist alles möglich, was für diese zwei Menschen stimmig und lustvoll ist.*

Da sexuelle Schwierigkeiten durch eine Krebserkrankung bzw. Behandlung dieser auftreten können, erzählt **DGKP<sup>in</sup> Signer** von Erfahrungen ihrer Patient\*innen im Umgang damit: „Der wichtigste Aspekt ist es, Druck herauszunehmen und zu schauen: Wie kann ich meine/n Partner\*in verwöhnen, wie kann ich mich selber verwöhnen, wie können wir uns gegenseitig verwöhnen? Und wie können wir ganz neue sexuelle Begegnungsformen für uns entwickeln? Ein Patient hat einmal zu mir gesagt: ‚Nicht, dass ich mir diesen Krebs gewünscht hätte, aber was ich habe lernen dürfen, war beglückend.‘ Er hat nämlich durch eine Operation eine nachhaltige Sexualfunktionsstörung erlitten und hat in der sexuellen Begegnung mit seiner Frau durch die Erkrankung viel Neues entdeckt. ‚Das hätte ich mir vorher nicht vorstellen können‘, hat er gesagt. Ein sehr eindrucksvolles Statement. Wenn sich Menschen auf einen neuen gemeinsamen Weg machen, ist alles möglich, was für diese zwei Menschen stimmig und lustvoll ist.

*Chronisch kranken Menschen tut es gut, wenn sie psychische Begleitung in Anspruch nehmen. Da ist die Psychotherapie als Instrument wirkungsvoll.*

Krebserkrankungen sind mir deshalb so ein Herzensanliegen, weil vor allem durch die Therapien ganz massive Auswirkungen auf die Sexualität entstehen und die Menschen Unterstützung und Begleitung bekommen sollten. Ich habe einen Ratgeber entwickelt für Patientinnen, die eine Bestrahlungstherapie im Unterbauch bekommen, weil diese immer Nebenwirkungen auf die Scheide haben und das häufig im Vorfeld nicht besprochen wird. Ich finde das auch ein Stück weit eine moralische Verpflichtung, dass Mediziner\*innen, die Therapien anordnen, auf Sexualfunktionsstörungen und ihre Verhinderung hinweisen. Chronisch kranken Menschen tut es gut, wenn sie psychische Begleitung in Anspruch nehmen. Da ist die Psychotherapie als Instrument wirkungsvoll. Die Ermutigung ist wichtig, dies ist nicht ein Zeichen von Schwäche, im Gegenteil: Ich möchte mit dem Zustand, der mich länger oder kürzer begleiten wird, gut umgehen lernen. Nicht nur mir zuliebe, sondern auch meinem Umfeld und meiner Familie zuliebe. Da ist psychotherapeutische Begleitung ein ganz wertvoller Aspekt, oft gibt es auch Sexualberatung, zum Beispiel Angebote der Wiener Krebshilfe.“

**Mag. Bissuti** beschreibt die emotionale Last einer Krebserkrankung und den Weg zu einer Neuausrichtung des Selbstbildes: „Die urologischen Prostataoperationen sind heutzutage wesentlich besser, weil mit Laser viel genauer operiert wird, aber eine Zeit lang waren die Operationsmethoden nicht so gut und das hat dann bei sehr vielen Männern zu Impotenz geführt. Dann hast du natürlich das Problem: *Desire*, aber kein *Pleasure*. Das heißt, du hast Verlangen, aber kannst nicht und das ist keine gute Situation. Je stärker Männer Sexualität als Ventil nützen und vieles an Emotion und

Selbstwert darüber ausleben, desto verletzlicher ist dieses Segment, wenn es da ein Problem gibt. Wenn es aufgrund einer Erkrankung zu einem Verlusterlebnis kommt, sei es psychisch oder körperlich – übrigens auch aufgrund einer Erkrankung der Partnerin. Wie gesagt, so eine Erkrankung kann auch ein *Window of Opportunity* sein sich kritisch auseinanderzusetzen. Aber es ist für den Selbstwert oft nicht ganz einfach, gerade dann, wenn es eine urologische Erkrankung ist oder Hodenkrebs. Das kann sehr belastend sein.“

*Eine Erkrankung kann auch ein Window of Opportunity sein, sich mit seiner Sexualität und seinen Bedürfnissen kritisch auseinanderzusetzen.*

**Dr. Kaynar** teilt seine Erfahrungen mit Betroffenen von Prostataveränderungen: „Bei den Männern sind Prostataerkrankungen ein großes Thema. Prostatavergrößerung und diesbezügliche Beschwerden wie Schmerzen können zu sexuellen Störungen führen. In Folge von Prostataerkrankungen oder nach Prostataoperationen kann es zu Störungen der Sexualität kommen. Bei harninkontinenten Männern und Frauen gibt es große Hemmungen, Libidoverlust, Ängste und Schamgefühle, das sehen wir immer wieder.“

**DGKP<sup>in</sup> Igerc** erzählt von Hilfsmitteln bzw. Sextoys, die auf einem Kongress für Sexualmedizin vorgestellt wurden. Sie betont, dass solche Hinweise wichtig für Betroffene sind und in der Pflegeberatung nicht genug zur Sprache kommen: „Da gibt es gerade bei vaginalen Krebserkrankungen, wenn die Personen bestrahlt werden, z.B. diesen *Oh-nut*, damit der Partner mit dem Penis nicht zu weit eindringen kann. Das schaut ein bisschen aus wie ein Donut und kann aufgestülpt werden und ist eben vorteilhaft, dass man trotzdem penetrativen Sex haben kann und dass das nicht zu Schmerzen führt.“

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** berichtet am Beispiel der Krebserkrankungen, wie wichtig es ist, neben den Betroffenen auch deren Angehörige bzw. Partner\*innen zu informieren: „Wir dürfen in keinem Fall die Partner\*innen vergessen von den Patient\*innen. Weil gerade im Bereich chronischer Erkrankungen haben die Partner\*innen eine ganz wichtige Rolle bei der Bewältigung der Erkrankung. Und die sind ja auch oft sehr verunsichert. Ich kann mich noch erinnern an eine Krebspatientin, die hatte Sorge, ob sie während der Chemotherapie Geschlechtsverkehr haben darf, weil die Chemotherapie ja so giftig ist und ob das dann ihrem Partner schadet. Das sind ganz konkrete Dinge, die die Menschen beschäftigen. Wenn das angesprochen würde, wäre das einfach klar, doch die Angehörigen selber trauen sich ja noch weniger zu fragen, weil sie sich denken: ‚Um mich geht es ja nicht und jetzt tue ich da herum wegen Sexualität und meine Frau oder mein Mann ist krank und ich jammere.‘ Die haben noch mehr Hemmungen, das Thema anzusprechen.“

*Gerade im Bereich chronischer Erkrankungen haben die Partner\*innen eine ganz wichtige Rolle bei der Bewältigung der Erkrankung.*

Ich glaube, es ist einfach wichtig, dass Angehörige genauso ein Recht haben auf ihre Bedürfnisse, auf ihre emotionalen Empfindungen, dass sie das in Anspruch nehmen und bitte auch die Ärzt\*innen in die Pflicht nehmen und ansprechen. Sei es, wenn es konkrete Fragen sind: Ist das erlaubt, ist das nicht erlaubt, ist das gefährlich? Aber auch Unterstützung suchen, nicht nur von ärztlicher Seite. Weil es kann zu totalen Rollenveränderungen kommen, wenn der leidenschaftliche Liebhaber zum abwartenden Duldler wird. ‚Wie gehe ich damit um?‘ Das sind komplexe Fragen und ich glaube, es ist ganz wichtig, dass man nicht denkt: ‚Na ja, das muss man alles selber schaffen.‘ Darum gibt es Leute mit denen man darüber sprechen kann und da muss man jetzt keine jahrelange Psychotherapie machen. Da helfen oft 1-2 Gespräche. **Information ist einer der größten Angstkiller, die wir kennen, sollte aber die Informationsbedürfnisse des Gegenübers treffen.** Darum wäre es einfach wichtig zu fragen: ‚Gibt es im Zusammenhang mit Sexualität irgendetwas, das Sie beschäftigt?‘ Wenn ich sie so frage, dann höre ich das, was sie beschäftigt. Es ist jetzt nicht so gemeint, dass ich meinen Sack an Wissen über ihnen ausschütte und das interessiert sie alles gar nicht. Und das, was sie wissen wollen kommt nie zur Sprache. Und ich habe das Gefühl: ‚Ja, wir haben eh über Sexualität geredet.‘ Aber eben nicht über die der Betroffenen! Das bringt ja nichts.“

*Information ist einer der größten Angstkiller, die wir kennen, sollte aber die Informationsbedürfnisse des Gegenübers treffen.*

*Es ist wichtig, dass die Partner\*innen miteinander sprechen und Verständnis haben. Schamgefühle sind verständlich, müssen aber nicht sein.*

**Dr. Kaynar** spricht Schuld und Schamgefühle der Partner\*innen von Krebserkrankten an: „Bei Prostatakrebs und nach diesbezüglichen Eingriffen kann es zu Schmerzen und Störungen kommen. Bei Frauen bei Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs kann es nach Operationen zu Schuld- und Schamgefühlen kommen, da leidet die Sexualität darunter. Es ist wichtig, dass die Partner\*innen miteinander sprechen und Verständnis haben. Schamgefühle sind verständlich, müssen aber nicht sein. Wenn möglich, sollten diese Themen auch in therapeutischen Sitzungen aufgegriffen werden.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** beschreibt anhand eines Beispiels die Kommunikation zwischen Partner\*innen bei onkologischen Erkrankungen: „Denken wir z.B. an eine Patientin, die bestrahlt worden ist im Genitalbereich, wo sich unter der Bestrahlung Verklebungen in der Scheide ergeben, wo er Angst hat hinzugreifen, sie Angst hat, es sind so viele Fragen offen. Es ist ja gut, wenn ich das mit der Patientin bespreche, aber was ist mit den Ängsten des Partners? Wenn er sich dann überhaupt nicht mehr in die Nähe traut? Indem ich beide entlaste, mache ich es für beide leichter. Und es gibt oft den Fall, wo aufgrund der Medikation, z.B., wenn wir Antihormone geben müssen, die Sexualität heruntergefahren wird, da brauche ich doch beide, weil es wird das Leben von beiden verändert. Für mich ist das wie Magie. Wenn man mit denen redet, was sie für Lösungen finden, wie man andere Sexualität lebt. Das kann man aber nur erreichen, wenn beide da sind und beide sich gesehen fühlen, auch im eigenen Schmerz und Verlust. Natürlich gibt es auch manche, die ihre Partnerin oder ihren Partner verlieren. Weil ich sehr viel mit Selbsthilfegruppen arbeite, sehe ich natürlich schon auch, dass Betroffene verlassen werden. Ich denke, die werden verlassen, weil die Partnerin oder der Partner, meistens Männer, wahnsinnig hilflos ist mit der Situation, komplett überfordert ist und einfach aussteigt und sich schont, weil sie oder er damit nicht umgehen kann. Das ist natürlich doppelt schlimm.“

## 4.7. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose (MS) ist eine **neurologische Autoimmunkrankheit**, welche nicht ansteckend, chronisch-entzündlich ist und sehr unterschiedlich verlaufen kann. Bei 80 bis 90 % der Erkrankten beginnt die Erkrankung akut mit einem „Schub“ und verläuft dann zunächst schubförmig weiter. Bei 10 bis 15 % entwickeln sich die Beschwerden kontinuierlich zunehmend (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022<sup>12</sup>). In Österreich liegt die Prävalenz bei 1,53 % (Multiple Sklerose-Atlas, 2020<sup>13</sup>). **Da in der Österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS Multiple Sklerose nicht erhoben wird, können keine Daten zur sexuellen Zufriedenheit dargestellt werden.**

Die Erkrankung manifestiert sich bei Patient\*innen sehr unterschiedlich, wie **Dr. Pichlhöfer** anhand von Erfahrungen aus der allgemeinmedizinischen Praxis berichtet: „MS-Patient\*innen sind sehr unterschiedlich, je nachdem, welche neurologischen Ausfälle sie haben. Da gibt es Leute, denen man es nicht anmerkt, die in ihrer Sexualität sicher nicht beeinträchtigt sind, und andere, die schwer beeinträchtigt sind.“

*MS-Patient\*innen sind sehr unterschiedlich, je nachdem, welche neurologischen Ausfälle sie haben.*

**DGKP<sup>in</sup> Signer** plädiert für professionelle Begleitung und Beratung von MS-Patient\*innen, da die Erkrankung komplex verläuft: „Multiple Sklerose ist ein Bereich, mit dem ich häufig konfrontiert war und bei dem ich an einem Ratgeber mitgewirkt habe. Hier tut es gut, wenn die Menschen Begleitung haben. Da braucht es oft mehrfache Beratung, weil sich die Symptome häufig ändern. Wenn ein Schub da war, können sich Beschwerden zurückbilden oder dauerhaft bleiben. Für die Menschen ist es wichtig, sich an fachliche Berater\*innen wenden zu können, nicht nur, wenn die Blase gestört ist, sondern auch wenn sie eine Veränderung der Sexualität bemerken, die bei MS häufig auftritt.“

Viele Patient\*innen, die sich mit Erkrankungen wie Multiple Sklerose in einer ergotherapeutischen Praxis vorstellen, sind in ihrer Sexualität eingeschränkt. Darüber spricht aber so gut wie niemand (Raß, 2020). Eine *Studie in den Niederlanden* hat ergeben, dass die Prävalenz von sexuellen Dysfunktionen bei MS-Patientinnen bei 32 % liegt, bei niedriger Screeningrate (Scheepe et al., 2015). In anderen Publikationen werden bei bis zu 43 % Multiple Sklerose-Patient\*innen Blasen-, Darm- und sexuelle Probleme berichtet (Wang et al., 2018). Unter jungen Patient\*innen klagen ungefähr 70 % über mindestens eine sexuelle Dysfunktion (verminderte Libido, erektile Dysfunktion, vorzeitige oder verzögerte Ejakulation oder schmerzhaftes Penetration), 22 % von ihnen geben an, dass die Störung häufig ist.

Die Dauer der Erkrankung steht in Zusammenhang mit einer geringeren sexuellen Zufriedenheit, das häufigste Problem ist mangelndes sexuelles Interesse (Calabro et al., 2018). Manche Patientinnen berichten von großer Scham und versuchen sich ihren Partnern anders zu präsentieren als sie sind, was als „Sexualleben hinter der Maske“ bezeichnet wird (Dehghan-Nayeri et al., 2018). Da über sexuelle Probleme selten offen gesprochen wird, macht es Sinn, dass Gesundheitsdienstleister\*innen in der klinischen Praxis systematisch nach Symptomen fragen. Einer Befragung zufolge passiert das in nur 21 % der Fälle (Wang et al., 2018).

12 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/multiple-sklerose/inhalt>

13 Multiple Sklerose-Atlas (2020). Verfügbar unter <https://www.msif.org/>



*Respektvoll, fragend,  
neugierig auf andere  
Kulturen, weil sonst  
erreichen wir die  
Patient\*innen nicht.*

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** beobachtet Schamgefühle von MS-Patient\*innen aus einem kulturellen Blickwinkel: „Was für mich erstaunlich war und mir bei MS-Patienten aufgefallen ist, dass in Kulturen, wo ein Mann quasi den Mann stehen muss, Frauen oft nicht damit umgehen können, wenn die Männer ein Fatigue-Syndrom entwickeln. Die sind dann schwer erschöpft und das passt überhaupt nicht in dieses Männerbild. Was für mich auch wichtig ist, dass man Acht geben muss mit verschiedenen Kulturen, mit denen man arbeitet in Bezug auf Sexualität. Am besten man orientiert sich zuerst einmal, was in der jeweiligen Kultur gang und gäbe ist. Viele haben strenge Vorgaben, denen sie sich unterzuordnen versuchen und wo wir schauen müssen, wie wir dann therapeutisch damit umgehen, sodass sie sich in ihrer Religiosität respektiert fühlen, die ja oft Ursache ist, warum die Sexualität irritiert ist. Respektvoll, fragend, neugierig auf andere Kulturen, weil sonst erreichen wir die Patient\*innen nicht. Ich habe sehr viel mit Selbsthilfegruppen für Patient\*innen zu tun. Je jünger die Betroffenen sind, und es sind ja oft junge, desto mehr möchte ich ihnen mitgeben, dass sie keine Angst haben sollen. Wenn sie merken, sie haben Ausfälle, was kann ich tun? Dass ich sofort mit ihnen rede und sie auch ermutige, Ärzt\*innen anzusprechen. Schamlos werden, weil es ist ja ihre Sexualität.“

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** erwähnt medikamentöse Hilfestellung für MS-Betroffene: „Multiple Sklerose-Patient\*innen haben sehr oft auch Depressionen, da gibt es die Möglichkeit, dass man *Off-Label* Medikamente einsetzt. Den Patienten könnte man z.B. Medikamente gegen Erektionsstörungen geben, damit sie ihre Sexualität ausleben können.“

Die Behandlung sexueller Dysfunktionen kann die Lebensqualität der Betroffenen verbessern (Zamani et al., 2017). Mangelnde Zufriedenheit mit sexuellen Funktionen ist bei Multiple Sklerose mit einem erhöhten Depressionsrisiko und Müdigkeit verknüpft, aber in einigen Fällen durch Lebensstilfaktoren wie Ernährung und körperliche Aktivität beeinflussbar (Marck et al., 2016).



## 4.8. Muskuloskelettale Erkrankungen

Zu > muskuloskelettalen Erkrankungen zählen entzündliche und degenerative **Erkrankungen des Bewegungsapparats**, die zu Schmerzen, Bewegungs- bzw. Funktionseinschränkungen und dem Verlust an Lebensqualität führen. Neben chronischen Schmerzen fallen darunter Rheuma und Arthrose. Arthrose hat eine Prävalenz von 13,8 % in Wien. Bei chronischen Kreuzschmerzen oder anderen chronischen Rückenleiden sind es in Wien 26,7 %. Die Prävalenz von chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen chronischen Beschwerden an der Halswirbelsäule beträgt in Wien wiederum 20,2 %. Chronische Kopfschmerzen kommen in Wien auf eine Prävalenz von 9,6 % (ATHIS, 2019).

In Zusammenhang mit **sexueller Zufriedenheit** zeigt sich, dass 39,8 % der Befragten mit **chronischen muskuloskelettalen Schmerzen** von zumindest mittlerer Intensität angeben, mit ihrem Sexualleben (*sehr*) zufrieden zu sein. Wie ein Vergleich der grünen Säulen in Abbildung 21 zeigt, sind dies 20,2 Prozentpunkte weniger als bei Personen ohne solche Schmerzen. Diese sind zu 60,0 % sexuell (*sehr*) zufrieden. Gleichzeitig ist bei den Betroffenen der Anteil jener, die mit ihrem Sexualleben *weder zufrieden noch unzufrieden* sind, um 17,2 Prozentpunkte höher als bei den Nicht-Betroffenen. Der Rückgang der Zufriedenheit wird also fast völlig vom Zuwachs in der *Weder-noch-Kategorie* (violette Säule, auf 43,0 %) kompensiert. Auch der Anteil (*sehr*) Unzufriedener ist bei den Betroffenen ein wenig, aber nicht signifikant höher (rote Säulen).

**Abb. 21: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, ohne vs. mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, Anteile in %**

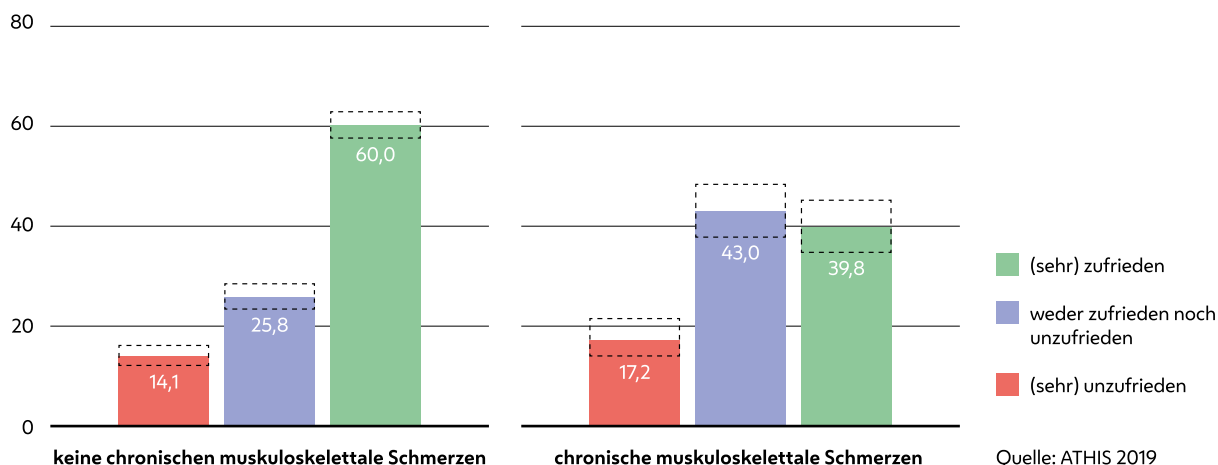


Abbildung 22 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit** bei Vorliegen chronischer muskuloskelettaler Schmerzen verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Wie an der grünen Säule im rechten Diagramm zu erkennen, reduziert sich die sexuelle *Zufriedenheit* bei Frauen um 23,2 Prozentpunkte, wenn muskuloskelettale Schmerzen vorliegen. Bei Männern beträgt dieser Rückgang nur 13,2 Prozentpunkte. Damit geht bei beiden Geschlechtern ein gleich starker Anstieg des Anteils jener einher, die mit ihrer Sexualität *weder zufrieden noch unzufrieden* sind (violette Säulen). Bei Frauen ist im Gegensatz zu Männern auch ein Anstieg des Anteils (*sehr*) Unzufriedener zu erkennen, der mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen einhergeht (rote Säulen).

**Abb. 22: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei Vorliegen muskuloskelettaler Schmerzen, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



Es wird angenommen, dass sexuelle Dysfunktion bei Patient\*innen mit chronischen Schmerzen weit verbreitet ist. **Chronische Schmerzen sind komplex und werden häufig von anderen komorbiden Erkrankungen begleitet, die die sexuelle Funktionsfähigkeit beeinträchtigen können.** Diese Komplexität und die möglichen Wechselwirkungen erschweren die Diagnose der Ursache sexueller Funktionsstörungen. Viele der psychologischen und biologischen Mechanismen, die bei sexuellen Funktionsstörungen und chronischen Schmerzen eine Rolle spielen, sind schlecht definiert (Dorado et al., 2018). Aus einer Stichprobe von 155 Mediziner\*innen geben 64 % an, dass sie sich in medizinischen Gesprächen bzw. bei der Anamnese nicht mit Sexualität befassen, 23 % tun dies die meiste Zeit. Die Hauptgründe für das Nicht-Ansprechen sind Zeitmangel, Angst, die/den Patientin/Patienten in Verlegenheit zu bringen, und Scham (Cherpak et al., 2016). Eine Untersuchung von Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder macht deutlich, wie essentiell Kommunikation ist: Bei Rheuma-Patient\*innen ist die Prävalenz von Sexualfunktionsstörungen deutlich erhöht. Jedoch können sexuelle Probleme bei bis zu 80 % der Betroffenen von der/m behandelnden Ärztin/Arzt gelöst werden. Als hilfreich erweist sich dabei das in Kapitel 4.9. beschriebene *PLISS(IT)-Modell*.

*Gezielte Physiotherapie und Schmerztherapie können die Sexualität und Begleitdepression verbessern.*

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** weist auf Behandlungsmöglichkeiten hin: „Bis zu 90 % der Patient\*innen mit Rheuma haben eine Sexualfunktionsstörung aufgrund der Erkrankung selbst und aufgrund der häufigen Begleitdepression. Gezielte Physiotherapie und Schmerztherapie können die Sexualität und Begleitdepression verbessern.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** berichtet: „Wir wissen, dass alle chronischen Erkrankungen sehr oft sexuelle Funktionsstörungen verursachen. Bei chronischen Schmerzpatient\*innen bin ich mir nicht sicher, ob sie deswegen nicht über Sexualität reden, weil sie gar nicht mehr stattfindet, weil durch chronische Schmerzen die Libido weg ist und es ihnen unangenehm ist, darüber zu reden. Ich glaube, viele fügen sich dem.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** verweist auf Studienergebnisse: „Über muskuloskelettale Erkrankungen haben auch wir in Österreich eine Studie gemacht, nur an Frauen, weil es mehr Frauen trifft. Wir haben gesehen, dass über 40 % der betroffenen Frauen irgendeine Sexualfunktionsstörung hat.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** wünscht sich als Allgemeinmedizinerin mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit beim Umgang und der Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen aufgrund chronischer Schmerzerkrankungen: „Ich glaube, nicht nur fachärztliche übergreifende Zusammenarbeit ist wichtig, sondern ganz viel können Physiotherapeut\*innen machen. Aber da scheitert es daran, dass sich die meisten Patient\*innen niedergelassene Physiotherapeut\*innen nicht leisten können. Bei chronischen Schmerzpatient\*innen wäre es aber sehr hilfreich, denn wenn man Schmerzen reduzieren kann, steigt oft auch die sexuelle Lust. Dazu müsste ich die Möglichkeit haben, in die Physikalischen Institute zu überweisen, genau mit dieser Problemstellung und die Bewilligung dafür kriegen. In den letzten Jahren wurden physikalische Überweisungen eher restriktiv bewilligt. Wenn ich hinschreibe *Sexualfunktionsstörung und chronischer Schmerzpatient* glaube ich, es würde abgelehnt werden. Im Physikalischen Institut bekommen die Patient\*innen niemals, egal warum ich sie hinschicke, zu Beginn das, wo ich glaube, dass es zielführend ist. Wir könnten uns im Gesundheitssystem Geld sparen, wenn wir genauer zuweisen würden.“

*Wenn man Schmerzen reduzieren kann, steigt oft auch die sexuelle Lust.*

**Frau Fiala** berichtet als Stellvertreterin der **Selbsthilfegruppe Schmerz** von den Erfahrungen der Betroffenen: „Es dauerte einige Zeit, bis ich mit ein paar Patient\*innen sprechen konnte und auch diese bereit waren, über Sexualität und Krankheit zu sprechen. Natürlich ist es doch auch ein Tabu und die Angst, dass man solche Bedürfnisse gar nicht äußern darf, da man dann womöglich von Ärzt\*innen nicht (oder noch weniger) ernst genommen wird. Wenn man Schmerzen hat, dann hat man doch sonst keine Bedürfnisse, sondern man will nur möglichst rasch die Schmerzen loswerden, oder? Aber, wir alle wissen auch, dass gerade die ausgeschütteten Hormone bei körperlicher Zuwendung – Streicheleinheiten, Zärtlichkeit – den Schmerz reduzieren können und dass gerade Schmerzpatient\*innen daher oft mehr Bedürfnis nach körperlicher Nähe haben. Das ist doch auch verständlich? Nur, keine Ärztin und kein Arzt hat das je hinterfragt und die Patient\*innen werden das Thema von sich aus sicher nicht ansprechen.“

*Gerade die ausgeschütteten Hormone bei körperlicher Zuwendung – Streicheleinheiten, Zärtlichkeiten – können Schmerzen reduzieren und gerade Schmerzpatient\*innen haben daher oft mehr Bedürfnis nach körperlicher Nähe.*

Natürlich hat – fast – jeder Mensch diese Bedürfnisse und Schmerzpatient\*innen sind auch nicht anders. Dass zeitweise diese Bedürfnisse durch die Libido senkende Medikamente beziehungsweise zu starke Schmerzen in den Hintergrund gedrängt werden, ist auch bekannt. Aber ich war überrascht, dass die angesprochenen Patient\*innen regelrecht erleichtert waren, dass einmal jemand überhaupt danach fragt und dieses Thema anspricht! Über diese Aussagen war auch ich überrascht und deshalb glaube ich, dass dieses Thema nicht weiter unberücksichtigt gelassen werden sollte.

Natürlich ist das ein Thema und natürlich leiden die Paare darunter. Das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und natürlich auch Sex ist da, vielleicht sogar stärker – aus oben genannten Gründen – als bei vielen Gesunden. Aber wie und ob man diese Bedürfnisse ausleben kann, ist eine andere Sache. Wenn der Mann krank ist, gibt es schon aus diesem Grund gewisse Einschränkungen und bei zu starken Schmerzen vergeht natürlich jedem Menschen die Lust auf Sex, aber nicht auf Zärtlichkeit und körperliche Nähe. Wie das die Paare in ihrem Leben gestalten (können) ist schwer zu beantworten. Aber es wäre sicher an der Zeit, auch darüber einmal in Fachkreisen zu sprechen und nicht die Schmerzpatient\*innen als unglaublich zu behandeln, wenn sie – neben dem Wunsch nach Schmerzreduktion – noch andere Bedürfnisse haben.“

## 4.9. Kommunikation im Gesundheitswesen

Im Hinblick auf die Gesprächssituation zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen wird in der wissenschaftlichen Literatur bei der Anamnese sexueller Schwierigkeiten auf das *PLISS(IT)-Modell* der sexuellen Beratung verwiesen (McInnes, 2003, 265). Das Modell wird im Folgenden dargestellt.

**Tabelle 2: PLISS(IT)-Modell**

Quelle: McInnes, 2003

P (Permission/Erlaubnis)	LI (limited Information/limitierte Informationen)	SS (specific Suggestions/spezifische Vorschläge)	IT (intensive Therapy/intensive Therapie)
Die/Der Ärztin/Arzt eröffnet ein Gespräch über Sexualität und ermutigt die/den Patientin/Patienten sexuelle Probleme zu diskutieren und Fragen zu stellen. Oft ist bereits das Interesse und die Unterstützung der/s Ärztin/Arztes eine Entlastung für Patient*innen.	Informationen über den Einfluss der Erkrankung auf die Sexualität sowie mögliche Behandlungsformen können vermittelt werden.	Vorschläge können beinhalten: Das Vorlesen gedruckter Materialien über Sexualität und Erkrankung, das Einnehmen von Schmerzmitteln vor sexuellen Handlungen, Hinweise auf alternative Techniken oder Positionen. Zur Behandlung zählen Beratung, Medikamente oder beides. Manche Paare benötigen zusätzliche Beziehungsberatung.	Dieses Level benötigt eine spezielle Ausbildung und wird von Sexualberater*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen oder Psychiater*innen vermittelt.

Als Hilfestellung für die Arbeit mit Patient\*innen werden einige Beispiele für sensible **Gesprächseröffnungen** vorgestellt.

- Routinefragen: „Ich frage meine Patient\*innen stets, ob Beziehungsprobleme oder sexuelle Schwierigkeiten bestehen. Sexuelle Gesundheit ist ein wichtiger Teil des Lebens. Manchmal haben Erkrankungen bzw. Medikamente einen Einfluss auf die Sexualität. Wie geht es Ihnen in Ihrer Beziehung zuletzt?“
- Generalisieren: „Personen mit chronischem Nierenversagen erleben oftmals sexuelle Schwierigkeiten, wie vermindertes Lustempfinden oder Probleme mit dem Genuss. Fühlen Sie sich beeinträchtigt?“
- Normalisieren: „Wenn Frauen eine Brustkrebsdiagnose erhalten, ist es normal besorgt darüber zu sein, wie sich die Behandlung auf das Sexualleben auswirken kann. Welche Sorgen haben Sie?“
- Statistiken: „Über 80 % der Männer mit vaskulären Erkrankungen berichten sexuelle Probleme, wie Schwierigkeiten beim Bekommen oder Erhalten einer Erektion. Haben Sie Unterschiede bemerkt?“
- Offene Fragen: „Welche Art sexueller Probleme haben Sie zuletzt wahrgenommen?“ oder „Was ist passiert, als Sie mit Ihrer/m Partner\*in schlafen wollten?“ oder „Wie beeinflusst Ihr Gesundheitszustand Ihre Beziehung?“

Neben der Gesprächseröffnung sind **Informationssammlung, Strukturierung und Beziehungsaufbau** Empfehlungen für ein sensibles Ansprechen von Tabuthemen. Zur Informationssammlung zählen: das Erfassen der medizinischen und lebensweltlichen Bedeutung für die Betroffenen, das Sicherstellen von Verständnis und das Unterbreiten von Angeboten. Unter Strukturierung wird verstanden, Zeit einzuteilen, Orientierung zu geben und die Anliegen zusammenzufassen. Beziehungsaufbau umfasst das Signalisieren von Verständnis, Wertschätzung und Unterstützung, ein geeignetes Umfeld herzustellen und die/den Patientin/Patienten angemessen zu beteiligen. Ein weiterer Hinweis ist, zum Abschluss des Gesprächs nach dem Ansprechen von Tabuthemen auf alltägliche, leichtere Themen zu lenken.

Es gilt dabei respektvoll mit einer möglichen Weigerung der Patient\*innen umzugehen, aufgrund kultureller oder anderer Tabus nicht über Sexualität sprechen zu wollen. Wenn ein Gespräch bzw. eine Beratung gewünscht ist, kann die/der Partner\*in mit eingebunden werden. **Viele Mediziner\*innen erkennen Anzeichen sexueller Probleme nicht bzw. geben an, sich unwohl zu fühlen, über sexuelle Praktiken zu sprechen, sie haben das Gefühl, nicht genügend Skills/Fähigkeiten in diesem Bereich zu haben, fühlen sich nicht adäquat über Behandlungsoptionen informiert, haben die Sorge, Patient\*innen zu nahezutreten oder nicht genügend Zeit zur Verfügung zu haben. All diese Faktoren werden als Barrieren für die Erhebung einer Sexualanamnese und diesbezüglicher Beratung angeführt. Von daher ist ein effektives Training in der medizinischen Ausbildung essentiell, um Patient\*innen unterstützen und langfristige Verhaltensänderungen bei diesen bewirken zu können.**

Kommunikation über sexuelle Themen hängt maßgeblich von Investitionen in Ausbildungen ab, die Informationen vermitteln, aber auch durch Follow-ups und begleitende Supervision ergänzt werden können. Eine *Trainingsevaluation in Amerika* kam zu dem Ergebnis, dass 90 % der Mediziner\*innen eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen können, jedoch nur 61 % das Unwohlsein der Patient\*innen erkennen und noch weniger die spezifischen Sorgen der Betroffenen. Das bekräftigt die Empfehlung, interaktive Trainings anzubieten, die Behandler\*innen-Patient\*innen-Interaktionen simulieren und die Entwicklung diesbezüglicher Fähigkeiten fördern (Hecht et al., 2016). Prof. Hartmann hat in einem Beitrag zu sexueller Gesundheit im Bundesministerium in Wien berichtet, dass Einstellung und Haltung von Ärzt\*innen zur Bedeutung der sexuellen Gesundheit sehr wichtig sind und Patient\*innen „feine Antennen“ haben, wenn ein falscher Tonfall benutzt oder Probleme bagatellisiert werden. Das Ernstnehmen des Leidensdrucks der Betroffenen sowie eine gemeinsame Lösungsfindung zählen zu den kurativen Faktoren. Er weist darauf hin, dass es in fast allen Bereichen der Medizin viele „Brücken“ zu Sexualität gibt, über die Patient\*innen erreicht werden können (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2021<sup>14</sup>).

Die verschiedenen Nuancen der **Kommunikationsschwierigkeiten** zwischen Gesundheitsdienstleister\*innen und Patient\*innen im Umgang mit der Sexualität waren ein wichtiges Thema der qualitativen Interviews, die für diesen Gesundheitsbericht geführt wurden. Befragte Expert\*innen betonten mehrfach, wie wichtig eine sensible und neutrale Kommunikationsform ist und dass Sexualität in der Gesundheitsvorsorge und Behandlung aktiv angesprochen werden sollte.

**Mag. Bissuti** verweist darauf, wie schwer der Umgang mit sexuellen Problemen für Betroffene sein kann: „Es kann etwas sehr Endgültiges haben, sich von der Sexualität als Genussmoment zu verabschieden, das ist ein bisschen so, wie wenn ich mich vom Essen als Genuss verabschiede. Sexualität ist zwar weniger lebensnotwendig wie Essen, aber ich meine diesen Genussmoment. Wenn man sich vorstellt, sich davon zu verabschieden und dann gibt es halt nichts mehr, das gut schmeckt, es gibt halt nur mehr künstliche Ernährung oder so, da geht natürlich extrem was verloren.“

*Es kann etwas sehr Endgültiges haben, sich von der Sexualität als Genussmoment zu verabschieden.*

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** ermutigt Behandler\*innen, das Thema Sexualität offen anzusprechen: „**Patient\*innen sprechen Sexualität nicht an, weil es ihnen extrem unangenehm ist.** Sie würden sich wünschen, dass Gesundheitsberufe – das ist meine zentrale Botschaft – von sich aus das Thema ansprechen sollten. Sei es in Bezug auf körperliche Einschränkungen einer Erkrankung, psychosoziale Belastungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten.

Sexualität ist einfach ganz was Intimes, ganz was Persönliches und wenn wir hier Probleme haben, dann trifft uns das ganz tief. Das hat sehr viel mit Scham zu tun, das trifft uns in unserer ganzen Persönlichkeit. Umso schlimmer, wenn wir nicht vorbereitet sind.

14 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2021). Sexuelle Gesundheit: Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Sexuelle-Gesundheit.html>

*Sexualität ist einfach ganz was Intimes, ganz was Persönliches und wenn wir hier Probleme haben, dann trifft uns das ganz tief.*

Wenn ich also nicht weiß: Im Zuge dieser Erkrankung kann das auftreten. Dann versuche ich es zu verbergen. Es dauert sehr lange, und das ist einfach das Problem, bis Patient\*innen wirklich Hilfe bekommen. Das könnte man verhindern, indem man es zu Beginn proaktiv anspricht. Das Problem von Mediziner\*innenseite ist, dass man zu Beginn einer Erkrankung denkt, es sind andere Themen wichtiger. Leider muss man sagen, dass laut Studien nur etwa 10 % der Ärzt\*innen von sich aus das Thema proaktiv ansprechen. Da werden vielfältige Gründe genannt, man sagt dann Zeitmangel, organisatorische Mängel oder ich kenne mich nicht aus, aber dahinter steht doch auch ein bisschen eine Unsicherheit! Wie soll ich das ansprechen? Wie soll ich damit umgehen? Man will die Menschen nicht brüskieren, ihnen nicht zu nahetreten.“

**Dr. Kaynar** vertritt ebenfalls die Meinung, dass aktives Ansprechen der Betroffenen wichtig ist: „Die Leute trauen sich nicht, über Sexualität zu sprechen, besonders die, die aus anderen Kulturen kommen, haben größere Hemmungen. Frauen und Männer. Obwohl es sehr große Probleme sind. Deshalb müssen wir als Mediziner\*innen die Leute gezielt fragen und darauf hinweisen. Wenn wir Medikamente verschreiben, sollten wir mögliche Nebenwirkungen ansprechen und Patient\*innen ermutigen, die Medikamente nicht gleich abzusetzen und einige Wochen Geduld zu haben, denn manchmal verschwinden die anfänglichen Nebenwirkungen. Wir müssen darüber sprechen.“

**Dr. Ponholzer** weist auf die Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und dem Thema Sexualität hin: „Im Krankenhaus selbst ist die Abklärung von hochgradigen sexuellen Funktionsstörungen heutzutage etwas in den Hintergrund getreten, in der Praxis jedoch ist es nach wie vor mit einem hohen Stellenwert behaftet. Im Rahmen meiner Arbeit hat insbesondere die Erektionsstörung des Mannes auch im Krankenhaus einen hohen Stellenwert, da wir als Prostatakarzinomzentrum (zertifiziert nach der Deutschen Krebsgesellschaft) mit einer extrem hohen Quote an durchgeführten Operationen, auch eine hohe Anforderung an uns stellen dieses Thema auszuarbeiten, darzustellen und mit dem Patienten zu besprechen. In meiner Wahrnehmung sind es in erster Linie relativ junge, aufgeklärte Männer, die bereit sind, von sich aus sexuelle Funktionsstörungen anzusprechen und deswegen auch zu einer Ärztin oder zum Arzt gehen.“

*Es ist nicht so, dass man das ablehnt, aber das aktive Screening der Patient\*innen nach sexuellen Problemen findet eher nicht statt. Es kommt schon vor, aber ist nicht die Regel, dass Patient\*innen Allgemeinmediziner\*innen als Ansprechpartner\*innen für sexuelle Probleme sehen. Bei Frauen ist es in erster Linie die Gynäkologin oder der Gynäkologe und für die Männer die Urologin oder der Urologe.*

**Dr. Pichlhöfer** spricht strukturelle Probleme als Grund an, weshalb sexuelle Funktionsstörungen u.a. nicht angesprochen werden: „Generell zum Thema Sexualität im Zusammenhang mit der Primärversorgung ist es halt so, dass der sekundäre Aspekt der Sexualität mit all diesen anderen Erkrankungen ein großes Thema ist, das sehr viel Zeit und Gespräche erfordert. Ich fürchte, dass wir die aufgrund der Organisation der medizinischen Primärversorgung in Österreich nicht haben. Ich glaube nicht, dass ich der einzige bin. Und die Patient\*innen sprechen es auch im Zusammenhang mit Diabetes eher nicht an. Die Inanspruchnahme von Fachärzt\*innen, sekundärmedizinischen Einrichtungen, ist ziemlich hoch. Männer gehen zu Urolog\*innen, Frauen gehen zu Gynäkolog\*innen, zu Diätolog\*innen, sodass die eigentliche Zusammenschau – der Erkrankungen, der Komplikationen und der Sexualität – viel zu kurz kommt. Einfach aufgrund struktureller Probleme meiner Meinung nach. Ich kann Ihnen da aus eigener Erfahrung nicht wahn-sinnig viel berichten. Es ist nicht so, dass man das ablehnt, aber das aktive Screening der Patient\*innen nach sexuellen Problemen findet eher nicht statt. Es kommt schon vor, aber ist nicht die Regel, dass Patient\*innen Allgemeinmediziner\*innen als Ansprechpartner\*innen für sexuelle Probleme sehen. Bei Frauen ist es in erster Linie die Gynäkologin oder der Gynäkologe und für die Männer die Urologin oder der Urologe. Es kommt hin und wieder vor, dass ich von einem Mann angesprochen werde, wegen einer erektilen Dysfunktion oder dass ich das mal bei einer Vorsorgeuntersuchung erfrage. Aber dass wir regelmäßige Sexualthemen besprechen, ist eher nicht der Fall.“



**Dr.<sup>in</sup> Reiter** hat dieselbe Beobachtung gemacht: „Meine Erfahrung, die sich seit Jahren nicht verändert hat, ist, dass Sexualität nicht gerne angesprochen wird. Ich glaube, sowohl von Ärzt\*innen als auch von Patient\*innen nicht. Wenn man großzügig ist und die wenigen, die sich fragen trauen, verallgemeinert, fragen mehr Männer nach, das wäre statistisch gesehen aber verfälscht.“

Wann hat man Gelegenheit danach zu fragen? Wenn man ein neues Medikament gibt, wenn es um Nebenwirkungen geht. Sofern die Patient\*innen sich überhaupt damit auseinandersetzen wollen. Hauptsächlich bei Bluthochdruckmitteln und Antidepressiva kommt die Frage nach sexuellen Nebenwirkungen. Bei psychiatrischen Patient\*innen sind es eher die jüngeren, da haben eher Psychiater\*innen damit zu tun, weil die die Medikamente einführen und danach wird kaum mehr darüber gesprochen. Es sei denn, es kommt jemand und sagt, er hat Probleme. Die Patient\*innen besprechen das eher mit Fachärzt\*innen, wenig mit Allgemeinmediziner\*innen. Ich kann es aktiv ansprechen bei der Gesundenuntersuchung. Ich habe mich zwar immer wieder mit dem Thema auseinandergesetzt, aber man muss es sich vornehmen. Es gibt so viele Dinge, die man anspricht, bei der Vorsorgeuntersuchung, die im Vordergrund stehen und die indirekt damit zu tun haben. Wenn man unter Bluthochdruck leidet, ist die Folge davon, wenn er unbehandelt bleibt, dass man Sexualfunktionsstörungen bekommt. Bei allen Stoffwechselerkrankungen kommt das vor. Dann spricht man es an und trotzdem muss man es sich auch da vornehmen, denn die Zeit ist begrenzt. Eine halbe Stunde ist schnell um. Während einer normalen Ordinationszeit und einem normalen Dienst muss es von den Patient\*innen kommen, damit man das Thema bespricht, weil sonst ist die Zeit schnell um. Zeit ist wirklich ein Faktor.

Es gibt viele Bereiche, die schambehaftet sind, wie Inkontinenz. Wenn man Frauen aktiv darauf anspricht, bleiben die Gespräche sehr kurz. Das Thema Sexualität ist bei der Gesundenuntersuchung dabei, wenn ich es hineinnehme oder wenn die Patientin oder der Patient es anspricht. Nicht, weil es von vornherein dabei wäre, im Fragenkatalog ist es nicht abgebildet. Nehmen wir an, ich spreche das Thema an und die Patientin oder der Patient fühlt sich nicht auf den Schlips getreten und möchte darüber reden, was habe ich dann anzubieten? Das Problem ist schon, ich mache etwas auf und habe nichts anzubieten.“

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** weist auf entsprechende Rahmenbedingungen für ein solches Gespräch hin sowie auf die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen zur Enttabuisierung: „Es ist ganz wichtig, dass man das Thema Sexualität nur anspricht, wenn man Zeit hat, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und der Patientin oder dem Patienten auch Hilfe anzubieten. Wo kann ich jetzt hingehen? Was mache ich jetzt mit diesem großen Block? Oder Leidensdruck? Da sind wir manchmal wirklich von der Zeit her nicht gut aufgestellt.“

Bei chronischen Erkrankungen haben wir Programme, wo wir die Patient\*innen zu einer Schulung einladen, wo es einfach Zeit gibt bestimmte Sorgen und Themen zu besprechen, möglicherweise auch in der Gruppe, wo die Patientin oder der Patient auch merkt: Okay, anderen geht es auch nicht anders. Wo man Leidensgenoss\*innen findet und wo das kein so großes Tabuthema ist. Wo man aus dem Nähkästchen plaudert und andere findet und sagt: ‚So geht es mir auch.‘ Es gibt ja auch Themen, die man erst realisiert, wenn sie von anderen Personen angesprochen werden.

Eigentlich sollte das ein Thema bei der Urologin oder beim Urologen sein. Wenn ein Mann halbjährlich zu einer Kontrolle wegen Prostatavergrößerung geht und dort wird eine Anamnese erhoben: ‚Wie geht es Ihnen?‘ Da sollte auch abgefragt werden, ob Sexualität ein Thema ist. In den Ambulanzen, kommt mir vor, wird das häufiger abgefragt als bei Niedergelassenen und besonders bei chronisch erkrankten Patient\*innen wäre das eine Möglichkeit, Menschen mit sexuellen Problemen herauszufiltern. Bei

*Wann hat man Gelegenheit nach sexuellen Problemen zu fragen? Wenn man ein neues Medikament gibt, wenn es um Nebenwirkungen geht.*

*Es ist ganz wichtig, dass man das Thema Sexualität nur anspricht, wenn man Zeit hat, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und der Patientin oder dem Patienten auch Hilfe anzubieten. (...) Da sind wir manchmal wirklich von der Zeit her nicht gut aufgestellt.*

Psychiater\*innen habe ich das Gefühl, dass sexuelle Schwierigkeiten ein Thema sind, weil es ja ein häufiges Problem der Medikamente ist. Zumindest habe ich die Erfahrung gemacht mit ein paar Psychiater\*innen, dass das schon Thema ist. Sonst sind Selbsthilfegruppen eine gute Anlaufstelle und Infobroschüren.“

*In einem Mann-Mann-Setting kann es eine schwierige Konnotation haben, dass es den Männern peinlich ist mit einem Mann zu sprechen. Manche Männer würden sich leichter tun, wenn sie mit einer Frau über Sexualität reden. Für manche Männer wiederum ist es umgekehrt, die sind froh, dass man unter Männern spricht.*

**Mag. Bissuti** hat in der Männerberatung die Beobachtung gemacht, dass erst kommuniziert wird, wenn sexuelle Probleme auftauchen: „Meistens redet man darüber, wenn was nicht klappt. Also in Beratungsgesprächen oder im Therapiegespräch frage ich natürlich sanft oder angemessen nach. Man kann jetzt auch nicht mit der Tür ins Haus fallen und sagen: ‚Na, wie schaut das jetzt aus?‘ Auch in der diagnostischen Aufklärung z.B. bei der erektilen Dysfunktion muss man sehr intime Fragen stellen. Das ist oft nicht so einfach. In einem Mann-Mann-Setting kann das natürlich eine schwierige Konnotation haben, dass es den Männern peinlich ist mit einem Mann zu sprechen. Manche Männer würden sich leichter tun, wenn sie mit einer Frau darüber reden. Für manche Männer wiederum ist es umgekehrt, die sind froh, dass man unter Männern spricht. Dort, wo der Leistungsdruck sich als richtiger Mann darzustellen höher ist, kommen dann auch mehr Tabus dazu oder mehr Klischees. Oft hört man leider nur: ‚Ja ja, das klappt schon, das passt schon.‘ Da braucht es dann eine viel längere Vertrauenszeit bis die Männer darüber reden, was Sache ist.“

Bei chronischen, aber auch bei akuten Erkrankungen, wenn eine dramatische oder entscheidende Gesundheitssituation eintritt, wie Einschränkungen, Schmerzen oder nach einem Unfall, dann trauen sich die Männer eher das zu benennen. Das ist ein *Door-Opener*, um darüber zu reden.

Ich habe das Thema jedenfalls auf meinem Anamneseradar und warte einen guten Zeitpunkt ab. Es kommt natürlich auf die Themenstellung an und du kannst nicht verallgemeinern. Auch das Alter spielt eine Rolle und wer mir gegenüber sitzt. Wie offen berichtet die Person? Da gibt es große Unterschiede, manche springen ins kalte Wasser und erzählen mir vom Start weg sehr intime Sachen und sind entspannt dabei. Bei anderen braucht es eine Zeit zum Auftauen. Ich finde es toll und schön zu sehen, dass Männer nichts mehr zu verbergen versuchen, sondern ganz offen und menschlich darüber reden. Das ist wie eine Mauer oder Hürde oder ein heruntergezogenes Rollo und wenn das überwunden oder oben und die Maske herunter ist, da zeigt man sich dann einfach. Und das ist wirklich sehr schön warmherzig. ‚Wie schaut denn das aus? Haben Sie Schmerzen? Wie sieht es in der Sexualität aus? Wie ist es mit dem Partner oder mit der Partnerin? Was gibt es für Themen oder schauen Sie vielleicht auch mal Pornos?‘ Dass wir dann offen darüber reden, ist für mich persönlich in der Männerarbeit ja überhaupt schön, dass man Begegnungen unter Männern hat, die angstfrei sind. Das mag ich sehr an meiner Arbeit. Behutsam und einfühlsam, aber trotzdem auch klar. Ich persönlich mache sehr viel Psycho-Edukation, gerade am Anfang. Ich sage ihnen, was ich denke, kommentiere vielleicht auch etwas und mache Aufklärungsarbeit. Dass man reden kann, ohne dass man bewertet wird.“

*Wo keine Fragen sind, kann auch keine Beratung stattfinden.*

**DGKP<sup>in</sup> Lobersiner** und **DGKP<sup>in</sup> Barta** meinen, dass die größte Herausforderung in der Pflege darin besteht, im ambulanten Setting die richtigen Rahmenbedingungen zu finden, um Patient\*innen aktiv auf das Thema Sexualität ansprechen zu können. Zu diesen zählen: passende Räumlichkeiten, zeitliche und personelle > Ressourcen, die Stimmung bzw. einen offenen Raum dafür schaffen zu können und vor allem, dass Patient\*innen sich trauen, Fragen zu stellen. Denn wo keine Fragen sind, kann auch keine Beratung stattfinden.



**DGKP<sup>in</sup> Signer** beschreibt aus unterschiedlichen Blickwinkeln die Arbeit als Pflegekraft, wenn es um Kommunikation bzw. das aktive und richtige Ansprechen dieses Themas geht: „Ich sehe bei den Profis viel Luft nach oben. Wir können bei den Hausärzt\*innen anfangen, die ja auch Betreuer\*innen der chronisch Erkrankten sind, wenn durch diese nicht nachgehakt wird und es von ihnen keine Hinweise auf Hilfestellungen bzw. Beratung gibt. Oder auch nur den Hinweis, dass das ein berechtigtes Thema im Kontext mit chronischer Erkrankung ist und dass Sexualität nicht etwas ist, das die Menschen abschreiben oder der Krankheit unterordnen müssen, sondern dass Sexualität tatsächlich eine so wertvolle Dimension unseres Menschseins ist, dass sie auch im Zusammenhang mit Erkrankung einen Stellenwert haben darf. Einige Mediziner\*innen machen mit Aussagen im Sinne von: ‚Seien Sie froh, wenn Sie wieder gesund werden!‘ den Betroffenen keinen Mut, und es kann sich das Gefühl einstellen: ‚Jetzt bin ich krank, da darf ich ja keine sexuellen Wünsche und Lust mehr haben.‘ Da gibt es viele Vorurteile und starke Tabuisierung. Gefragt wurde ich von Patient\*innen ganz selten. Das ist auch meine Erfahrung bei Workshops und Fortbildungen.“

Es ändert sich möglicherweise in Zukunft, weil das Thema viel stärker öffentlich präsent ist. Trotzdem, wenn es um meine eigene, höchstpersönliche Sexualität geht, dann ist das eine viel schwierigere Sache. Der Anteil an Menschen, die mich befragt haben, ist ein vernichtend geringer. Männer nach radikaler Prostataoperation fragen schon, weil da die unmittelbare Beeinträchtigung im Vorfeld besprochen wird und Inkontinenz, Harnverlust und Sexualfunktionsstörung Kardinalthemen sind. Hier kommen von Männern durchaus Fragen zu Sexualfunktionsstörungen.

Bei anderen Patient\*innen, bei denen das nicht so offensichtlich ist, egal ob bei einer Krebserkrankung oder Multiple Sklerose, die primär wegen einer Blasengeschichte zu mir kommen oder Brustkrebs, da füge ich manchmal den Satz hinzu: ‚Ich habe jetzt noch eine Frage an Sie. Wie fühlen Sie sich in Ihrer Partnerschaft, wie geht es Ihnen in der Sexualität?‘ Da ist eine behutsame Formulierung, sodass es nicht nach Verhör klingt, wichtig. Ich sage auch manchmal: ‚Das ist jetzt vielleicht eine ungewöhnliche Frage.‘ Weil es tatsächlich im Krankenhaus nicht gewöhnlich ist, das muss man ehrlich sagen. Wir erwarten es nicht und sind es nicht gewohnt, dass wir im Krankenhaus zum Thema Sexualität befragt werden.

Das ist auch bei vielen Gynäkolog\*innen und Urolog\*innen nicht selbstverständlich, obwohl sie für diese Bereiche zuständig sind. In diesem Zusammenhang ist es hilfreich zu sagen: ‚Vielleicht klingt das jetzt für Sie ein bisschen ungewöhnlich, aber ich möchte, dass Sie wissen, dass Sie auch beim Thema Sexualität oder Funktionsstörungen oder Sorgen, die die Partnerschaft betreffen, mit mir sprechen können. Ich habe da ein offenes Ohr für Sie.‘ Solche Einladungen sind immer ermutigend.

Ich gehe in Gesprächen über Sexualität immer mit einer wertschätzenden, offenen Haltung. Es ist wichtig, den Betroffenen die Freiheit zu geben, das Thema anzusprechen zu können, aber nicht, dass es verpflichtend ein Thema sein muss. Wenn man das Thema den Menschen auf diese großzügige Art und Weise aufs Buffet legt, dann können sie danach greifen. Sie müssen nicht das Gefühl haben, das ist jetzt eine verpflichtende Thematik und sie werden zu ihrer Sexualität verhört, sondern es geht darum, dass es ein behutsames, achtsames und respektvolles Angebot im Gespräch ist. Damit habe ich in meiner Berufstätigkeit die allerbesten Erfahrungen gemacht, weil ich ganz viel Dankbarkeit von den Menschen gespürt habe, dass da endlich jemand ist, der darauf eingeht und der auch diesen Aspekt von Menschsein im Kontext chronische Erkrankung wichtig nimmt.

Bei chronischen Erkrankungen geht das so schleichend, plötzlich ist die Erkrankung chronisch und es ist schon ein halbes Jahr vergangen – wann ist dann der richtige Zeitpunkt, es anzusprechen und wann nehmen es Betroffene als Problemfeld wahr? Die Menschen spüren auf große Distanz, ob da Raum ist, Sexualität anzusprechen oder nicht. Wir Profis sind dafür zuständig, dieses Thema aktiv anzusprechen. Das ist unser

*Wir erwarten es nicht und sind es nicht gewohnt, dass wir im Krankenhaus zum Thema Sexualität befragt werden.*

*Ich bin überzeugt, dass der Beitrag des Gesundheitsberichtes sehr wertvoll ist, weil verschriftlichte Dinge den Charme haben, dass die Betroffenen anonym lesen können, es nicht gleich auf sich selber beziehen müssen und dann frei für sich entscheiden können, ob und wann sie darauf eingehen möchten.*

Job. Ich bin überzeugt, dass der Beitrag des Gesundheitsberichtes sehr wertvoll ist, weil verschriftlichte Dinge den Charme haben, dass die Betroffenen anonym lesen können, es nicht gleich auf sich selber beziehen müssen und dann frei für sich entscheiden können, ob und wann sie darauf eingehen möchten.

Der zeitliche Rahmen ist für viele Ärzt\*innen das Kardinalthema, mit dem sie entschuldigen, Sexualität nicht anzusprechen. Das ist es aber nicht! Man kann in zwei Minuten Sexualität besprechen. Wenn sich dabei herausstellt, es ist mehr ein Paarthema, dann kann man Paarberatung empfehlen. Wenn sich herausstellt, es ist ein körperliches Thema, kann man eine Checkliste abarbeiten. Es sind nicht mehr als zwei Minuten nötig, um das Thema zu explorieren. Ich denke, es ist oft Unsicherheit, warum es Mediziner\*innen vermeiden bzw. sich nicht daran wagen. Wenn sich daraus lange Problemgespräche ergeben, ist es wichtig, einen guten Rahmen dafür zu finden. Wenn in der Ordination 20 Leute warten oder in der Ambulanz im Krankenhaus und das Thema auf den Tisch kommt, dann nehme ich das auf und sage: ‚Toll, dass Sie das ansprechen, das ist ein ganz wichtiges Thema. Ich möchte mir dafür Zeit einplanen.‘ Das wertschätzt den Mut der Betroffenen und kann anschließend in einem separaten Termin bearbeitet werden. Eine geschlossene Frage, bei der man mit Ja oder Nein antworten kann, wäre: ‚Fühlen Sie sich von Ihrer chronischen Erkrankung in Ihrer Paarbeziehung und Sexualität beeinträchtigt?‘

DGKP<sup>in</sup> Igerc erzählt, dass Sexualität auch im Alltag der Pflege tabuisiert ist: „Sexualität ist generell noch immer in der Gesellschaft ein Tabuthema und ich glaube auch in der Pflege ist es noch mehr tabuisiert, weil die Pflege auch durch den katholischen Glauben in Österreich sehr geprägt ist. Man hat nicht umsonst Schwester gesagt. Mittlerweile heißt es ja Gesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger. Dementsprechend ist es in der Pflege noch ein großes Tabuthema, was erschreckend ist, weil die Pflege so nah am Menschen arbeitet. Wir arbeiten ja direkt am Körper des Menschen und greifen sehr viel in die Intim- und Privatsphäre des Menschen ein und trotzdem fehlt in der Pflege noch die Sprache. Das ist mir stark aufgefallen.

Auf jeden Fall sollte man das Thema ansprechen und diese Hürde nehmen. **Ich glaube, dass professionelle Personen die Aufgabe haben, diese Barriere zu überwinden, weil die Patient\*innen selber können es in ihrer Position noch schwerer.** Weg von dieser Heteronormativität, es gibt verschiedenste Spielarten und das Gespräch muss bedürfnisorientiert sein.

*Es ist wichtig, sich den Raum für adäquate Pflegeberatung zu nehmen.*

Es ist in der Praxis noch immer gang und gäbe, dass von drei bis zu sechs Personen im Zimmer sind, im normalen Akutbereich. Da kann man keine intimen Gespräche führen, abgeschottet. Andere Berufsgruppen haben oft die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, es gibt ein Ärzt\*innen-Zimmer, die Physiotherapie/Ergotherapie hat ein eigenes Zimmer, wenn sie will. Für die Pflege gibt es nur das Patient\*innen-Bett. Vielleicht noch das Badezimmer. Das könnte eine Ausweichmöglichkeit sein für intime Gespräche, aber sonst gibt es nicht viele Möglichkeiten. Und ich sage auch immer den Studierenden, wie wichtig es ist, sich den Raum zu nehmen für adäquate Pflegeberatung.

Es gibt manchmal auf den Stationen so eigene Nischen, wo man sich mal zu zweit hinsetzen kann mit einer Patientin oder einem Patienten. Alleine beim Aufnahmegespräch ist es schon wichtig, dass man eine intime Atmosphäre schafft, weil da werden ja die ganzen Daten erhoben. Das ist eine große Herausforderung für die Pflege, dass sie diese Rahmenbedingungen schafft und wir wissen alle, dass Pflegepersonen sehr unter Druck stehen. Ich habe das selber mitbekommen, 12 Stunden Dienst, man läuft auf den Akutstationen die ganzen 12 Stunden durch. Man hat oft wirklich keine Zeit zum Essen und Trinken. Das sind halt die Rahmenbedingungen, die noch verbessert werden müssen.

Gerade im Pflegealltag ist das Setting oft so, wie man es von einer Visite kennt. Es kommen viele Studierende oder Turnusärzt\*innen und die Patient\*innen trauen sich oft nicht Fragen zu stellen. Und ich habe das schon oft erlebt, dass da bis zu 10 Personen in einem weißen Kittel bei der Visite waren, die gehen dann hinaus und dann sagt der Patient oder die Patientin: ‚Entschuldigung, ich habe jetzt gar nicht mitbekommen, was die Ärztin oder der Arzt gesagt hat. Können Sie mir das noch einmal erklären?‘ Da merkt man, dass die Pflege wegen verschiedenster Dinge angesprochen wird und ich glaube, da ist die Pflegeperson auch die Bezugsperson. Und das Problem ist, dass sich die Pflegepersonen nicht kompetent fühlen beim Thema Sexualität, ich kann mir vorstellen, dass da wirklich auf Fragen ausgewichen wird. Wo es eben gerade so wichtig wäre in dem Bereich gut zu beraten. Ich glaube, das ist eine Challenge für die nächsten Jahre, dass man diesen Pflegepersonen die Kompetenz gibt darüber zu sprechen. Weil Sexualität so wertvoll wäre für die Lebensqualität, die man sonst eben nicht erhält. Leider findet Pflegeberatung auch oft nur zwischen Tür und Angel statt. Aber das bewegt sich gerade immer mehr, die Pflegeberatung bekommt einen höheren Stellenwert, Gott sei Dank.“

*Leider findet Pflegeberatung oft nur zwischen Tür und Angel statt.*

**Dr. in Bayerle-Eder** empfiehlt, Fragen zu Sexualität in die Anamnese zu integrieren: „Sehr wichtig ist, dass Sexualität ein Teil der Gesamtgesundheit ist und in der WHO-Charta<sup>15</sup> verankert ist als eine Form der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Und dass gerade Patient\*innen mit chronischen Erkrankungen sehr häufig unter Sexualfunktionsstörungen leiden. Es wird oft darauf vergessen, weil es für die Ärztin oder den Arzt schwierig ist, das im normalen Ordinationsgespräch zu berücksichtigen und weil es dafür keine Refundierung gibt, zumindest im niedergelassenen Bereich, sondern das ganze auf den Privatsektor gedrängt wird. Was sehr schade ist, weil Sexualität auch eine volkswirtschaftliche Relevanz hat.

Eine große Studie einer amerikanischen Versicherung hat gezeigt, dass, wenn Sexualität mitbehandelt wird, sich Behandlungsdauer, Krankenstände und Spitalsaufenthalte verkürzen. Sexualität ist ein Tabuthema, und das nicht nur bei Betroffenen, sondern auch bei Ärzt\*innen oder Kolleg\*innen, deshalb ist in meinen Vorlesungen eine meiner ersten Unterlagen eine Patientin und eben die Ärztin oder der Arzt und da müssen sie über ein ganz spezielles Thema reden üben (Rollenspiel). Da merken sie dann ihre eigene Zurückhaltung, innere Ablehnung und Tabuisierung.

*Wenn Sexualität mitbehandelt wird, verkürzen sich Behandlungsdauer, Krankenstände und Spitalsaufenthalte.*

Wichtig ist, dass man das auch hineinbringt in den Gesundheitsbericht, dass es Patient\*innen wichtig wäre, dass die Ärztin oder der Arzt die Patient\*innen anspricht. Sie müssen sich vorstellen, Sexualität ist ja im Prinzip, wenn man sich die vegetativen Funktionen anschaut, wie Stuhl, Schlaf, Sympathikus, Parasympathikus, das vegetative Nervensystem. Allein daher müsste man fragen: ‚Funktioniert die Sexualität?‘ Weil Ärzt\*innen fragen ja auch nach Schlaf und Stuhl und sonstigen Beschwerden. Wenn das im Anamnesebogen verpflichtend drinnen ist, wie: ‚Ist sexuell alles in Ordnung? Ja, Nein?‘ Dann hakt man es einfach ab. Wenn es nicht drinnen ist, ist das oft eine Tabuisierung und hinzukommt auch mangelnde Ausbildung, weil ich nicht weiß, was ich soll damit anfangen soll. Was soll ich jetzt tun? Erste Ansprechpartner\*innen sollten die praktischen Ärzt\*innen sein, die dann die Patient\*innen weiterüberweisen, daher finde ich die Initiative von Ihnen sehr gut. Ein interdisziplinäres Setting (ähnlich wie ein *Tumor Board*) mit verschiedenen Expert\*innen sollte für komplizierte Patient\*innen angeboten werden.“

15 Weltgesundheitsorganisation. Sexual health. Verfügbar unter: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en)

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** wird von Patient\*innen regelmäßig auf Sexualität angesprochen, da sie sich auf dieses Thema spezialisiert hat und dafür bekannt ist. Sie berichtet von ihren Erfahrungen und der Wichtigkeit von Fortbildungen in diesem Bereich: „Die Leute kennen mich aus den Medien, deswegen bin ich eine klare Ansprechpartnerin für Sexualität. Wenn sie zu mir kommen, ist es eher so, dass ich verwundert bin, weil sie so tun, als ob sie mich schon kennen. Sie sind ganz offen, darum kann man das nicht vergleichen. Aber es gibt schon eine Beobachtung, die ich gemacht habe, wenn Kolleg\*innen einen thematischen Grundkurs gemacht haben bei der Ärztekammer, dann kommen sie erschrocken zu der ersten Supervision und sagen: ‚Ich werde von so vielen Patient\*innen angesprochen auf die Sexualität.‘ Das sind Kolleg\*innen, die offen sind für das Thema und z.B. wissen, welche Erkrankungen Sexualfunktionsstörungen verursachen. Und deswegen auch schon wacher sind und das oft schon von selber in das Gespräch einfließen lassen. Dadurch wirken sie auch so, dass man sie eher ansprechen kann.“

Das ist magisch, das ist immer sehr nett die erste Supervision, weil sie sehr panisch sind: ‚Plötzlich wollen so viele über Sex reden!‘ Es ist schon so, dass Kolleg\*innen in der Ausbildung dann auch gestehen, dass sie, wenn sie jetzt zurückdenken, viel schneller bei dem Thema gewesen wären, wenn sie das Wissen gehabt hätten, welche Erkrankungen, Medikamente und Operationen usw. Sexualfunktionsstörungen auslösen. Und sie gestehen auch ein, dass, wenn sie nicht die Ausbildung hätten, sie Angst hätten, das anzusprechen, weil sie glauben würden, es kostet viel Zeit. Während sie im Rahmen der Ausbildung lernen, in kurzer Zeit einzugrenzen: Was liegt vor, kann ich das ansprechen oder nicht, habe ich Zeit oder warten draußen ganz viele andere Patient\*innen? Oder nehmen wir an, ich habe nur sieben Minuten. Eine Kollegin aus Innsbruck meinte: ‚Frau Doktor, ich habe nur 7 ½ Minuten Zeit, sonst kommt die Pflege und schimpft.‘ Dann ist es einfach so, dass sie gelernt hat, in 7 ½ Minuten das so gut einzugrenzen, dass sie der Patientin oder dem Patienten das Gefühl gibt: ‚Ich habe dich gehört, ich weiß, was ich tun kann, ich mache die nächste Untersuchung und wir sehen uns dann und dann wieder.‘

Bei meinen Kolleg\*innen, aber das sind alles sexualmedizinisch Neugierige, ist es so, dass viele sich nicht fragen trauen, weil sie das Gefühl haben, sie haben zu wenig Wissen. Jede und jeder zweite sagt, ich traue mich nicht fragen, weil ich kein Wissen habe und weil ich keine Zeit habe. Und das beißt sich in den Schwanz, denn je weniger ich weiß, desto mehr habe ich Angst vor dem Zeitverlust. Weil ich nicht geschickt fragen kann, weil ich dann Unwesentliches frage. Das müsste einfach trainiert werden. Im Studium und im Krankenhaus kann man das anwenden, ich könnte mit den Studierenden durch das Krankenhaus gehen und ihnen so eine Patient\*innen-Akte hinlegen und sie könnten mit fast 100%iger Wahrscheinlichkeit sagen, dass sie Erektionsstörungen haben oder andere Störungen, einfach anhand der Akten. Und das müsste man einfach können.“

*Der wichtigste Schritt ist das Schweigen zu brechen.*

**Dr.<sup>in</sup> Gärtner**, die eine Studie zum Thema Sexualität bei chronischen Erkrankungen durchgeführt hat, fasst zusammen: „Der wichtigste Schritt ist das Schweigen zu brechen. Das Schweigen zu brechen kann unglaublich befreiend sein. Und es wird einem immer gedankt. Wenn man als erstes sagt: ‚Gibt es da ein Problem?‘ oder ‚Ich habe da eine Frage.‘ Dann kommt ganz viel: ‚Endlich spricht mal jemand darüber, endlich kann ich auch mal darüber sprechen, endlich ist es mal Thema.‘ Wer es schafft einen ersten Schritt zu setzen und darüber zu sprechen, ist wirklich super. Was sich aus unserer Studie zeigt, ist, dass Sexualität weiter zu fassen ist. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass sich Pflegepersonal nicht traut Sexualität anzusprechen, weil sie glauben zu wenig zu wissen. Gleichzeitig gibt es Modelle (z.B. das *PLISS(IT)-Modell*), die zeigen, dass es in der Sexualberatung gar nicht so wichtig ist, möglichst viel zu wissen, sondern am wichtigsten ist die Erlaubnis zu geben zu sprechen.“

## 4.10. Sexualität in der Ausbildung

Eine fundierte Ausbildung ist die Voraussetzung dafür gut beraten und behandeln zu können. In den Interviews für diesen Gesundheitsbericht wurden Expert\*innen aus dem medizinischen, dem psychologischen/psychotherapeutischen Bereich und der Pflege nach ihren Erfahrungen zum Themenbereich Sexualität während ihrer Ausbildung gefragt. Dabei zeigte sich, vor allem im Hinblick auf die Vergangenheit, dass dem Thema zu wenig Bedeutung beigemessen wurde bzw. es stark tabuisiert ist und zu selten behandelt wird.

### 4.10.1. MEDIZIN

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** weist darauf hin, wie entscheidend es ist, Informationen zu Sexualität und sexuellen Funktionsstörungen im Zuge der medizinischen Ausbildung vermittelt zu bekommen: „Sexualmedizin muss in der Ärzt\*innen-Ausbildung verankert werden, da 80 % der Sexualfunktionsstörungen einen organischen Ursprung (wie z.B. Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, onkologische Erkrankungen, Verschreibung von Medikamenten wie Antidepressiva) haben. Ganz wichtig ist es, die Ausbildung in diese Richtung zu fördern. Wir machen da schon sehr viel, aber noch nicht genug. Und wir müssen versuchen das in verschiedenen Bereichen zu vereinheitlichen. Es gibt eine Ausbildung für praktische Ärzt\*innen. Wenn man ein Medikament neu verschreibt, sollte man die Sexualfunktion der Patient\*innen vorher und nachher evaluieren. Man muss die Patient\*innen fragen – natürlich mit Vorsicht. Bei allen Medikamenten, die man verabreicht, sollte man zumindest einmal nachfragen: ‚Wie geht es Ihnen damit sexuell?‘ Wir planen auch einen Universitätslehrgang, den wir als postgraduelle Ausbildung anbieten würden.“

*Sexualmedizin muss in der Ärzt\*innen-Ausbildung verankert werden.*

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** berichtet, dass es noch Wissenslücken zum Thema Sexualität gibt, auch unter Expert\*innen: „Sowohl im psychologischen als auch im medizinischen Bereich herrscht Nachholbedarf. Jede und jeder ist in ihrer oder seiner Schiene. Die Mediziner\*innen sind mehr organzentriert, die anderen sind psychozentriert. Wobei ich das schade finde, weil keine Patientin und kein Patient existiert als organzentriertes Wesen. Somato-psycho-sozial sind wir. Und wenn auf einer dieser Ebenen eine Störung entsteht, ist Sexualität gefährdet, weil wir ja neurobiologisch im Gehirn plötzlich andere Botenstoffe ausschütten, sobald wir z.B. psychosozialen Stress haben und da entwickeln wir Sexualfunktionsstörungen. Da heißt es dann, es ist psychisch. Da denke ich mir dann: Hallo? Es ist neurobiologisch. Neurobiologisch entsteht da etwas, sodass dann im Organ z.B. die Frau nicht mehr lubrizieren kann, der Mann keine Erektion haben kann. Es sind Tatsachen, die da passieren und Basiswissen. Das sollten beide Richtungen (Psychotherapie und Medizin) wissen. Und die Pflege natürlich auch.“

*Sowohl im psychologischen als auch im medizinischen Bereich herrscht Nachholbedarf.*

Der Allgemeinmediziner **Dr. Kaynar** teilt Erfahrung aus seinem Studium: „Meine Promotion war 1990. Sexualität war selten Thema in der Ausbildung, wurde immer nur am Rande und viel zu wenig angesprochen. Ich kann mich nicht erinnern, dass wir gezielt Vorlesungen darüber hatten. Das sollte unbedingt mehr thematisiert werden.“

Der Allgemeinmediziner **Dr. Pichlhöfer** bestätigt, dass Sexualität bei Fortbildungen in Zusammenhang mit Medikation erwähnt wird, aber nicht im Fokus steht.

Urologe und Androloge **Dr. Ponholzer** berichtet, dass der Einfluss von chronischen Erkrankungen auf die Sexualität im Rahmen seiner Facharztausbildung einen hohen Stellenwert hatte, da er die Bedeutung von potentiell gefäßschädigenden Grunderkrankungen auf die erektile Dysfunktion wissenschaftlich untersucht hat: „Im Rahmen der Arbeit im Arbeitskreis für sexuelle Funktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie wurde das Thema über viele Jahre stark thematisiert.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** erzählt: „Ich habe 1998 promoviert. Was wir bis dahin gelernt haben war nur, weil wir uns selber dafür interessiert haben, aber es kam aktiv nicht im Curriculum vor – außer vielleicht als Nebenwirkungen eines Medikamentes. Ich glaube, dass es in der jetzigen Ausbildung durchaus schon vorkommt. Es ist für die Kolleg\*innen ein bisschen mehr ins Bewusstsein getreten, als die Ausbildung zur Sexualtherapie bzw. sexueller Gesundheit von Frau Dr.<sup>in</sup> Bragagna gekommen ist. Da hat es eine Zeit lang ein Institut gegeben, danach war sie der Meinung, dass man das in die Ausbildung integrieren muss, was ich auch glaube. In meiner Ausbildung kam das nicht vor. Es ist ein großes Thema, weil man nicht gerne darüber spricht. Ich glaube, je älter man wird, umso mehr kommt es einem näher, weil es auch im Freund\*innen- und Bekanntenkreis ein Thema wird. Das einzige, wo es regelmäßig vorkommt, ist, wenn Männer nach Medikamenten gegen Erektionsstörungen fragen – dann tritt es im Arbeitsalltag auf.“

*Es müsste mehr Aufklärung und mehr Fortbildung geben, in der Allgemeinmedizin zum Beispiel, damit wir überhaupt das Thema ansprechen können.*

**Dr.<sup>in</sup> Lamel**, die in einem Primärversorgungszentrum arbeitet, wünscht sich mehr Informationen und weist auf die Folgeproblematik bei der Arbeit mit Patient\*innen hin: „Ich kann mich nicht erinnern, dass das jemals wirklich aktiv ein Thema gewesen wäre in der Ausbildung. Ich weiß nicht, wie es jetzt ist, meine Ausbildung liegt schon etwas weiter zurück. Ich glaube, es ist selbst im ärztlichen Bereich ein Tabuthema. Es gibt schon Fortbildungen, wo das vorkommt, aber ich glaube nicht, dass die ausgebucht sind. Man denkt sich halt: ‚Das weiß ich eh. Also das ist eh klar und das werden die Patient\*innen mir schon sagen.‘ Aber wie schon gesagt: Ich glaube, wenn man das Thema anspricht, dann muss man ja auch wissen: Was empfehle ich dann der Patientin oder dem Patienten? Vielleicht scheuen sich deswegen so viele und denken sich: ‚Puh, das sollen die Psychiater\*innen oder die Internist\*innen machen.‘ Und viele sprechen das Thema bewusst nicht an, um dann nicht dazustehen und sich zu fragen: Wie geht es jetzt weiter? Was gibt es für Möglichkeiten der Behandlung? Was tue ich jetzt mit diesem Thema? Wie berate ich die Patientin oder den Patienten? Es müsste mehr Aufklärung und mehr Fortbildung geben, in der Allgemeinmedizin zum Beispiel, damit wir überhaupt das Thema ansprechen können. Was mache ich mit Patient\*innen, die dieses Problem haben? Wo schicke ich sie hin?“



#### 4.10.2. PFLEGEWISSENSCHAFTEN

**DGKP<sup>in</sup> Lobersiner** berichtet, dass ihre Ausbildung so lange zurückliegt, dass sie sich nicht mehr erinnern kann, inwieweit das Thema Sexualität darin vorgekommen ist. Sie sammelt ihr Wissen und ihre Erfahrungen durch Zuhören (sowohl den Betroffenen als auch den Ärzt\*innen), durch Gespräche mit Patient\*innen und fachliche Hintergrundinformationen. Sie betont, dass es nicht schaden würde, wenn man mehr Hintergrundinformationen hätte. In **DGKP<sup>in</sup> Barta's** Ausbildung im Jahr 2001 wurde das Thema Sexualität im Zuge der Behandlung von Aktivitäten des täglichen Lebens angeschnitten und als menschliches Grundbedürfnis definiert. Frau DGKP<sup>in</sup> Barta äußert den Wunsch nach fachspezifischen postgraduellen Fortbildungen zu diesem Thema.

**DGKP<sup>in</sup> Signer** beschreibt ein Manko in der Ausbildung: „Auch Mediziner\*innen bekommen viel zu wenig Handwerkszeug mit. Das Ausbildungsthema ist ein problematisches Feld. Ich habe natürlich in meiner Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung vor 30 Jahren keinen Ton zu Sexualfunktionsstörungen gehört und habe auch bei der Kontinenz- und Stomaausbildung dazu nur sehr peripher etwas gelernt. Es gab keine Ausbildung zu den Fragestellungen: Was sind Sexualfunktionsstörungen? Was sind körperliche Auswirkungen von Darmoperationen auf die Sexualität? Das war alles nicht inkludiert.“

In der Pflegeausbildung werden erst seit fünf Jahren die Themen Intimität und Sexualität als Input angeboten und da habe ich immer wieder die Rückmeldung bekommen, wie wertvoll es ist, dass dem Raum gegeben wird. Die zukünftigen Pflegenden sind mit 18 noch recht jung und in einer Umbruchphase, aber sie können zumindest thematisch damit konfrontiert werden und die Möglichkeit haben, in Gesprächssituationen dazu zu reflektieren. Das halte ich für wichtig. Eine Pionierin für die Fortbildung der Mediziner\*innen ist Frau Dr.<sup>in</sup> Elia Bragagna, die eine sexualmedizinische Grundausbildung geschaffen hat. Eine großartige Frau, die darum gekämpft hat, dass Sexualfunktionsstörungen in den Kontext der medizinischen Ausbildung kommen. Das war vorher leider nicht der Fall.

Man muss den Mediziner\*innen, die schon länger praktizieren, wirklich zugutehalten, dass sie zu Sexualfunktionsstörungen nichts gelernt haben. Ich habe diese sexualmedizinische Grundausbildung gemeinsam mit meiner Kollegin besuchen dürfen, weil Frau Dr.<sup>in</sup> Bragagna immer davon ausgegangen ist, dass es fein ist, wenn Menschen drinnen sitzen, die einen anderen beruflichen Blickwinkel miteinbringen. Sie hat Pflegemitarbeiter\*innen zugelassen. Mediziner\*innen haben mit hohem Engagement und aus eigener Initiative diese Ausbildung machen müssen, damit sie ein Handwerkszeug lernen, das sie in ihrer täglichen Arbeit unterstützt. Nun hat die Sexualität Eingang in ein Curriculum der Medizinausbildung gefunden, in kleiner und komprimierter Form. Ich denke, alle Impulse dazu helfen mit, Mediziner\*innen und Pflegenden zu vermitteln, dass das tatsächlich ein Teil unseres Berufes ist, für den wir uns zuständig fühlen dürfen. Wenn wir das Gefühl haben, wir hätten nicht genügend Kompetenz, dann können wir sie uns aneignen, notfalls in eigener Initiative. Wir sind in der Pflege und Medizin mit „Arbeit“ an Genitalien befasst, das heißt, wir müssen die Intimsphäre der Betroffenen häufig verletzen. Und das macht auch was mit uns selber. Ich muss dafür sorgen, dass ich mit meiner eigenen Sexualität und meinen eigenen Körpergrenzen so gut gesettelt bin, damit ich dann diese Arbeit an anderen Menschen aus einer autonomen Sicherheit heraus machen kann. Die ist bei einer 20-jährigen jungen Frau noch nicht so ausgeprägt, als wenn man in der Mitte des Lebens steht und in puncto Sexualität auch eigene Erfahrungen gesammelt hat. Zum Beispiel ist eine ungewollte Erektion bei der Körperpflege für viele junge Kolleginnen eine riesige Herausforderung, die dann einen roten Kopf bekommen und hinauslaufen. Aus einer gelassenen Selbstsicherheit heraus, im Sinne von zu wissen, wo meine Grenze ist, kann man auch ganz salopp sagen: „Ah wunderbar,

*Man muss den Mediziner\*innen, die schon länger praktizieren, wirklich zugutehalten, dass sie zu Sexualfunktionsstörungen nichts gelernt haben.*

*Nun hat die Sexualität Eingang in ein Curriculum der Medizinausbildung gefunden, in kleiner und komprimierter Form.*

da haben wir ja etwas, das funktioniert!' Denn wir haben ja im Krankenhaus viele Dinge, die nicht funktionieren. ‚Da haben wir etwas, das funktioniert, wunderbar, ich lasse Sie kurz alleine und komme später wieder!‘

Wenn die ganze Palette an Reaktionsmöglichkeiten nur einmal im Unterricht durchbesprochen wird, ist das für viele schon ein Aha-Erlebnis, sodass es, wenn es im Berufsalltag auftritt, keinen Schreck auslöst. Wir haben noch genügend Dinge, die erschrecken können, wie z.B. das Thema sexuelle Übergriffe. Die Wahrnehmung muss gut geschult werden: Ist das jetzt passiert, weil Sexualität ein Teil des Lebens ist oder war das ein gezielter Übergriff? Zu lernen das auseinanderzuhalten, ist wichtig und man kann es lernen. Die Pflege-Student\*innen und -Schüler\*innen werden ermutigt, sich als Übungsfeld im eigenen privaten Umfeld umzuschauen, denn auch da ist das Thema Nähe und Distanz präsent. Wo grenzt man sich ab, wo ist es wichtig die eigenen Grenzen spürbar zu machen und auch einmal Nein zu sagen? Das kann man hervorragend üben. Damit kann man für den beruflichen Alltag Routine und Erfahrung gewinnen.“

*Selbst in den Fachbüchern sind nur wenige Seiten zu Sexualität zu finden und zum Teil veraltete Ideen.*

**DGKP<sup>in</sup> Igerc** hätte sich mehr theoretischen Input im Laufe ihrer Ausbildung gewünscht: „Ich habe ja selber die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin gemacht, auch das Studium Pflegewissenschaft und da ist das Thema Sexualität fast gar nicht vorgekommen oder nahezu gar nicht. Außer vielleicht am Rande im Bereich der Geburtenpflege oder Gynäkologie, aber mit Sexualität selber haben wir uns überhaupt nicht auseinandergesetzt. Und ich weiß, weil ich das aktuelle Curriculum kenne in der Fachhochschule, dass es jetzt schon integriert wird, aber wie das die externen Vortragenden konkret machen oder wie es andere Fachhochschulen machen, da habe ich keinen Einblick.

Ich habe eine grobe Literaturrecherche gemacht zum Thema Sexualität in der Pflege, im deutschsprachigen Bereich in Bezug auf Lehrbücher und Fachbücher. Da habe ich festgestellt, dass es überhaupt keine aktuelle Literatur gibt, außer ein paar Fachbücher aus etwa dem Jahre 2000. Die sind aber sehr einseitig und seit damals auch nicht mehr aktualisiert worden. Selbst in den Fachbüchern sind wirklich nur wenige Seiten zu Sexualität zu finden und zum Teil veraltete Ideen.

Es ist in der Pflege generell eine Herausforderung, dass Sexualität in der Ausbildung thematisiert wird. Ich weiß, dass das Thema in mehreren Lehrveranstaltungen vorkommt, aber auf keinen Fall strukturiert. Ich glaube, das ist immer im Ermessen der Vortragenden, inwieweit man über Sexualität aufklärt und dann stellt sich die Frage, ist dieses Wissen eigentlich aktuell? Mir kommt manchmal vor, dass Wissen vermittelt wird, das nicht auf dem neuesten Stand ist, auch die Fachbücher sind nicht auf dem neuesten Stand. Das fängt mit den konkreten Bezeichnungen der Geschlechtsorgane oder deren Abbildung an. Man findet, glaube ich, in keinem Anatomiebuch, das an die Pflege gerichtet ist, korrekte Begrifflichkeiten. Der Begriff Vulva oder das Ausmaß der Klitoris ist in keinem Fachbuch beschrieben. Der Wissensstand in den Fachbüchern gehört wirklich einmal erneuert, damit das Lehrpersonal in der Pflege aktuelles Wissen vermitteln kann.

Aber Wissen allein wird noch nicht reichen, wenn die Personen nicht so leicht darüber sprechen, auch die Lehrpersonen, dann können sie das Thema Studierenden auch schwer vermitteln. Ich denke, irgendwo muss man einmal anfangen, darüber zu sprechen und ich habe sehr großes Interesse daran, dass man sich auch die Curricula näher anschaut und feststellt, welche Qualifikationen brauchen Pflegepersonen in der Grundausbildung, damit sich ausgebildete Pflegepersonen gut vorbereitet fühlen für den Austausch mit Patient\*innen. Da ist noch sehr viel zu verbessern. Generell braucht es diesbezüglich auch Austausch zwischen Auszubildenden.“



#### 4.10.3. PSYCHOLOGIE/PSYCHOTHERAPIE

**Dr.<sup>in</sup> Gärtner** erzählt von ihrem eigenen Psychologiestudium: „Es ist sehr interessant, man würde ja denken, die Psychologie hat zur Sexualität jede Menge zu sagen, aber ich kann mich an eine ein bisschen verschämt, verdruckste Veranstaltung zum Thema Homosexualität erinnern und das war es. Es kommt tatsächlich kaum vor. Im therapeutischen Bereich sind wir noch von Freudianischen Ideen geprägt, die Sexualität einerseits in die Öffentlichkeit geholt haben, aber andererseits in einer bestimmten Weise auch werten. Deswegen kann ich nicht sagen, dass ich als Psychologin irgendetwas dazu gelernt hätte, was mich dazu befähigt hätte in dem Bereich zu forschen. Natürlich habe ich Forschungskompetenzen gelernt, aber Sexualität kommt nicht vor. Das ist einfach kein Thema.“

**Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger** berichtet: „Ich habe in meinen Seminaren an der Salzburger Uni immer über Sexualität der Frau unterrichtet, denn ich habe mich darauf spezialisiert. In meiner Vorlesung zu Gesundheitspsychologie und Public Health ist Sexualaufklärung ein Thema. Ich habe eine Erhebung an allen Ausbildungsunis gemacht, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, inwiefern Sexualität in der Ausbildung vorkommt und das Ergebnis war niederschmetternd. Es ist noch immer ein Entwicklungsgebiet und ein Exot\*innen-Fach in der Medizin (außer in der Gynäkologie, aber auch nur unter dem Aspekt der Fruchtbarkeit). Das Thema ist weder in der Medizin routinemäßig verankert, noch in den psychologischen Fächern. Auch nicht in der Psychotherapieausbildung, viel zu wenig. Auch nicht in der Pädagogik. Weswegen wir das in der Gesellschaft für Sexualmedizin pushen und es gibt von Seiten der Ärztekammer Aus- und Fortbildungen für fertige Ärzt\*innen, Allgemeinmediziner\*innen und Fachärzt\*innen. Bisher gibt es eher kleine Seminare, die man besuchen kann, aber nicht muss. Es ist kein Pflichtfach. Es ist auch nicht einfach, gute Sexualtherapeut\*innen zu finden. Es ist ein Mangelfach.“

**Es gibt ein Riesengeschäft in der Pornoindustrie und Prostitution, aber leider Mangel an einer profunden, guten, seriösen, wissenschaftlichen, evidenzbasierten Ausbildung.** Eigentlich müsste das alles ein großes Forschungsfeld sein, ist es aber noch nicht.“

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** teilt im Gespräch Erfahrungen aus ihrer psychologischen sowie psychotherapeutischen Ausbildung, als auch als Mitwirkende des Kommunikationscurriculums für angehende Mediziner\*innen: „Während meines Psychologiestudiums haben wir Sexualität akademisch abgehandelt. Da war Gesprächsführung sowieso kein Thema. Selbst in der Psychotherapieausbildung kann ich mich nicht erinnern, dass wir dieses Thema explizit geübt hätten. Ich bin jetzt natürlich schon lange fertig mit der Ausbildung. Die wird sich hoffentlich seitdem auch verändert haben. Aber ich kann nicht die Hand ins Feuer legen und mit Sicherheit sagen: ‚Wenn Sie zu einer Psychotherapeutin oder zu einem Psychotherapeuten gehen, werden Sie zu Ihrer Sexualität gefragt.‘ Natürlich gehört Sexualanamnese zu jeder Anamnese dazu. Aber ob das immer gemacht wird, kann ich nicht sagen.“

Im Medizinstudium ist es seit einigen Jahren so, dass wir Sexualanamnese explizit im Studienplan verankert haben. Die Studierenden im achten Semester versuchen konkret eine Sexualanamnese zu erheben und wir haben im sechsten Semester Kommunikationsunterricht. Da üben wir konkret ein Beispiel mit Schauspielpatient\*innen. Wenn es ein Mann ist, hat er Erektionsstörungen, wenn es eine Frau ist, hat sie Libidoverlust. Da geht es konkret darum, von sich aus das anzusprechen, weil die Patient\*innen kommen nicht damit, die setzen einfach die Medikamente ab. Das ist ja das Problem. Sie nehmen einfach die Medikamente nicht mehr und sagen: ‚Ich war müde.‘ oder ‚Mir war schwindlig.‘ und dann ist es häufig so, dass man da nicht genau nachfragt: ‚Was genau meinen

*Ich habe eine Erhebung an allen Ausbildungsunis gemacht, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, inwiefern Sexualität in der Ausbildung vorkommt und das Ergebnis war niederschmetternd.*

*Im Medizinstudium ist es seit einigen Jahren so, dass wir Sexualanamnese explizit im Studienplan verankert haben.*

*Der Kommunikationsunterricht kommt zum Glück sehr gut an. Die Studierenden sehen: Wir üben in Kleingruppen mit Schauspielpatient\*innen und jeder Studierende muss ein Gespräch mit den Schauspielpatient\*innen führen. Kommunikation lernt man durch Tun und konstruktives Feedback.*

Sie mit der Müdigkeit? Wo spüren Sie das genau? Hat sich das auch auf Ihre Sexualität ausgewirkt?' Und wenn man doch fragt, dann merkt man eben: Für Patient\*innen ist es extrem erleichternd, wenn das Gegenüber das ausspricht.

Der Kommunikationsunterricht (betrifft jetzt nur die Medizinische Uni Wien) kommt zum Glück sehr gut an. Die Studierenden sehen: Wir üben in Kleingruppen mit Schauspielpatient\*innen und jeder Studierende muss ein Gespräch mit den Schauspielpatient\*innen führen. Die Gespräche werden ganz genau vorbereitet, sie bekommen explizites Feedback und können dann noch einmal einsteigen und das wiederholen. Kommunikation lernt man durch Tun und konstruktives Feedback. Wir beschäftigen uns seit 2000 damit.

Als das Curriculum reformiert wurde, wurde auf die Agenda geschrieben, dass kommunikative Kompetenzen zu den Kernkompetenzen von Ärzt\*innen gehören und man hat explizit begonnen, das zu unterrichten. Die Ausbildung hat sich seither ständig weiterentwickelt. Seit 2014 haben wir drei Module. Es gibt eine Vorlesung und es gibt Kleingruppenunterricht in den ersten Tagen des Medizinstudiums. Wir meinen es wirklich ernst und wollen den Studierenden zeigen: Das ist etwas, das müsst ihr mit Menschen besprechen. Und wir wollen euch auch helfen, das zu lernen. Im dritten, sechsten und achten Semester gibt es sechs Wochenstunden, in denen die Studierenden die Anamnese, den Umgang mit chronisch kranken Patient\*innen, den Umgang mit Sexualität und den Umgang mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen üben, Situationen also, die in der Klinik häufig vorkommen. Hier üben wir ganz konkret die Gesprächsführung. Wir prüfen das auch. Wir prüfen das sogar dreimal im Studium, zuerst nur schriftlich, dann gibt es eine „objektivierte klinische Prüfung“. Das läuft so ab: Da wird eine genaue Aufgabenstellung formuliert. Es werden standardisierte Checklisten – Beobachter\*innen-Bögen – gemacht und die Studierenden haben eine klare Aufgabe, was sie für ein Gespräch führen sollen, was sie erreichen sollen in dem Gespräch. Das führen sie dann mit Schauspieler\*innen, die Prüferin oder der Prüfer sitzt daneben und bewertet das Gespräch.“

**Mag. Bissuti** merkt an, dass psychologische Ausbildungen zu einem großen Teil aus Selbsterfahrung mit Gruppendynamiken bestehen und man dadurch selbst mitbestimmen kann, was in welchem Ausmaß zum Thema gemacht wird: „Ja, Sexualität ist in meiner Ausbildung Thema gewesen. Sei es, dass man über sexuelle Funktionsstörungen gesprochen hat, Auswirkungen diverser psychischer Erkrankungen auf Sexualität hat man auch besprochen. Man macht sehr viel Selbsterfahrung, auch Gruppenselbsterfahrung, die Ausbildung ist jetzt nicht so, dass ich da drinnen sitze und eine Person erzählt mir etwas, sondern es ist ein gruppendynamisches Geschehen. Und es sind einfach viele Leute dabei, die dieses Thema einbringen. Oder vielleicht ist es auch an mir gelegen, weil ich das mitgebracht oder mit thematisiert habe.“

**Frau Wagner, MSc** teilt ihre Eindrücke aus der klinisch-psychologischen Ausbildung mit: „Ich bin in Ausbildung zur Psychotherapeutin, in einer tiefenpsychologischen Richtung. In der Psychotherapieausbildung ist das Thema vorgekommen. In der Ausbildung zur klinischen Psychologin ist es gar nicht vorgekommen. Und auch in meinem Studium kann ich mich nicht erinnern, dass es vorgekommen ist. Da habe ich mich dann einem Studierendenprojekt angeschlossen, das heißt *Achtung Liebe*, da ging es um ehrenamtliche Sexualaufklärung an Schulen. Dort habe ich meinen Zugang zum Thema gefunden. In der klinisch-psychologischen Ausbildung ist es weniger vorgekommen und das finde ich schade.“

# 4.11. Unterschiede und Besonderheiten zwischen Frauen und Männern

In den folgenden Kapiteln liegt der Fokus auf Unterschieden und Besonderheiten in der Sexualität zwischen den Geschlechtern, verschiedenen kulturellen Hintergründen und unterschiedlichen Altersstufen. Bezogen auf die einzelnen chronischen Erkrankungen und deren Einfluss auf die Sexualität wurden diese Unterschiede bereits beschrieben. Nun soll der Fokus ganz allgemein auf dem breiten Thema der Sexualität liegen, um erfassen zu können, wie viele unterschiedliche Blickwinkel zum Verständnis und wie viele verschiedene Ansätze zur Besserung sexueller Einschränkungen bei chronischen Erkrankungen möglich sind.

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** beschreibt Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Diagnosestellung: „Es ist so, dass Männer lieber etwas Organisches haben. Auch Krebs, alles ist ihnen recht als Erklärung für ihre Sexualstörung. Nur nichts Psychisches. Das macht ihnen eine Höllenangst. Bei Frauen ist es so, die hätten schon auch am liebsten, dass es irgendetwas Organisches ist, aber meistens, wenn sie mit der Ärztin oder dem Arzt geredet haben, neigen diese dazu, sie zu psychologisieren. **Das sie ganz erstaunlich, dass die Frauen eher in die ‚Psychoschiene‘ gedrängt werden.**

Am Anfang, in der Sexualambulanz im Krankenhaus, war es hochinteressant. Bei den Frauen habe ich meistens auf der Überweisung stehen gehabt: *psychisch bedingte Lustlosigkeit* oder *psychisch bedingte Lubrikationsstörung*. Das war erstaunlich. Da zeigte sich klar die Zuordnung: Frauen psychisch, Männer organisch. Das liegt zum Teil an der Sprache der Ärzt\*innen, Sprache der Männer/Patienten und Sprache der Frauen/Patientinnen. Weil Frauen dazu neigen, ihr Problem emotional zu beschreiben, während Männer einem Fakten an den Kopf schmeißen und man das Gefühl hat: Ja, da gibt es Zusammenhänge. Man muss einfach geschult sein. In dem Moment, wo ich höre, welche Erkrankung er hat, welche nicht, wie seine Arbeitssituation ist, dann weiß ich, was in seinem System los ist, in seinem psychischen oder sozialen oder organischen System.

Wir müssen kulturell bedingt schauen: Was drücken Männer über Sex aus? Unsere Gesellschaft trainiert den Buben von klein auf alles Verschmuste und Zärtliche ab. Bis zu einem gewissen Alter ist es okay, wenn der kleine Bub verschmust ist, aber ab der Volksschule wird es so, dass er es nicht so gerne hat, wenn die Mama ein Abschiedsbussi gibt oder der Papa. Er muss cool werden und keine Zärtlichkeiten mehr austauschen, außer heimlich. Und ich habe im Laufe der vielen Jahre festgestellt, dass Sexualität oft die einzige Form der intensivsten Nähe der Männer ist, wie sie Zärtlichkeit leben. Darum beharren sie oft darauf. Die, die am meisten dafür kämpfen sind oft die, die am unbeholfensten sind im Umgang mit Zärtlichkeit. Wichtig ist zu sehen: Was wollen die echt? Geht es wirklich nur um Sex? Oder geht es um viel mehr?

Das ist dann schon faszinierend zu sehen, dass Frauen Stress haben, wenn der Mann sie berührt, weil sie immer das Gefühl haben, wenn ich mich berühren lasse, muss ich auch Ja zu Sex sagen. Da erkennt man z.B., dass wir uns komplett unterworfen haben, die junge moderne Frau sich dem Bild der männlichen Vorstellung von Sexualität unterworfen hat. Sexuell attraktiv sind Frauen, die immer funktionieren. Immer, wenn der Mann Lust hat. Sonst ist man ja keine sexuell attraktive Frau. Das sieht man ja auch in all den Softpornos. Die Frau ist immer bereit. Was mir so leid tut ist, dass Männer über Funktionen definiert werden. Unsere Gesellschaft erwartet das. Und wenn sie keinen Job haben und wenn sie sexuell nicht funktionieren, haben wir ihnen den größten Teil der männlichen, sexuellen Identität weggenommen. Das ist grausam und verursacht oft Sexualstörungen. Ein Jobverlust oder ein bedrohter Job ist oft die Ursache, warum der Mann sexuell nicht funktioniert.“

*Wir müssen kulturell bedingt schauen: Was drücken Männer über Sex aus?*

*Ich habe im Laufe der vielen Jahre festgestellt, dass Sexualität oft die einzige Form intensiver Nähe der Männer ist, wie sie Zärtlichkeit leben. Darum beharren sie oft darauf. Die, die am meisten dafür kämpfen sind oft die, die am unbeholfensten sind im Umgang mit Zärtlichkeit.*

Es ist ein Wesensmerkmal einer befriedigenden Sexualität, dass wir uns in unserem Körper wohl fühlen, dass wir ihn mögen und schätzen.

Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger erklärt die emotionale Komponente von Sexualität und die Bedeutung für Frauen: „Es ist ein Wesensmerkmal einer befriedigenden Sexualität, dass wir uns in unserem Körper wohl fühlen, dass wir ihn mögen und schätzen. Von daher ist Sexualität etwas, das sehr von außen beeinflusst wird, aber auch vom persönlichen subjektiven Erleben. Wir müssen einen Unterschied zwischen weiblicher und männlicher Sexualität machen. Die Sexualität der Frau ist fragiler, vulnerabler, leichter gestört oder irritierbarer. Während das beim Mann nicht im Erleben, aber in der Physiologie und Funktionalität einfacher gestrickt ist. Daher kann man auch den Orgasmus bzw. Samenerguss des Mannes (zum Orgasmus ist noch zu wenig Forschung da) nicht mit der Orgasmusfähigkeit der Frau vergleichen, denn diese hängt von vielen externen Mechanismen ab. Viel mehr als beim Mann. Also Müdigkeit, Erschöpfung, aber auch gekränkt sein, sich genieren, Scham. Je nachdem, wie die emotionale Lage ist, wie ich mich entspannen kann, ist emotional sehr irritierbar. Zusammenfassend ist die Sexualität sehr komplex und wird irritierenderweise oft zu sehr simplifiziert, weil neben der Physiologie eben auch die emotionale Komponente eine ganz große Rolle spielt. Die ist bei Frauen noch ausgeprägter oder wichtiger.“

Die internationale *Vagina Dialog*-Befragung, an der 9.441 Frauen aus 13 Ländern teilnahmen, kam zu dem Ergebnis, dass 47% der Frauen Zweifel wegen der Größe ihrer Vagina angeben und 61% Bedenken haben, was ihr Aussehen im Allgemeinen betrifft. 28% wurde als Kind beigebracht, dass es schmutzig und böse sei, ihre Vagina zu berühren. Mehr als 47% geben an, dass die Vagina der Körperteil ist, über den sie am wenigsten Bescheid wissen. Drei Viertel dieser Frauen glauben, dass es gesellschaftliche Tabus sind, die für ihre Unwissenheit verantwortlich sind (Nappi et al., 2006).

Wie Abbildung 23 zeigt, geht mit zunehmender Akzeptanz des eigenen Aussehens auch die sexuelle Unzufriedenheit zurück. Auch der Anteil jener, die mit ihrem Aussehen weder zufrieden noch unzufrieden sind, sinkt, während der Anteil der sexuell (sehr) Zufriedenen mit der Akzeptanz des eigenen Aussehens steigt. Von denen, die ihr Aussehen überhaupt nicht akzeptieren können, sind nur 9,1% mit ihrer Sexualität (sehr) zufrieden. Mit steigender Akzeptanz nimmt auch die sexuelle Zufriedenheit kontinuierlich zu. Bei jenen, die ihr Aussehen völlig akzeptieren können, ist sie um 57,4 Prozentpunkte höher und beträgt 66,5%. Wird das Aussehen völlig akzeptiert, sind auch die Anteile jener, die mit ihrer Sexualität weder zufrieden noch unzufrieden sind und jener, die (sehr) unzufrieden sind, mit 21,5 bzw. 12,0% jeweils am niedrigsten (vgl. Abb. 23, ganz rechts).

Abb. 23: Zufriedenheit der Wiener\*innen mit ihrem Sexualleben, nach Akzeptanz des eigenen Aussehens, Anteile in %

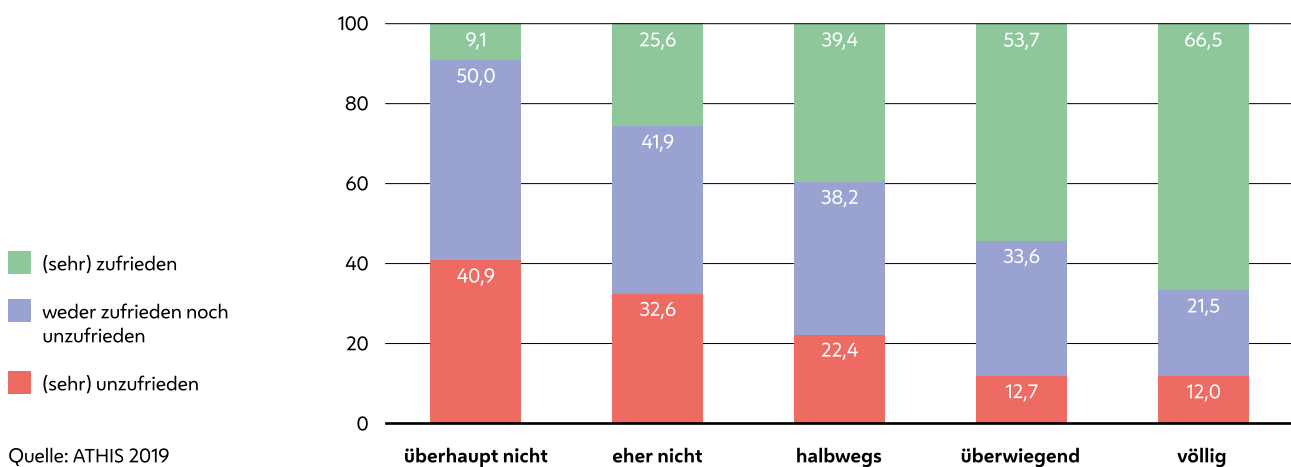


Abbildung 24 zeigt gesondert, wie stark sich die **sexuelle Zufriedenheit** mit steigender **Akzeptanz des eigenen Aussehens** verändert. Der Fokus liegt dabei auf einem Vergleich zwischen den **Geschlechtern**. Um auch bei geschlechtergetrennter Auswertung eine ausreichende Zellbesetzung zu gewährleisten, wurden – im Unterschied zu Abbildung 23 – die äußeren beiden Kategorien der Variable *Akzeptanz des Aussehens* zusammengefasst. Wie an den grünen Säulen in Abbildung 24 zu erkennen ist, sinkt die sexuelle *Zufriedenheit* bei beiden Geschlechtern äußerst stark (im Ausmaß von um die 40 Prozentpunkten). Gleichzeitig steigt bei beiden Geschlechtern der Anteil der sexuell (*sehr*) *Unzufriedenen* und (in etwas kleinerem Ausmaß) auch der Anteil jener, die *weder zufrieden noch unzufrieden* sind.

**Abb. 24: Veränderung der sexuellen Zufriedenheit bei fehlender Akzeptanz des eigenen Aussehens, nach Geschlecht, in Prozentpunkten**



**Prof. in Wimmer-Puchinger** berichtet: „Was mir als Frauengesundheitsbeauftragte besonders wichtig war, war sexuelle Gesundheit und sexuelle Aufklärung. Es gibt einen fatalen Unterschied zwischen Mädchen und Burschen. Der kleine Bub lernt von Anfang an, dass er seinen Penis in die Hand nehmen kann. Er kann ihn studieren, anschauen, beobachten, wie er steif wird oder nicht, er kann wetturinieren, sich mit anderen Buben vergleichen. Das schafft ein Körpergefühl. Mein Penis gehört zu mir, so wie das Ohr, die Nase oder etwas anderes. Bei den Mädchen kommt der Busen erst und das weibliche Genital ist leider sehr versteckt und das ist das große Problem und macht einen Riesenunterschied im Körpererleben. Du kannst es nicht sehen, du kannst es vorsichtig erfühlen, doch das ist noch tabuisierter als bei Buben, weil es eben ein Geheimnis ist. Ich habe hier eine ‚schwarze Höhle‘, kann sie aber nicht abbilden, wie schaut denn das aus? Ich kann in den Spiegel schauen, trotzdem sehe ich vieles nicht. Das heißt, es ist ein versteckteres Organ und das macht etwas mit uns, weil wir uns dessen nicht so bewusst sind.“

**Daher ist ein großes Thema, dass wir die unterschiedliche Gestaltung der Vulva sichtbar machen müssen.** Geschichtlich waren Frauen entweder Jungfrauen, hatten keusch zu sein. Lust an der eigenen Sexualität zu haben war ein *No-Go* über Jahrtausende. Wenn dann war es die Hexe oder Hure. Das gibt es alles beim Mann nicht und es ist epigenetisch in uns gespeichert. Wir haben immer noch Verbote im Kopf über die Jahrtausende, das muss man mitbedenken. Deswegen sind die Erotik der Frau und ihr Körpergefühl viel komplexer. Dazu kommt noch der Druck, wie wir auszusehen haben, der ist historisch viel größer. Wir sind und waren immer definiert als Accessoire der Männer. Der Mann ist mächtig, es heißt ja auch ‚das Gemächt‘. Bei Frauen heißt es die Scham! Das macht es auch komplizierter.

*Was immer die Frau macht, sie ist unfrei. Vor der Menstruation, während, vor und nach der Geburt. Das schadet uns gesellschaftlich enorm: mangelnde Aufklärung, Verunsicherung und Scham.*

*Rund um sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung liegen die Wurzeln der Frauengesundheitsbewegung und tatsächlich müssen die Rechte der Frauen auf ihren Körper immer wieder erkämpft werden. Ebenso geht es heute um das Recht der Frauen, für ihre Sexualität und ihre körperlichen Funktionen nicht beschämt zu werden.*

*Den eigenen Körper zu kennen und zu wissen, was guttut – und was nicht – ist essentiell für eine lustvolle Sexualität und für sexuelle Integrität.*

Die Sexualität ist von vielen verinnerlichten Faktoren beeinflusst. In den 60er-Jahren war es noch ganz verpönt über Sexualität zu reden. Als ich nach Wien kam, war ich 19 und man konnte gerade erst die Pille haben, aber nicht, wenn du nicht verheiratet warst und keine zwei Kinder hattest. Das kann man sich heute gar nicht mehr vorstellen. Das Risiko schwanger und verstoßen zu werden als ledige Mutter war sehr groß und hat gehemmt. Daher habe ich im Frauengesundheitsprogramm von Haus aus Sexualpädagogik und Aufklärung in der Schule einen großen Stellenwert beigemessen. Wir haben ein Video gemacht, *Sex we can*, wo Computerfiguren die ganze Geschichte des Kennenlernens darstellen, auch die Verunsicherung. Es war uns wichtig zu zeigen, man darf am Anfang Angst haben, es geht nicht gleich ruck, zuck und du hast den rauschendsten Orgasmus. Es dauert. Es geht auch darum Mut zu machen, redet darüber.

Das weibliche Organ wurde in dem Film ganz genau erklärt, das war uns wichtig. Was ich gerne gemacht hätte, wäre ein Vulva-Aufklärungsheft, damit die Mädchen in der Schule wissen, jedes Mädchen schaut anders aus. Und nicht denkt, wenn sie sich anschaut: ‚Oh Gott, wie schaue denn ich aus?‘ Wenn du keinen Vergleich hast oder nur den aus der Pornoszene, wo ja alles geschönt ist, und du schaust dir deine Vulva an, kann es sein, dass du einen Schock bekommst, weil man das nie sieht. Während der kleine Junge damit aufwächst, dass der Penis größer, kleiner, krumm sein kann. Es gibt in dem Bereich noch immer viel zu tun. Es ist mir ein großer Dorn im Auge gewesen, dass Social Media und die Werbeindustrie jungen Mädchen und Frauen einreden, nach der Geburt, dass sie straffe große und kleine Schamlippen haben müssen und von daher auch die Intimchirurgie boomt. Was immer die Frau macht, sie ist unfrei. Vor der Menstruation, während, vor und nach der Geburt. Das schadet uns gesellschaftlich enorm: mangelnde Aufklärung, Verunsicherung und Scham. Eine Frau, die lustbetont ist und das zeigt, ist immer noch ein Risiko.“

**Mag.<sup>a</sup> Hametner** weist in einem Gespräch auf frauenspezifische Aufklärungskampagnen des Frauengesundheitsbüros der Stadt Wien hin: „Weibliche Sexualität und sexuelle Bildung sind im Wiener Programm für Frauengesundheit seit jeher Thema. Rund um sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung liegen die Wurzeln der Frauengesundheitsbewegung und tatsächlich müssen die Rechte von Frauen auf ihren Körper immer wieder verteidigt und erkämpft werden. Es geht aber heute auch um das Recht der Frauen, für ihre Sexualität und ihre körperlichen Funktionen nicht beschämt zu werden. Weder in Bezeichnungen wie *Scham* oder *Schamlippen*, noch für körperliche Funktionen wie die *Menstruation*, die verschämt versteckt werden muss.

Rund um die Sexualität von Frauen gibt es eine Vielzahl an Mythen, viele dienen nur dazu die weibliche Sexualität, die weibliche Lust, zu unterdrücken. Stichwort: Jungfernhäutchen (Hymen). Wenn wir von weiblicher Sexualität im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen reden, müssen wir daher einen Schritt zurückgehen und sie überhaupt erst aus der Tabuzone holen. Das fängt bei der Sprache an, wenn wir die Vulva weder als ‚da unten‘ unsichtbar, noch sie fälschlicherweise zur Vagina machen. Es setzt sich fort, wenn es die Klitoris endlich in ihrer gesamten Pracht in die Biologiebücher schafft und nicht zur ‚Lustperle‘ reduziert wird. Männer können leicht von ihrem ‚besten Stück‘, das sichtbar an ihnen baumelt, sprechen, für Mädchen und Frauen ist es noch nicht ganz so weit, wenngleich es derzeit – auch über Social Media befeuert – viele Aktivitäten gibt, auch die Vulva aus der Verborgenheit zu holen und positiv zu konnotieren. Da tut sich viel und ich halte das für enorm wichtig.

Den eigenen Körper zu kennen und zu wissen, was guttut – und was nicht – ist essentiell für eine lustvolle Sexualität und für sexuelle Integrität. **Im Wiener Programm für Frauengesundheit widmen wir uns der Entmystifizierung von Vulva, Klitoris und Co. und wollen Mädchen und Frauen dazu ermutigen, ihren Körper zu entdecken und kennenzulernen und ungesunde, lustfeindliche Mythen zu hinterfragen.** In unserer 11-teiligen Youtube-Videoreihe *Liebe, Sex und Klartext* behandeln wir Themen wie



Gefühle, Orgasmus, Sex, Schamlippen, Körperbehaarung, Pornografie, ebenso wie die Vielfalt sexueller Identitäten und Orientierungen sowie den Umgang mit Geschlechterklischees. Die Video-Clips richten sich an 15- bis 19-jährige Mädchen und orientieren sich an den Lebensrealitäten von Jugendlichen. Die sexuelle Selbstbestimmung und ein offener und verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Sexualität sollen gefördert werden.

Auch die Verhütungsbroschüre *Wir haben Lust drauf – aber sicher! Verhütung im Überblick* soll Mädchen und Frauen dazu ermutigen, eine positive Beziehung zu ihrem Körper aufzubauen. Sie hat neben einem Teil über Verhütungsmethoden daher auch ein Kapitel über das weibliche Geschlecht und widmet sich Fragen wie ‚Was ist die Vagina, was die Vulva?‘ und ‚Welche Aufgabe hat die Klitoris?‘.

Wir bemühen uns mit unseren Aktivitäten, die weibliche Sexualität aus der Tabuzone zu holen und Mädchen und Frauen zu stärken. Denn Sexualität ist ein Teil unserer Identität, eine Ressource, die uns Kraft geben kann, auch wenn Krankheit oder Alter den Körper schwächen. Daher ist es so wichtig, diesen Aspekt unseres Lebens immer mitzudenken – wie verändern sich die Sexualität und sexuelles Erleben im Laufe des Lebens oder auch durch Krankheit. Und was kann man tun, um diesen Teil des Lebens zu sichern?

**Gleichzeitig ist es so wichtig, Sexualität nicht mit Leistung in Verbindung zu bringen, als etwas das ‚funktionieren‘ muss.** Diesen Aspekt erleben Männer sehr viel sichtbarer, wenn sie Erektionsschwierigkeiten haben. Sexualität von Frauen ist weniger offensichtlich, aber nicht weniger > vulnerabel. Sie erleben wiederum die permanente gesellschaftliche Anforderung, attraktiv zu sein, jung zu bleiben, um begehrt zu werden. Das ist eine schwierige Gemengelage, die auf individueller Ebene kaum zu lösen ist. Es gilt, Sexualität insgesamt zu enttabuisieren. Je mehr es gelingt, sie als selbstverständlichen Teil unseres Lebens zu sehen, desto eher wird sie auch Raum und Wertigkeit bekommen im Leben von Menschen mit chronischer Erkrankung.“

**DGKP<sup>in</sup> Signer** beschreibt, dass Frauen im Unterschied zu Männern das Verbalisieren sexueller Schwierigkeiten oft leichter fällt: „Frauen erzählen eventuell eine Geschichte dazu, die das Ganze viel anschaulicher macht. Das ist gefürchtet, wenn es um den Zeitfaktor geht, aber Frauen tun sich in einigen Fällen damit leichter, es zu beschreiben. Bei Männern braucht es manchmal mehr Unterstützung, um das sexuelle Problem in Worte und einen Kontext zu stellen. Wobei ich das nicht pauschalisieren möchte. Ich kenne Männer, die sich sehr gut artikulieren und alles gut beschreiben können, aber auch solche, die sagen: ‚Puh, das ist mir jetzt irgendwie zwieder.‘ Am Stammtisch ist das ganz was anderes. Aber wenn es ums Eingemachte der eigenen persönlichen Sexualität geht, dann ist es schwieriger.“

Wobei ich die Erfahrung gemacht habe, dass sich Männer bei einer weiblichen Sexualberaterin leichter tun, ihre Probleme einzugestehen als bei einem männlichen Berater, weil bei Männern immer sofort das Konkurrenzthema im Hintergrund mitläuft. Das passiert nicht auf bewusster Ebene, aber wenn ein Mann einem anderen Mann gegenüber sitzt, dann ist der andere Mann immer auch Mitbewerber oder Konkurrent. Das macht es schwieriger, eigene Schwächen anzusprechen. Da kann der gegengeschlechtliche Aspekt hilfreich und entlastend sein. Bei Frauen erlebe ich häufig, wenn sie weibliche Solidarität spüren, dass sie sich mit vielen Themen leichter tun. Frauen wissen meist, wovon sie sprechen, weil sie einen ähnlichen Erfahrungshintergrund haben, was manches erleichtert.“

*Sexualität ist ein Teil unserer Identität, eine Ressource, die uns Kraft geben kann, auch wenn Krankheit oder Alter den Körper schwächen.*

*Ich habe die Erfahrung gemacht, dass sich Männer bei einer weiblichen Sexualberaterin leichter tun, ihre Probleme einzugestehen als bei einem männlichen Berater, weil bei Männern immer sofort das Konkurrenzthema im Hintergrund mitläuft.*

*Circa ein Drittel aller Frauen kann nur mit einem sexuellen Akt durch die Vagina ohne zusätzliche Stimulation von außen (Klitoris) einen Orgasmus haben.*

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** erklärt von ihr beobachtete Unterschiede zwischen den Geschlechtern beim Orgasmus: „Circa ein Drittel aller Frauen kann nur mit einem sexuellen Akt durch die Vagina ohne zusätzliche Stimulation von außen (Klitoris) einen Orgasmus haben. Das ist ein wichtiger Gender-Aspekt. Andererseits sind Frauen auch zufrieden mit einem sexuellen Akt, wenn sie keinen Orgasmus hatten. Das heißt, das ist oft ein Gemeinschaftsgefühl, das enge Beisammensein und auch das Kuschneln, das muss nicht in einem Höhepunkt münden und führt trotzdem zu sexueller Zufriedenheit.“

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** hat sich schon oft gefragt, weshalb junge Patienten eher mit einer Medizinerin über sexuelle Probleme sprechen wollen als mit einem männlichen Kollegen: „In unsere Ordination kommen junge männliche Patienten eher zu einer Ärztin, um sich Medikamente zu holen. Ich habe das Gefühl, dass das in einem bestimmten Alter für Männer nicht mehr so ein großes Problem ist. Die holen sich diese Präparate und finden es ganz normal, dass man das einmal ausprobiert. Den Grund, warum sie eine sexuelle Funktionsstörung haben, den kennen Männer oft gar nicht.“

Frauen brauchen eine größere Vertrauensbasis bis sie dieses Thema ansprechen, sie verleugnen es viel eher und wollen nicht darüber sprechen. Oder sie suchen das Problem mehr bei sich, ziehen sich zurück und leiden viel stärker darunter. Ich habe schon das Gefühl, dass zumindest in meiner Praxis Patient\*innen sehr offen sind, aber das passiert jetzt nicht nach der ersten Konsultation. Da muss man sich schon länger kennen, dann kommt das irgendwann einmal heraus, dass man sagt: ‚Na ja, wie geht es in der Beziehung?‘ Es gibt nicht so viele Möglichkeiten, eine Frau auf diesem Gebiet zu behandeln, rein medikamentös, der Mann hat es da schon ein bisschen einfacher. Und bei der Frau ist das manchmal auch eher eine Kopfsache oder die Psyche.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** erzählt, eher von Männern als von Frauen auf Sexualität angesprochen zu werden: „Es sind fast ausschließlich Männer, die aktiv von sich aus zur sexuellen Gesundheit gefragt haben. Mir ist eine einzige Frau eingefallen in den vielen Jahren, wenn ich mich zurückerinnere.“

**Dr. Pichlhöfer** beschreibt eine ähnliche Erfahrung: „Aktiv Sexualthemen anzusprechen ist bei Frauen mir gegenüber eher selten. Bei den Männern durchaus, wie gesagt, nicht in der Häufigkeit, wie man sich das wünscht, aber da ist glaube ich kein prinzipielles Hindernis in der Kommunikation.“

**Dr. Ponholzer** erwähnt den Einfluss von Medien: „Selbstverständlich müssen und dürfen wir davon ausgehen, dass das Geschlecht, die ethnische Herkunft, aber auch das Alter potentieller Patient\*innen eine Rolle spielen. Bei Frauen ist dieses Thema ganz sicher grundsätzlich ein weniger häufiges, da hier wesentlich weniger Medienarbeit geleistet wird. Dem Mann wurde das Tabuthema der Erektionsstörung insbesondere durch die Einführung von Medikamenten gegen Erektionsstörungen medial deutlich aufgearbeitet und heutzutage finden sie beispielsweise in gängigen Tageszeitungen Werbung zum Thema Erektionsstörung und deren medikamentöser Behandlung.“



**Mag. Bissuti** berichtet von seinen Erfahrungen aus der Arbeit in der Männerberatung und dem Leistungsdruck der Männer: „Es kommt natürlich auf die Erkrankungen an, aber die Männer versuchen oft sich mit potenzsteigernden Tabletten etwas Unterstützung zu holen, es gibt auch Männer, die nehmen diese Medikamente präventiv. Männer 50+, die sich denken, sie möchten niemals in die Situation kommen, dass irgendetwas nicht klappt.“

Es gibt auch das Phänomen, dass junge Burschen versuchen, sich diese Tabletten vor dem ersten Mal zu organisieren, weil sie so einen Stress haben. Also man sieht, wie viele Ängste da gerade bei den Männern damit verbunden sind, Leistungsängste, Versagensängste. Medikamente gegen Erektionsstörungen können auch Nebenwirkungen haben. Viele verschweigen es der Partnerin. Das kann dann zu unangenehmen Situationen führen, weil die Männer sich das nicht so richtig sagen trauen in der Partnerschaft. Er nimmt die Tablette mit auf Urlaub, nimmt sie ein, aber die Frau hat keine Lust. Sie weiß nicht, dass er die Tablette eingeworfen hat und ist jetzt einfach nicht in Stimmung. Das kann zu unangenehmen Situationen führen, denn er denkt sich: ‚Die Tablette, die war so teuer!‘ Es kann Konflikte und Streit geben.

Wenn ich an Männergesundheit denke, ist grundsätzlich das Thema Sexualität nicht ganz einfach, weil für viele Männer Sexualität einen großen Druck erzeugt, der auf ihnen lastet, den sie aber selten offen ansprechen. Und sie denken: ‚Als Mann hat das zu klappen, da hat man keine Probleme zu haben.‘ Auch ohne das Thema chronische Erkrankungen ist es für viele Männer nicht leicht über das Thema Sexualität zu sprechen, auch nicht in Therapie- und Beratungssituationen. Oft reden Männer erst darüber, wenn es ein Problem gibt.“

*Sexuelle Probleme sind bei Männern mit vielen Ängsten verbunden – Leistungsängste, Versagensängste.*

## 4.12. Kulturelle Unterschiede

Wenn das Vertrauen einmal hergestellt ist, dann kann das Gespräch gleich verlaufen wie in unserer Kultur.

**DGKP<sup>in</sup> Signer** hat viele Frauen in der Kontinenzberatung betreut, die aus Kulturen stammen, wo sexuelle Themen noch stärker tabuisiert werden oder unausgesprochen bleiben. Sie berichtet: „Kulturelle Unterschiede sind ganz spannend. Wenn das Vertrauen einmal hergestellt ist, dann kann das Gespräch gleich verlaufen wie in unserer Kultur. Es geht um die Möglichkeit und Freiheit, alle Sorgen, die wichtig sind, anzusprechen, dafür sind die Betroffenen sehr dankbar. Ich erinnere mich an eine junge Frau aus Afghanistan, die wortreich geschildert hat, wie froh sie ist, erstmals ihre Probleme besprechen zu dürfen, weil das so schwierig war in ihrem Land, wo alles totgeschwiegen wird und erduldet werden muss. Da hilft ein Stück weit der medizinische Kontext, in den das Gespräch eingebettet ist.“

**Dr. Kaynar** beschreibt seine Erfahrung mit Patienten: „Menschen aus anderen Kulturen, sei es religiös oder sprachlich, haben größere Probleme über Sexualität zu sprechen, obwohl dieses Thema für sie auch sehr wichtig und groß ist. Aber wenn sie einmal anfangen zu sprechen, können wir über alles sprechen.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** hat kulturelle Unterschiede bei Behandler\*innen beobachtet und weist darauf hin, dass es wichtig ist den kulturellen Hintergrund der Betroffenen als Einflussfaktor zu berücksichtigen: „Für mich war es am Anfang, als ich in Hamburg ausgebildet wurde, erstaunlich, wie mein türkischstämmiger Kollege den Patient\*innen in der Supervision so *straighte* Anweisungen gegeben hat. Da habe ich gedacht: ‚Das kannst du doch nicht machen!‘ Da hat er gesagt: ‚Weißt du, es ist so, die haben ein Bild von einem Arzt und dem versuche ich zu entsprechen.‘ Ich höre mir mal an, was die für Bilder haben. Und was sie brauchen.“

Oft brauchen die Frauen, dass ich ihnen quasi eine Schonzeit gebe von Sexualität, weil sie sich nicht abgrenzen trauen dem Mann gegenüber. Dann werde ich einfach eine Anweisung geben. So dass es klar ist, dass keine Sexualität stattfinden kann. Und so mache ich es mit allen Kulturen, dass ich mir anschau, was liegt vor und worauf muss ich schauen, was brauchen jetzt gerade die zwei, so dass es wieder passt. Dass es was bringt überhaupt. Es soll ja schließlich was bringen, was wir da machen.“

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** begegnet in Gesprächen mit Patientinnen auch dem Thema sexueller Gewalt: „Bei vielen Patientinnen, die aus anderen Ländern kommen, da ist es ja oft so, dass die Frau nicht allein kommt, sondern in Begleitung. Da wird dieses Thema von weiblicher Seite überhaupt nicht angesprochen. Sexuelle Gewalt haben wir oft. Also viele Patientinnen kommen aus den Frauenhäusern, die sind dann teilweise psychotherapeutisch sehr gut betreut, dass das jetzt nicht unbedingt in unserer Praxis die Hauptrolle spielt. Sie müssen sich den Time-Slot in unserer Ordination vorstellen: 6-8 Minuten, manchmal 10 Minuten. Natürlich können wir uns auch mehr Zeit nehmen, aber ich glaube nicht, dass man so ein Thema aufbrechen muss in so einer kurzen Zeit, weil da müsste man die Patientin gehen lassen in einem eventuell aufgelösten, sehr vulnerablen Zustand und das würde keiner machen.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** sind in der allgemeinmedizinischen Praxis keine nennenswerten kulturellen Unterschiede bei Betroffenen aufgefallen: „Außer, dass der Druck Kinder zu bekommen, oft sehr viel größer ist, als es bei uns ist. In traditionell sozialisierten Gruppen spielt das natürlich auch in die sexuelle Gesundheit hinein, weil Frauen sprechen nicht darüber, ob es ihnen damit gut geht oder sie Schmerzen haben, es geht immer nur darum, ob sie produktiv sind oder nicht. Da geht es auch um das Ansehen in der Familie.“

**Frau Wagner, MSc** beschreibt Erfahrungen mit unterschiedlichen Kulturen in der Frauenberatung: „Ich arbeite mit muttersprachlich bosnischen, serbischen, kroatischen Frauen. Das Kulturelle spielt mit und ist oft ein Thema. Wie ist das in der jeweiligen Kultur? Es ist auch in Österreich noch sehr schambehaftet. Aber es gibt natürlich Frauen, die ganz stark patriarchal geprägte Systeme gewohnt sind, wo ihre Sexualität einfach weder gesellschaftlich noch in der Beziehung Platz hat. Wo wenig Zugang zu den eigenen sexuellen Wünschen da ist.“

Der Begriff Sexualität, was ist das? Das ist ein riesengroßer Begriff, da zählt so vieles dazu. Was bedeutet das überhaupt? Geht es da um Genuss? Um Freude? Oder um Macht, Kontrolle? Entspannung? Nähe? **Was bei manchen Frauen ein Thema ist: Du als Frau musst einem bestimmten, gesellschaftlich vorgegebenen Frauenbild entsprechen.** Das wird oft anerzogen und da ist es manchmal schwierig, eine eigene, selbstbestimmte Sexualität zu entwickeln.

Ich würde gar nicht sagen, dass das Sprechen über sexuelle Themen im Gespräch viel später aufkommt, denn wenn eine Vertrauensbasis da ist, kommt das Thema schon auf. Spürbar ist nur der Unterschied, dass da eine Spur mehr Scham dabei ist, die sich so zeigt: ‚Eigentlich darf ich das jetzt gar nicht sagen, das gehört sich nicht.‘ Ich würde eher sagen, es hängt nicht mit einer Religion zusammen, sondern mit der privaten Situation: Wo sind eher noch stark patriarchale Strukturen da? Das ist auch in Österreich noch so. Was nicht heißt, dass bei der jeweiligen Person kein Interesse und keine Neugierde da ist.

Sobald die Frauen merken, sie können mit mir sprechen, ist ganz viel Neugierde da. Und ganz viel Interesse, viele Erfahrungen. Ich kann mich erinnern, ich habe einmal mit einer Gruppe Frauen aus Afghanistan über Sexualität gesprochen, die waren total offen und interessiert, da war ganz viel im Gespräch möglich. Ich glaube, es geht darum, diesem subjektiven Gefühl der Beschämung empathisch zu begegnen. Die Scham ist gleich, ein bisschen stärker vielleicht in den Ländern, wo man als Frau noch gesamtgesellschaftlich weniger zu sagen hat. Zu merken: ‚Ah, da ist jemand, den schockiere ich nicht, wenn ich über meine Sexualität spreche‘, stellt oft eine große Erleichterung dar. Da merke ich erst, wie groß dieser Leidensdruck ist. Dieses mit niemandem darüber sprechen können, nicht einmal mit den eigenen Freundinnen. Dann merken sie: ‚Ah okay, da ist jemand, dem kann ich das sagen‘ und da taste ich mich voran und dann geht es. Diese Offenheit ist überall gleich, glaube ich, wenn man jemandem mit Offenheit und Neugierde begegnet und Wertschätzung, kann man alles besprechbar machen und dann ist vieles möglich.“

*Spürbar ist nur der Unterschied, dass da eine Spur mehr Scham dabei ist, die sich so zeigt: „Eigentlich darf ich das jetzt gar nicht sagen, das gehört sich nicht.“*

## 4.13. Sexualität im Alter

Eine längere Lebensspanne und bessere medizinische Versorgung führen dazu, dass auch Menschen mit chronischen Erkrankungen länger leben. Entgegen herkömmlicher Stereotype ist die Mehrzahl der Frauen und Männer auch im höheren Lebensalter sexuell aktiv (Merbach et al., 2004). Da es im Alter diverse negative Einflüsse auf die Sexualität geben kann, steigt das Bedürfnis Betroffener sexuelle Probleme zu verbessern (Træen et al., 2017).

Auch wenn das sexuelle Verlangen im Alter etwas abnimmt, sind es häufig Lebensstil und chronische Erkrankungen, die den größten Einfluss auf die Sexualfunktion haben. Ein erfülltes Sexualleben ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität, auf den auch im höheren Lebensalter nicht verzichtet werden muss (Bayerle-Eder, 2015). Generell steigt die sexuelle Aktivität ab 26 Jahren an, bleibt erst dann auf relativ konstantem Niveau und sinkt erst ab 55 Jahren kontinuierlich ab. Dabei sind 56- bis 65-Jährige sexuell aktiver als 18- bis 25-Jährige (Brähler & Felder, 1999). Der Wunsch nach Sexualität bleibt bei Männern bis zu 75 Jahren erhalten, danach kommt es zu einem Abfall – bei Frauen geschieht dies etwas früher (Merbach et al., 2004). „Medizinische Fachkräfte sehen die Sexualität älterer Patient\*innen oft nicht als ihren Zuständigkeitsbereich an, aufgrund von Unsicherheiten und zu wenig Wissen. Einen Einfluss auf die Einstellung zum Thema Sexualität im Alter haben dabei kulturelle Normen und Tabus, die längerfristige Arbeit mit älteren Personen, Training sowie Erfahrungen mit nicht heterosexuellen Personen (Haesler et al., 2016).

**Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger** beschreibt, dass sich das Alterserleben von Frauen in den letzten Jahren stark verändert hat: „Sexualität im Alter ist ein großes Tabu und hat auch mit erotischen Vorbildern zu tun: straffer Busen, schlanke Taille, ein schöner, glatter, junger Frauenkörper. Wenn man in die Jahre gekommen ist und das nicht mehr hat, wird das schamhaft versteckt. Man ist in der Öffentlichkeit überhaupt kein Thema. Frauen im Alter werden selbstbewusster. Die ersten Feministinnen stehen zu ihrem Alter und spielen nicht die Oma, die nur mehr im Park herumsitzt, sondern stehen mehr im Leben und mischen mit, zumindest ein bisschen mehr als vor 20 Jahren. Also liest man immer mehr: Ich habe einen jüngeren Liebhaber oder leiste mir einen. Das ist nicht mehr ganz so verpönt. Wenn man das Glück hat, noch einen Partner zu haben, denn Männer sterben ja früher, dann hört Sexualität ja nicht einfach auf. Wenn die Beziehung gut ist, kann die Lust sogar mehr werden, weil man sich noch besser kennt. Das sollte kein Tabu sein.

*Wenn wir an Sexualität denken, denken wir an junge und schöne Menschen und haben dazu Bilder im Kopf von einer sexualisierten Welt oder der Pornowelt, Sexualität im Alter hat ein Schattendasein und ich finde es wichtig, mehr darüber zu reden. Es gehört genauso zum Alter wie alles andere auch.*

Beim Mann ist Prostatakrebs der häufigste Krebs und noch immer kann man nicht so fein operieren, wenn man die Prostata entfernen muss, dass nicht diese feinen Nervenzellen zerstört werden. Daher hat Prostataoperation ein hohes Risiko, dass der Mann impotent wird und es bleibt. Es braucht viel mehr Transparenz, die Urolog\*innen müssen lernen mit dem Paar gemeinsam zu reden, weil es die Beziehung betrifft. Wenn wir an Sexualität denken, denken wir an junge und schöne Menschen und haben dazu Bilder im Kopf von einer sexualisierten Welt oder der Pornowelt etc., Sexualität im Alter hat ein Schattendasein und ich finde es wichtig, mehr darüber zu reden. Es gehört genauso zum Alter wie alles andere auch. Es hat immer noch den Touch von ‚Das darf nicht sein.‘

**Man denkt Sexualität hört irgendwann automatisch auf, aber so ist es nicht.** Es ist wichtig, gehört zur Lebensqualität und zum Körpergefühl. Wenn man das Glück hat, einen Partner zu haben oder sonst Sexualität haben kann, dann ist das gut so und ganz positiv. Die Lubrifikation nimmt im Alter ab, so wie Haut trockener wird. Wenn du erregt bist, kannst du dem abhelfen. Manche Ärzt\*innen sagen: ‚Das ist halt so, damit müssen Sie sich abfinden.‘ Das rückt man so ins Negative, anstatt dass man den Frauen Mut macht und sagt, was sie für Möglichkeiten haben. Da muss man sich nicht damit abfinden.“

**DGKP<sup>in</sup> Signer** erklärt, dass sich junge und alte Menschen gleichermaßen schwertun, über ihre Sexualität zu sprechen: „Die Generation, die jetzt hochbetagt ist, hatte noch den großen Nachteil, dass Sexualität unausgesprochen in ihrem Leben stattgefunden hat und dass sich diese Menschen viel schwerer tun mit dem Ansprechen und der Frage: ‚Darf ich das überhaupt?‘ Da ist vielleicht etwas mehr Unterstützung nötig, aber meist entstehen recht spannende Gespräche. Ich habe aber auch viele junge Menschen bei mir, nicht nur erkrankt, sondern auch solche, die nur wegen der Sexualfunktionsstörung zu mir kommen, wo ich überrascht bin. Dass es in Zeiten wie heute für die Betroffenen gleich schwer ist zu beschreiben oder auch zu artikulieren, was sie selber bedrückt.

Sexualität ist etwas sehr Intimes. Natürlich erleben wir in diversen Talkshows genau das Gegenteil, wenn die Menschen das Innerste nach außen stülpen und vor aller Welt ausbreiten. Aber der Großteil der Menschen ist nicht so gestrickt und wird, wenn es um die eigene Sexualität geht, sprachloser. Wie schütze ich mich und wie kann ich etwas, das nur für mich und meine Partnerin oder meinen Partner bestimmt ist, gut besprechen? Das ist eine große Herausforderung, betrifft gleichermaßen die Jüngeren. Manchmal ist erstaunlich wenig Wissen da über den Körper und seine Funktionen, obwohl der Zugang über die Medien und das Internet vorhanden ist. Gerade bei pubertierenden Jugendlichen gibt es ganz viele Mythen zur Sexualität. Sexualpädagogik hat für mich einen hohen Stellenwert, damit es wirklich um Fakten geht und nicht um das, was in Jugendlichen- und Internetkreisen aufgebauscht wird. Pornografie ist jetzt leicht zugänglich, aber Schauspiel. Viele junge Menschen können das gar nicht unterscheiden. Da haben wir dann Menschen, die eine Sexualfunktionsstörung haben, einfach nur, weil sie völlig falsche Erwartungen haben.“

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** berichtet über Orgasmusfähigkeit im Alter und dass der Verlust der/s Partnerin/Partners oftmals mit dem Verlust der eigenen Sexualität einhergeht: „Prinzipiell ist wichtig zu sagen, dass Sexualität im Alter genauso wichtig ist und sie sich ein bisschen verändert, weil z.B. weiß man, dass die Orgasmusfähigkeit der Frau bis ins hohe Alter eigentlich vollständig erhalten bleibt, beim Mann ist es so, dass die erektile Dysfunktion schon ab dem 45. Lebensjahr eintritt und kontinuierlich, abhängig vom Lebensstil und der sportlichen Betätigung, abnimmt. Das ist genau das Gegenteil von dem, was klassisch vermittelt oder angenommen wird. Denn bei der **sexuellen Leistungsfähigkeit** ist es genau umgekehrt: **Bei der Frau bleibt sie mit zunehmendem Alter gleich oder steigt sogar an und beim Mann nimmt sie kontinuierlich ab.**

Was auch interessant ist: Ich habe einige Patient\*innen, die ich auch auf Sex anspreche, auch wenn sie natürlich nicht primär wegen Sexproblemen kommen und da frage ich: ‚Wie schaut es mit dem Sexuellen aus?‘ Eine Patientin hat unlängst zu mir gesagt: ‚Wie soll es ausschauen? Mein Mann ist seit 10 Jahren tot.‘ Diese ältere Generation, die ist sehr auf die Partnerin oder den Partner bezogen und wenn die bzw. der verstirbt, verstirbt auch quasi die eigene Sexualität. Ein weiterer Unterschied zwischen den Geschlechtern ist, dass Frauen mit Sexualität auch zufrieden sein können, wenn sie keinen Orgasmus haben.“

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** erklärt die lebenslange Wichtigkeit von Nähe und Zärtlichkeit: „Im Alter ist das ein noch größeres Tabu, dass ältere Patient\*innen sich noch weniger trauen, das Thema anzusprechen als jüngere. Wobei ich auch ganz junge Patient\*innen kenne, 18-,19-Jährige, die nicht aufgrund chronischer Erkrankungen Schwierigkeiten in Bezug auf Sexualität haben, sondern aufgrund des zunehmenden Leistungsdruckes, der sich natürlich auswirkt. Sexualität im Alter gibt es ja scheinbar nicht, aber sie ist schon ein Thema, das man in Pflegeheimen kennt.“

*Bei der sexuellen Leistungsfähigkeit trifft genau das Gegenteil zu von dem, was klassisch vermittelt oder angenommen wird: Bei Frauen bleibt die Orgasmusfähigkeit mit zunehmendem Alter gleich oder steigt sogar an, beim Mann nimmt sie ab dem 45. Lebensjahr kontinuierlich ab.*

*Es geht im Alter nicht immer um den sexuellen Akt, aber das Bedürfnis nach Nähe und Intimität, das haben wir von der ersten Sekunde unseres Lebens an.*

Es geht im Alter nicht immer um den sexuellen Akt, aber das Bedürfnis nach Nähe und Intimität, das haben wir von der ersten Sekunde unseres Lebens an. Ein Säugling, der keine körperliche Nähe hat, der stirbt, weil er diese körperliche Nähe braucht, um sich selbst zu regulieren. Der Säugling reguliert damit seine Verdauung, seinen Herzschlag und seine Emotionen. Das kann er selber noch nicht. Das ist ein überlebenswichtiges Tool und bleibt das ganze Leben für uns wichtig. **Weil bei körperlicher Nähe kommt es zu > Oxytocin-Ausschüttung, das fördert die Bindung, Sicherheit, Zugehörigkeit und das brauchen wir.** Ich möchte sagen: Von der Wiege bis zur Bahre. Und ich zähle zur Sexualität ja nicht nur den Geschlechtsakt, sondern da gehören auch Zärtlichkeit, körperliche Berührung, Nähe dazu und das Bedürfnis danach hört mit dem Alter nicht auf. Darum denke ich, ist das ganz wichtig, dass man ältere Menschen darauf anspricht, inwiefern Sexualität für sie wichtig ist. Ich finde das nicht in Ordnung, dass die Jüngeren bestimmen, wie die Älteren zu sein haben. Da vergessen alle Jungen, dass sie hoffen auch einmal alt zu werden.“

**Dr. Kaynar** berichtet von seiner Erfahrung, dass ältere Frauen oftmals Sexualität mit dem Partner ablehnen: „Ich habe die Beobachtung gemacht, dass für ältere Leute Sexualität weniger Thema ist, sie verdrängen das Bedürfnis, wenn es noch vorhanden ist. Jüngere Patient\*innen sprechen eher darüber. Viele ältere Männer und Frauen denken sogar: ‚Das ist eh nicht mehr notwendig, das ist vorbei.‘ Ich habe das Gefühl, bei den Frauen ist das noch mehr der Fall. Nach der Menstruation, im Klimakterium, kommt es zu hormonellen Veränderungen in der Scheidenmukosa, zu Trockenheit und Schmerzen. Die älteren Frauen trauen sich oft nicht, die Gynäkologin oder den Gynäkologen darauf anzusprechen. Besonders Frauen wollen damit abschließen, die Partner leiden dann. Ich spreche öfters mit älteren Männern, deren Frauen keinen Sex mehr haben wollen, was eine ungute Stimmung in der Partnerschaft auslösen kann.“

**Dr. Pichlhöfer** hat hingegen die Beobachtung gemacht, dass bei älteren Menschen eine größere Bereitschaft da ist über Sexualität zu sprechen.

*Je mehr Probleme man mit dem Älterwerden grundsätzlich hat, desto stärker wird sich das auch beim Thema Sexualität niederschlagen.*

**Mag. Bissuti** berichtet, dass Sexualität im Alter in der Männerberatung noch immer ein Tabuthema ist: „Je mehr Probleme man mit dem Älterwerden grundsätzlich hat, desto stärker wird sich das auch beim Thema Sexualität niederschlagen. Ich glaube, dass Sexualität bei jüngeren Männern noch eine andere Qualität hat, wie z.B. den Anspruch an eine gemeinsam erlebte Sexualität. Da braucht man nicht lang darüber reden, Sexualität ist auch ein Konsumgut oder etwas, das sehr stark vermarktet wird und das wirkt sich auf alles Mögliche aus, im Positiven wie im Negativen. Ich glaube, dass die Sexualität besonders für Männer sehr wichtig ist, um den eigenen Selbstwert zu steigern, gut zu *performen*.

In der Generation meiner Eltern oder vielleicht auch in meiner Generation war es anders als heute für 20-, 25- oder 30-jährige Personen. Die sind etwas tabuloser und offener. Das hätte man sich vor 20 Jahren nicht vorstellen können, dass Sexspielzeuge im Werbefernsehen um 20:15 Uhr zu sehen sind. Die Sexualität im Alter ist aber ein Stück weit ein Tabuthema. Sexualität schreibt man älteren Menschen nicht mehr zu. Für eine Frau ist sich zu verpartnern oder einen Sexualpartner zu finden, wenn sie schon geschieden oder allein oder verwitwet ist, glaube ich, viel schwieriger. Und sie hätte möglicherweise auch mehr von Sexspielzeug. Gerade bei Frauen nimmt das Interesse an Sexualität ja mit steigendem Alter eher zu, auch die Höhepunktfähigkeit. Also eigentlich sollte der Markt sich um diese Zielgruppe kümmern. Da sieht man, welches Tabu das ist.“

**Dr.<sup>in</sup> Reiter** beobachtet, dass ältere Männer eher über ihre Sexualität sprechen und medizinische Unterstützung suchen als ältere Frauen: „Zum Thema Sex im Alter gibt es mittlerweile viel Literatur. Renate Daimler hat vor 20 Jahren ein Buch geschrieben (*Verschwiegene Lust*), das ich damals gelesen habe. Da gab es Interviews mit Frauen, die ganz offen darüber gesprochen haben. Die Palette ihrer Aussagen war sehr groß, von ‚Endlich muss ich nicht mehr!‘ bis zu ‚Im Alter habe ich erst gemerkt, was mir gefehlt hat, weil ich dann erst eine Partnerin oder einen Partner gefunden habe, wo ich auch sexuelle Erfüllung erlebt habe.‘

Vor 25 Jahren, als ich noch studiert habe, gab es im ORF eine Ärztin, die über das Tabuthema Sexualität im Alter gesprochen hat. Es kommt bei uns in Österreich immer wieder vor, das Thema wird immer wieder ins Bewusstsein gerufen. Ich weiß nicht, ob da die Apotheken nicht mehr leisten als wir, indem sie sagen: ‚Was ist schlimm daran, ein Befeuchtungsmittel zu verwenden?‘ Es kommt auch darauf an: **Ab wann gilt man als alt?** Es sind dann eher die Männer, die wegen medikamentöser Unterstützung kommen, wenn offensichtlich eine Störung auftritt, wenn zwar die Lust da ist, aber der Akt nicht vollständig vollzogen werden kann und die Nervosität steigt. Selten sind es Frauen. Manchmal ist es so, dass Frauen nach Operationen, zum Beispiel einer Gebärmutterentfernung oder bei Krebserkrankungen und Myomen darüber sprechen. Mein diesbezügliches Wissen bezieht sich aber eher darauf, dass ich Freundinnen habe, die Gynäkologinnen sind und nicht, weil die Patientinnen mit mir darüber reden.“

**Frau Wagner, MSc** erzählt von ihren Eindrücken aus der Praxis: „Zu mir kommen eher die Jüngeren oder bis 50-Jährige. Ich weiß jetzt nicht, ab wann man von alt spricht. Aber nach der Menopause haben Frauen oft aufgrund der Hormone keine große Lust auf Sex. Ich habe wirklich nicht viele berufliche Erfahrungen mit dieser Altersgruppe, aber das ist auf jeden Fall ein Thema. Das hat wieder mit Selbstbild zu tun. Auch die Scheidentrockenheit ist z.B. so ein Tabuthema, einfach vom Physischen her. Man muss sich trauen das anzusprechen. Das wird oft nicht gemacht. Ich kann mich nur an eine Geschichte erinnern von einer älteren Frau, die gesagt hat: ‚Ich brauche keine schöne Unterwäsche tragen, in meinem Alter trägt man das eh nicht.‘ Wo ich gesagt habe: ‚Ach so?‘ Da einfach nachzufragen: ‚Wie kommen Sie da drauf?‘“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** beschreibt ihre Erfahrungen bei einer telefonischen Hotline mit älteren Anrufer\*innen: „Ich hatte eine Zeit lang eine telefonische Hotline, die konnte ich leider nicht aufrechterhalten, weil sie zu teuer war. Da haben sehr viele Ältere angerufen, vor allem aus dem ländlichen Raum, die sich nicht getraut haben, die Ärztin oder den Arzt anzusprechen. Das waren im Schnitt Männer über 70 und Frauen so ungefähr ab 60. Die haben das Gefühl gehabt, als ob sie in dem Alter sind, in dem man quasi sexuell schon abschalten soll. Das ist natürlich religiös-kulturell so geprägt, dass Frauen postmenopausal teilweise noch die Reaktion auslösen: ‚Was wollen die Sex haben? Das war religiös-kulturell so, da hat man keinen Sex zu haben.‘ Und ja, bei Männern gibt es die paar ‚tollen Hengste‘, die auch noch mit 70 Kinder zeugen.

Im Grunde hat man aber zu akzeptieren, dass ältere Menschen noch Sexualität leben wollen. Ich habe ganz viele Alte gehabt, tolle Pärchen. Wo man einfach anschaut: Was brauchen die? In einer der größten Studien wurde gefragt, wie oft die Über-75-Jährigen noch Sex haben. Man sieht, es sind doch 39 % der Männer und 17 % der Frauen, die Sex hatten. Wenn man dann nachfragt, was sie darunter verstehen, meint jeder Zweite Geschlechtsverkehr. Ich hatte vermutet, vielleicht meinen die meisten was anderes, keine Sexualität mit Penetration, sondern Petting, erotische Zärtlichkeiten usw. Das sollte uns zu denken geben als Ärzt\*innen, dass die Gesellschaft ein sehr enges Bild von Sexualität hat.

*Ich hatte eine Zeit lang eine telefonische Hotline mit Sexualberatung. Da haben sehr viele Ältere angerufen, vor allem aus dem ländlichen Raum, die sich nicht getraut haben, die Ärztin oder den Arzt anzusprechen. Das waren im Schnitt Männer über 70 und Frauen so ungefähr ab 60.*



In einer skandinavischen Studie haben sie alle 30 Jahre die Einstellung zu Sexualität einer Generation verglichen. Wir dürfen nicht vergessen, jetzt sehen wir die 68er-Generation, die sich wirklich stark für einen anderen Umgang mit der Sexualität eingesetzt hat. Wenn man sich schon so lange eingesetzt hat, ist natürlich klar, dass man die Sexualität erhalten will. Die Pharmafirmen können auch enormen Stress erzeugen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, dass wir sexuell funktionieren müssen. Ich will z.B. keinen unter Stress setzen, dass er sexuell funktionieren muss. Viele wollen eigentlich hören, dass es okay ist, dass sie zum Beispiel anders Sex haben.“



## 4.14. Erfüllende Sexualität trotz Einschränkungen

Im Zuge der Interviews, die für diesen Gesundheitsbericht geführt worden sind, wurden zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten, Hinweise und Ressourcen für eine zufriedenstellende Sexualität trotz chronischer Erkrankungen gesammelt.

**DGKP<sup>in</sup> Signer beschreibt die Definition „gesunder“ Sexualität:** „Zu der Frage nach ‚gesunder‘ Sexualität, da würde ich das ‚gesund‘ unter Anführungsstriche setzen. Man kann es so formulieren, dass Sexualität, die körperlich gesunde Menschen leben und jene, die durch chronische Erkrankungen langfristig mit Beeinträchtigungen umgehen müssen, unterschiedlich sein kann, aber nicht muss. Da habe ich gelernt, sehr achtsam zu formulieren. Ich kenne viele junge Frauen, die sagen: ‚Ich hatte noch nie im Leben einen Orgasmus.‘ Da stellt sich die Frage: Was ist gesund und was ist körperlich oder seelisch beeinträchtigt oder erkrankt?“

**Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger** sind Aufklärung und Information wichtig: „Ganz wichtig ist Beratung, was es an Erotik gibt. Mut machen, weil man kann ja gut stimulieren, aber das müssen beide können und wissen. Es gibt Tipps und Tricks und man kann eine gute Sexualität lernen, indem man über erogene Zonen usw. lernt, aber da muss das Paar sich trauen und ermutigt werden, darüber zu reden. Das ist schon bei ‚normalen‘ Beziehungen schwierig, man streitet über alles Mögliche und redet über jeden Blödsinn, aber was ich möchte als Frau und Liebhaberin oder Mann und Liebhaber ist selten ein Thema in einer Beziehung. Es gibt Aus- und Fortbildungen in der Medizin und in der Psychologie und Psychotherapie und man kann hier lernen zu unterstützen und aufzuklären. Die Grundvoraussetzung ist aber immer, dass ich mich selber mag. Auch, dass man sich sagt: ‚Dein Penis/deine Vulva ist schön.‘ Ich wünsche mir Gynäkolog\*innen, die den Frauen sagen, sie sind wunderbar, alles ist, wie es sein soll. Aber weil den Mädchen und Frauen der Vergleich fehlt, meinen sie, es ist nicht so, wie es sein soll. Durch die Intimrasur sieht man ja auch, was man früher nicht gesehen hat. Informieren, zeigen (mit Anschauungsmaterial), aufklären und ermutigen, darüber zu reden. Bei jedem Kongress über chronische Erkrankungen sollte es eine Session zu diesem Thema geben.“

*Man streitet über alles Mögliche und redet über jeden Blödsinn, aber was ich möchte als Frau und Liebhaberin oder Mann und Liebhaber ist selten ein Thema in einer Beziehung.*

**Frau Wagner, MSc** teilt ihre Erfahrungen in der Frauenberatung und empfiehlt vor allem weiblichen Betroffenen: „Druck rausnehmen, sexuelle Vielfalt zulassen und sagen: ‚Es gibt nicht nur die eine Sexualität, da steckt so viel mehr dahinter.‘ Aber wenn Frauen merken, es funktioniert nicht und trotzdem legen sie sich zum Partner und klar, sie genießen es nicht. Und dann wiederholen sie das ständig. Dann können sie ja nur enttäuscht werden, das baut sich immer mehr auf. Und dann zu sagen: ‚Moment, es gibt ja verschiedene Wege.‘ Dann sind sie total erleichtert, dass das auch Sexualität ist. Dass das so ein großer Begriff ist und so vieles möglich sein kann.“

*Druck rausnehmen, sexuelle Vielfalt zulassen und sagen: „Es gibt nicht nur die eine Sexualität, da steckt so viel mehr dahinter.“*

**Dr.<sup>in</sup> Lamel** weist auf Kommunikation innerhalb der Partnerschaft hin, um sexuellen Problemen besser begegnen zu können: „Wissen, dass es auch andere Leidensgenoss\*innen gibt, die mit diesem Problem hadern, ist wichtig. Und dann ist es wichtig innerhalb der Partnerschaft diese Probleme anzusprechen, dass zum Beispiel der Mann weiß, dass es für die Frau ganz furchtbar ist und sie gibt es einfach nicht zu oder lässt es über sich ergehen oder was auch immer. Was natürlich bei Frauen viel einfacher ist als bei Männern. Es gibt ja unglaublich viele Paartherapien und viele Möglichkeiten, wie man Sexualität quasi neu erfindet für eine Partnerschaft.“

**DGKP<sup>in</sup> Signer** beschreibt ebenfalls, dass eine offene Kommunikation innerhalb der Partnerschaft wichtig für den Umgang mit sexuellen Schwierigkeiten ist: „Ich höre oft, dass sich Betroffene schwertun, mit ihren Partner\*innen zu sprechen. Wenn die Menschen mit der Idee heimgehen: Ich habe die Möglichkeit mit meiner Partnerin oder meinem Partner zu kommen, falls wir es selbst nicht schaffen, dann ist das eine gute Motivation und Bestärkung, es zu Hause zu versuchen.“

**Wir sind immer wieder im Leben mit Erkrankungen konfrontiert**, ob das eine banale Grippe oder Blinddarmoperation ist, die überschaubar sind, aber genauso Einschränkungen mit der Sexualität mit sich bringen, weil der Körper einen natürlichen Regulationsmechanismus hat, dass, wenn der Körper bedroht ist, zum Beispiel hohes Fieber da ist, automatisch die Libido, das heißt die sexuelle Lust, gedrosselt wird. Das ist für den Menschen gar nicht besonders bemerkbar, aber ein Mechanismus, der gut funktioniert und für Menschen nachvollziehbar und verständlich ist.

*Es nur totzuschweigen und Unbehagen bei beiden Partner\*innen aufkommen zu lassen ist langfristig kein hilfreicher Umgang.*

So gesehen sind wir schon geschult, wenn Krankheit im Raum steht, wird das Thema Sexualität gleich nachgereiht. Allerdings ist das bei den meisten Erkrankungen ein sehr gut überschaubarer Zeitraum und wenn die Genesung wieder da ist, ist automatisch auch die sexuelle Lust wieder da. Das macht für mich den großen Unterschied bei chronischen Erkrankungen. Bei diesen ist der Anfangsteil gleich, also die Libido verringert sich und dann kommt irgendwann der Zeitpunkt, wo sich die Menschen damit konfrontiert fühlen, dass sie sich entweder selber die Frage stellen: ‚Wie soll denn das jetzt mit meiner Paarbeziehung weitergehen? Wie geht es jetzt mit meiner Sexualität weiter, wenn die Krankheit so lange dauert bzw. mich so lange beeinträchtigt?‘ Und umgekehrt fragt sich die Partnerin oder der Partner das Gleiche oder macht konkrete Anfragen. Ich kenne viele, die aus Rücksicht auf die Erkrankte oder den Erkrankten ganz lange schweigen und damit aber keinen guten Umgang mit dem Thema finden. Es nur totzuschweigen und Unbehagen bei beiden Partner\*innen aufkommen zu lassen ist langfristig kein hilfreicher Umgang.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** empfiehlt Expert\*innen auf die Kommunikation mit der/dem Partner\*in hinzuweisen und sie/ihn zum Gespräch einzuladen, um diese Hürde zu brechen: „Etwas, was ich nicht verstanden habe, ist, dass sehr viele Kolleg\*innen gesagt haben, es kommen die Partner\*innen nicht mit und ich glaube in Wirklichkeit liegt es daran – und das übe ich in der Fortbildung in der Ärztekammer: Wie lädt man die Partner\*innen dazu ein, die zu Hause sind? **Wir dürfen nicht vergessen, dass das Thema Sexualität sehr schuldbeladen ist.** Wenn jemand mit einer Sexualstörung in die Praxis kommt und als Antwort hört, der Partner oder die Partnerin zu Hause soll mitkommen, dann glaubt ja er oder sie: ‚Ah, ich bin Schuld.‘ Da bringe ich ihnen natürlich bei, den Partner\*innen zu Hause zu vermitteln, dass es um die Sexualität des Paares geht. Dass man schauen muss: Was braucht das Paar, damit die Sexualität wieder okay wird? Da brauche ich die Information von denen, die zu Hause sind. Hier geht es nicht darum, wer schuld ist, sondern ich brauche ihre Mithilfe. Ich hatte in all den Jahren drei, die nicht mitgekommen sind. Und ich arbeite wirklich schon sehr lange. Dann denke ich mir, das ist die Dynamik des Paares, dass der zu Hause ist oder die zu Hause ist, sich sehr bedroht fühlen muss.“

**Dr.<sup>in</sup> Gärtner** erzählt, was Befragte ihrer Studie zum Thema zufriedenstellende Sexualität bei chronischen Erkrankungen als hilfreich wahrnahmen: „Sehr viele Personen haben genannt, dass es für sie positiv ist, einen Partner oder eine Partnerin zu haben, der bzw. die sie versteht, mit dem bzw. der sie offen sprechen können. Normalerweise gibt es so Allgemeinsätze wie: ‚Sprechen Sie einfach mit Ihrem Partner.‘ Aber einfach ist da gar nichts. Es ist trotzdem etwas, was vielen hilft, wenn es funktioniert. Wenn es nicht funktioniert, ist es aber gleichzeitig eine Quelle von Leid. Es schreiben auch einige, es gibt keinen Sex mehr. Jemand hat berichtet: ‚Ich bin sozusagen kein sexuelles Wesen mehr

seit ich diese Erkrankung habe und mein Mann rührt mich nicht mehr an.' Mein Rat-schlag wäre das Bild, was alles Sex sein kann, zu erweitern. Ich denke außerdem, dass Patient\*innen in Selbsthilfegruppen ein offenes Ohr finden.“

**Prof.<sup>in</sup> Wimmer-Puchinger** weist darauf hin, dass es immer noch zahlreiche Mythen zur Sexualität gibt: „Lustvolle Sexualität gehört zum Leben und ist etwas Wunderschönes. Viele Frauen haben die falsche Vorstellung vom Orgasmus, sie liegen da und warten, als müsste er kommen und als müssten sie plötzlich in Ohnmacht fallen. Was ein Orgas-mus subjektiv sein kann oder nicht, ist unterschiedlich. Das wird total idealisiert. Die Fixierung auf einen Orgasmus ist völliger Unsinn und Frauen haben falsche Vorstellun-gen. Es gibt noch immer viel zu tun. Sexualität gehört zur Gesundheit dazu und ist nicht wegzudenken.

Die Sexualität hat noch ein bisschen eine exklusive Einzelstellung, weil sie von so vielen unterschiedlichen Triggern abhängt. Bei Männern hilft oft schon ein Medikament gegen Erektionsstörung, bei der Frau ist es viel komplexer. Die Voraussetzung für Lust ist, dass ich Lust auf meinen Körper und auf das Spüren habe und das setzt voraus, dass ich mich so wie ich bin okay oder gut finde. Das Problem der Sexualität ist, dass, wenn ich meinen Körper nicht mag, mich nicht hübsch finde oder finde, der Busen hängt zu sehr, ist zu groß oder zu klein oder die Oberschenkel, ich mich nicht lustvoll ausziehen kann oder nur mit viel Zuwendung oder Verstärkung des Partners. **Wenn ich mich kontrolliere und angespannt bin, kann ich mich nicht locker der Sexualität hingeben, das ist leider so.** Das wird sehr oft nicht so gesehen. Denn es ist bei der Frau nicht so, dass es einen Trigger gibt und zack, sondern erotischen Kontakt überhaupt zulassen zu können hängt vom inneren Erleben ab und von den Fragen: ‚Wie ist das Gegenüber? Finde ich das gut? Fühle ich mich bestätigt und akzeptiert? Fühle ich mich geliebt?‘

**Die Kraft der Erotisierung und das Können des Gegenübers sind ebenfalls wichtig. Es gibt einfach schlechte Liebhaber\*innen.** Wenn ein Mann nicht Küssen oder Streicheln kann, dann geht gar nichts und umgekehrt bei einer Partnerin auch. Es muss die Chemie stimmen, das emotionale > *Arousal*, um überhaupt in eine erotisierende Situ-ation zu kommen. So wie die Sexualität in der Medizin leider noch nicht verankert ist und mit verschiedenen Symptomen nicht assoziiert wird, gilt das natürlich auch für die chronischen Erkrankungen. Sexualität betrifft das ganze Leben, es gibt keine Gesund-heit ohne psychische Gesundheit und das gilt natürlich auch für die Sexualität. Diese ist ein wichtiger Bestandteil des psychischen Erlebens und Verhaltens, wird aber nicht nur in unseren Breitengraden (hier noch eher), sondern auch global von der Medizin nach wie vor eher links liegen gelassen und fristet ein bisschen ein Orchideen-Dasein. Chronische Erkrankungen und psychische Begleiterscheinungen werden generell im Sinne der Psychosomatik zu wenig beleuchtet.

Wir wissen, dass es eine Unzahl von Folgen der verschiedenen Medikationen gibt auf das Erleben, die Motorik, die psychische Awareness, die Fitness usw. Viele Medikati-onen, die bei chronischen Erkrankungen notwendig sind, wirken eher dämpfend auf das Erleben und somit natürlich auf die Sexualität. Wir haben die *Internal Declaration of Sexual Rights*<sup>16</sup>, das heißt, Sexualität müsste ein wichtiger Bestandteil der Behand-lung und Medizin sein, ist es aber leider nicht. Jede und jeder hat ein Recht auf sexuelle Gesundheit, dem müsste mehr Bedeutung beigemessen werden.

Grundsätzlich sollten alle Psychotherapeut\*innen und alle Psycholog\*innen mit dem Thema vertraut sein, dass man hingehen und das besprechen kann. Es gibt Beratungs-stellen, z.B. uns, das FEM, das wäre ein erster Schritt. Auch direkt zu fragen, als Ärztin oder Arzt und wenn es für einen selbst zu schambehaftet ist, zumindest eine Adresse

*Das Problem der Sexualität ist, dass, wenn ich meinen Körper nicht mag, mich nicht hübsch finde oder finde, der Busen hängt zu sehr, ist zu groß oder zu klein oder die Oberschenkel, ich mich nicht lustvoll ausziehen kann oder nur mit viel Zuwendung oder Verstärkung des Partners. Wenn ich mich kontrolliere und angespannt bin, kann ich mich nicht locker der Sexualität hingeben.*

*Jede und jeder hat ein Recht auf sexuelle Gesundheit, dem müsste mehr Bedeutung beigemessen werden.*

<sup>16</sup> Internal Declaration of Sexual Rights. Verfügbar unter: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>

*Die wichtigste Message ist meiner Meinung nach, dass sich Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Therapeut\*innen trauen, das Thema Sexualität aktiv anzusprechen.*

hergeben. Die wichtigste Message ist meiner Meinung nach, dass sich Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Therapeut\*innen trauen, das Thema aktiv anzusprechen, zumindest diesen Gesprächsraum zu eröffnen. Zu fragen: ‚Wie ist das mit Ihrer Sexualität?‘ Das kann Erleichterung schaffen. Da geht es bei diversen Gesundheitsberufen um die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität, durch welche verinnerlichten Erfahrungen diese geprägt ist und was das mit einem selbst macht.

Natürlich muss auch gesellschaftlich viel getan werden. Dass man ein Bewusstsein dafür schafft, dass jeder Mensch auf seine eigene Weise Sexualität leben kann und darf und soll und dass es da nicht um irgendwelche Stereotype geht. Es ist völlig egal, wer welche Erkrankung hat, körperlich und/oder psychisch, die Frage ist einfach immer: Wie ist es gerade für die Person und welche Wünsche/Bedürfnisse hat sie? Wie kann ich die Person unterstützen, eine gute, lustvolle, selbstbestimmte Sexualität zu leben? Das ist mein Hauptanliegen.“

Psychologe und Leiter des Männergesundheitszentrums **Mag. Bissuti** richtet sich mit seiner Empfehlung hingegen vor allem an Männer: „Bei Kompensationsmöglichkeit ist einerseits natürlich ein enger Austausch mit dem medizinischen System wichtig, damit man die medizinischen Möglichkeiten gut im Griff hat. Es gibt z.B. in den letzten Jahren sehr viele Sachen mit Faszientraining, Beckenbodentraining und vieles mehr, die Schmerzen im Unterleibsbereich bei der Erektion (wo Verspannungsbereiche zu Erektionsproblemen führen können) mindern. Da gibt es jetzt vieles, man kann einiges machen, was wirklich toll ist. Es ist wichtig, dass man versucht, sich betreffend Sexualität up to date zu halten.

Andererseits geht es um die psychologische Begleitung, dass man mit den Männern ihre Emotionen und wie es ihnen geht auf den Tisch legen darf, ohne dass es bewertet wird. Wenn die Männer nicht mehr mit der Erektion Sexualität haben, dass man trotzdem eine Partnerin oder einen Partner auch anders glücklich machen kann. Man muss das Thema sehr behutsam angehen, weil in dem natürlich viel Verlust stecken kann. Ich glaube, es gehört auch zur therapeutischen Arbeit, dass man schwierige Situationen zu akzeptieren lernt. Das ist manchmal keine leichte Aufgabe, aber gerade wenn es um gesundheitliche Themen geht, ist die Begleitung und Akzeptanz sehr wichtig.

Interessanterweise erleben wir das häufig, dass das Akzeptieren einer Situation leichter ist als wenn man dagegen ankämpft. Also dass das Akzeptieren entspannt: ‚Okay, so ist es nun mal, so muss ich es akzeptieren und jetzt schaue ich: Was ist überhaupt möglich, obwohl vielleicht manches nicht mehr möglich ist?‘ Das ist oft besser, als wenn ich sage: ‚Ich muss dagegen kämpfen.‘ Männer können sich sowohl ans Männergesundheitszentrum als auch an die Wiener Männerberatung wenden. Wir haben das bei uns im Folder ganz klar benannt: *Wenn Sie Fragen rund ums Thema Sexualität haben.*

Bezüglich Kompensationsmöglichkeiten ist das Wichtige, dass man jemanden zum Reden hat, mit dem man über die eigene Befindlichkeit im positivsten Sinn, die eigenen Strategien, die Gefühle und die soziale Welt einfach mal offen reden kann. Wir sprechen mit den Männern in der Gesundheitsaufklärung und Lebensstilberatung klarerweise auch über Sexualität, weil natürlich der Alkoholkonsum oder das Rauchen ein hohes Risiko mit sich bringen, die Erektionsfähigkeit zu verlieren oder das Risiko, dass sie nachlässt. Wir sprechen mit den Männern auch darüber, dass eine erektile Dysfunktion ein Hinweis auf eine Herz-Kreislaufkrankung sein kann. Sie kann natürlich auch psychische Ursachen haben, organische, eine Entzündung der Prostata oder Ähnliches mehr, kann aber auch Ausdruck einer Herz-Kreislaufkrankung sein.“

*Wir sprechen mit den Männern in der Gesundheitsaufklärung und Lebensstilberatung klarerweise auch über Sexualität, weil natürlich der Alkoholkonsum oder das Rauchen ein hohes Risiko mit sich bringen, die Erektionsfähigkeit zu verlieren oder das Risiko, dass sie nachlässt. Wir sprechen mit den Männern auch darüber, dass eine erektile Dysfunktion ein Hinweis auf eine Herz-Kreislaufkrankung sein kann. Sie kann natürlich auch psychische Ursachen haben, organische, eine Entzündung der Prostata oder Ähnliches mehr.*

**Dr. Kaynar** plädiert für Aufklärungskampagnen, die zur offenen Kommunikation beitragen sollen: „Es sollten Kampagnen gestartet werden, die das Thema Sexualität ansprechen und Leuten Mut machen, dass es ganz normal ist, über Sexualität zu sprechen und Bedürfnisse zu haben. Auch im höheren Alter sind sexuelle Bedürfnisse normal und das ist etwas Schönes. Eine gesunde Sexualität ist für eine gesunde Partnerschaft und für eine gesunde Gesellschaft sehr wichtig.“

Auch bei der Kindererziehung soll kindgerecht darüber gesprochen werden, damit Kinder und Jugendliche später leichter darüber sprechen können, wenn es notwendig ist. Und wir können die Leute aktiv darauf ansprechen und ihnen Mut machen, über Sexualität zu sprechen. Nicht nur wir Mediziner\*innen, sondern auch Psycholog\*innen. Vielleicht könnten die Krankenkassen auch Kampagnen starten. Bei uns im Institut für Frauen- und Männergesundheit ist Sexualität ein ganz wichtiges Thema. Die Leute bekommen Hilfe, denn wir haben Expert\*innen, die in diesem Bereich besonders kompetent sind, sehr gut beraten und therapieren können. Wir haben auch Gruppen, ähnlich wie Selbsthilfegruppen, wo Sexualität ein Schwerpunktthema ist. Es wird schon sehr viel gemacht bei uns, aber es ist noch immer nicht genug.“

**Dr.<sup>in</sup> Hladschik-Kermer** beschreibt den Einfluss von Sexualität, Intimität und Nähe auf das menschliche Wohlbefinden: „Sexualität ist nicht ein *Nice-to-have*. Das ist etwas, das für unsere Gesundheit essentiell ist. Ich mache jetzt einen Seitenhieb zu unserer Covid-Situation, das ist ja nicht nur *Social Distancing*, das ist ja *Physical Distancing* und gerade Menschen, die alleine leben, die haben jetzt überhaupt keine Berührungen mehr. Das sehe ich auch in der Praxis, da geht es jetzt gar nicht mehr so um die Sexualität an sich, sondern darum, einfach mal jemanden zu umarmen, jemanden zu spüren. Wenn ich meine Freund\*innen nicht mehr umarmen kann, wenn ich nicht einmal wem die Hand geben soll, es gibt null Körperkontakt. Das sehen wir und ich glaube, wir wissen noch nicht, wo das hinführt.“

Meine Botschaft wäre wirklich: Es wäre wichtig, dass im Sinne einer Angebotskommunikation jede und jeder daran denkt, dass sexuelle Gesundheit ein Grundbedürfnis ist, ein Grundrecht eines jeden Menschen und dass es unsere Aufgabe ist, dieses Thema anzusprechen, offen zu sein und diesem Thema eine Plattform zu bieten. Es gibt auch Patient\*innen, für die ist es nicht so wichtig. Und das ist in Ordnung, das macht ja nichts, aber wir fragen: ‚Wie schlafen Sie? Wie schaut es mit dem Essen aus? Ist Ihnen schlecht? Machen Sie genug Sport?‘ Wir fragen: ‚Wie ist der Stuhl, wie ist der Harn?‘ Aber wir fragen nicht: ‚Wie ist das mit der Sexualität?‘

Ich denke, das wäre ganz wichtig, denn es ist ja auch so: Unsere Gesellschaft hat mit diesen Krankheitsbildern weniger zu tun, wir sehen überall halbnackte Menschen in Filmen, auf Plakaten, wir sehen mit Photoshop perfektionierte Körper. Das hat natürlich massive Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit, gerade von jungen Menschen, die einem Ideal nachstreben, das es gar nicht gibt. In dem Moment, wo der Körper auch noch verfehrt wird, wird der Gap noch viel größer und es ist wichtig, dass das im Gesundheitssystem einen Platz findet und angesprochen wird. Das Um und Auf ist einfach immer und in fast jedem Gespräch zuerst eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Person herzustellen, wenn ich so ein sensibles Thema anspreche. Das kann ich nicht zwischen Tür und Angel machen. Das Wichtigste ist, dass man sich an jemanden wendet, dem man vertraut und wenn man sich nicht sicher ist, dann an eine gute Freundin, einen guten Freund. Versuchen zu sich selber zu stehen und sich einzugestehen: Das ist was Wichtiges!

Auch wenn ich Krebs habe, oder Diabetes, auch wenn mir ein Bein fehlt. Sexualität steht mir zu, ich habe ein Recht drauf und das ist wichtig. Das Bedürfnis nach Nähe und Zärtlichkeit ist etwas Essentielles. Ich denke, es ist wichtig, dass die Menschen sich zugestehen: Das ist etwas Wichtiges, das ist nicht, weil ich schwach bin oder weil ich komisch bin und immer kuscheln muss, das ist ein Grundbedürfnis, das wir haben, um gesund zu bleiben.

*Eine gesunde Sexualität ist für eine gesunde Partnerschaft und für eine gesunde Gesellschaft sehr wichtig.*

*Wir sehen überall halbnackte Menschen in Filmen, auf Plakaten, wir sehen mit Photoshop perfektionierte Körper. Das hat natürlich massive Auswirkungen auf die sexuelle Gesundheit, gerade von jungen Menschen, die einem Ideal nachstreben, das es gar nicht gibt.*



*Wir haben jetzt durch die Medien das Gefühl, dass wir ständig sexuell bereit sein sollten, dass das das Tollste ist, jeden Tag und ständig. So ist es aber nicht. In Partnerschaften sind die meisten Menschen zufrieden, wenn sie 3 – 4 Mal im Monat Geschlechtsverkehr haben. Das passt für die meisten und es gibt im Lebenszyklus immer wieder Schwankungen.*

Und wenn ich Sorge habe, wenn ich mich jetzt nicht gleich traue mit einer Ärztin oder einem Arzt darüber zu reden, dann überlegen: ‚Kann ich mit Freund\*innen, mit einer Partnerin oder einem Partner darüber sprechen?‘ Auf jeden Fall die Sorge thematisieren, auch wenn Ärzt\*innen es nicht ansprechen. Ich weiß, das kostet viel Mut, aber den Mut auch aufbringen, niemand ist allein damit. Das ist ein ganz wichtiges Thema. Was auch wichtig ist, ist, dass man sich Zeit lässt. Wir haben jetzt durch die Medien das Gefühl, dass wir ständig sexuell bereit sein sollten, dass das das Tollste ist, jeden Tag und ständig. So ist es aber nicht. In Partnerschaften sind die meisten Menschen zufrieden, wenn sie 3 – 4 Mal im Monat Geschlechtsverkehr haben. Das passt für die meisten und es gibt im Lebenszyklus immer wieder Schwankungen. Auch ohne körperliche Erkrankung ist es ganz normal, dass es immer wieder Phasen gibt, wo es weniger sexuelle Aktivität gibt. Das ist ganz normal, das kommt immer wieder einmal vor. Das ist auch nichts Schlimmes, das ist nicht der Untergang. Wichtig ist dann aber nicht auf Berührung oder Zärtlichkeit zu verzichten. Also dass man den Begriff weiter fasst. Es gibt verschiedene Beratungsstellen und Informationsstellen, an die man sich wenden kann. Das soll man auch in Anspruch nehmen. Natürlich ist das, wenn man eine schwere Erkrankung hat, nicht das erste Thema.

Aber es kommt wieder und man soll sich dann eben nicht schämen, sondern es ansprechen. Und für die Ärzt\*innen ist es auch wichtig gezielt vor allem im postgraduellen Bereich in spezifische Kommunikationstrainings für Ärzt\*innen zu investieren. Es ist wichtig, dass man das selber einmal ausprobiert hat und von einer Schauspielpatientin oder einem Schauspielpatienten Feedback bekommt, damit man Sicherheit gewinnt im Umgang mit dem Thema.

Wenn ich als Ärztin oder Arzt unsicher bin, das Thema anzusprechen, dann tu ich es nicht, dann schiebe ich es vor mir her. Aufgrund der Onkologie habe ich viel mit dem Thema Sterben und Tod zu tun, das ist unangenehm anzusprechen, man schiebt es vor sich her, ein totales Tabuthema. In gewisser Weise sind Tabus gut, weil sie uns schützen, aber in der Medizin schützen sie uns nicht, da belasten sie nur die Patientin oder den Patienten. Wenn ich mit jemanden sprechen kann, kann ich Strategien entwickeln: ‚Wie gehe ich damit um? Wie kann ich eine erfüllte Partnerschaft haben? Wie kann ich mich sonst noch austauschen mit meiner Partnerin oder meinem Partner?‘ Das fände ich sehr wichtig, es gibt im Lebenszyklus immer wieder Schwankungen und so verändert sich natürlich auch die Sexualität und der Unterschied ist einfach: Kann ich mit jemanden darüber reden, kann ich mich da austauschen?“

**Dr. Ponholzer** verweist auf die Zusammenarbeit der Allgemeinmedizin mit Fachärzt\*innen: „Grundsätzlich würde ich betroffenen Patient\*innen empfehlen, sich an die jeweiligen Fachärzt\*innen zu wenden, im Bereich sexueller Funktionsstörungen der Frau sind das beispielsweise Gynäkolog\*innen, aber auch Urolog\*innen. Bei Männern würde ich mich in erster Linie an einen Facharzt oder eine Fachärztin für Urologie und andrologische Funktionsstörungen wenden. Dazu kommen natürlich weitere fachärztliche Betreuungen, wie z.B. interne Medizin, aber auch ganz wesentlich aus meiner Sicht die psychosomatische und psychische Betreuung dieser Patient\*innen.“

*Insbesondere bei jungen Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen ist oft eine berufliche oder private Belastungssituation ein Thema im Hintergrund.*

Insbesondere bei jungen Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen ist oft auch eine berufliche oder private Belastungssituation ein Thema im Hintergrund. Ich empfehle diesen Patient\*innen oft auch eine Gesprächstherapie zu versuchen. Die Möglichkeit sich in kassenfachärztlichen Ordinationen ausgiebig mit diesem Thema zu beschäftigen ist aufgrund der Abrechenbarkeit eingeschränkt, da diese Patient\*innen oft relativ viel Zeit benötigen und diese im Routinebetrieb manchmal begrenzt zur Verfügung steht.“

**Dr.<sup>in</sup> Bragagna** hat zahlreiche Betroffene begleitet und kreative Lösungswege beobachten können: „Da gibt es eine valide Studie, das hat mir sehr gut gefallen, in der sexuell emanzipierte Frauen befragt wurden. Frauen, die bis ins hohe Alter sexuell aktiv sind, was können die, was andere nicht können? In der Studie sind sie draufgekommen, dass diese Frauen anerkennen: ‚Ich verändere mich.‘ Aufgrund der Hormonsituation, weil ich weniger gut durchblutet bin. Was muss ich also machen? Ich muss besser stimulieren. Ich muss es feststellen, anerkennen, ansprechen. Mit der Partnerin oder dem Partner, mit der Ärztin oder dem Arzt reden.“

Das heißt, in dem Moment, wo ich diesen Wandel bemerke, anerkennen, dass es so ist, dass ich mich verändert habe, und es dann zu Hause und bei der Ärztin oder beim Arzt ansprechen. Dann habe ich die Möglichkeit passende Lösungen zu suchen und bis ins hohe Alter sexuell aktiv zu sein. Es gibt so viele Möglichkeiten, wirklich! Ich liebe meine Patient\*innen, was denen alles einfällt, was ich ja nicht unbedingt vorgeben kann. Weil viele mögen das eine und das andere nicht. Aber ich kann mit ihnen besprechen, welche Varianten es gäbe für sie und sie suchen sich das Beste aus.“

**Dr.<sup>in</sup> Bayerle-Eder** schlägt auf medizinischer Seite interdisziplinäre Netzwerkarbeit vor: „Ein interdisziplinäres Setting (ähnlich wie ein Tumorboard) mit verschiedenen Expert\*innen sollte für Patient\*innen mit komplizierten Sexualfunktionsstörungen angeboten werden. Das ist vielleicht eine ganz gute Möglichkeit. Es gibt auch die Möglichkeit, wo man eine Art Netzwerk schafft, wo man allen voran die Betroffenen an die Fachleute, die in diesem Netzwerk drinnen sind, verweist. Ich weiß nicht, ob das auch über die Gemeinde geht, aber dass man eine Plattform ermöglicht und dann eben die Fachleute sich auch selber ein bisschen vorstellen bzw. die Ärzt\*innen auch wissen: ‚Aja, die beschäftigt sich mit Hormonen, der beschäftigt sich mit Bewegungstherapie und die beschäftigt sich mit Paartherapie.‘ Das wäre, glaube ich, eine gute Möglichkeit in der Sache weiterzukommen. *Sex you can* ist ein Schlagwort, das ich wichtig finde, und dass Sexualität ein Teil der menschlichen Identität ist und ein ganz ein großer Teil der Gesundheit. Eine gesunde Sexualität macht auch einen gesunden Menschen aus.“

*Ein interdisziplinäres Setting (ähnlich wie ein Tumorboard) mit verschiedenen Expert\*innen sollte für Patient\*innen mit komplizierten Sexualfunktionsstörungen angeboten werden.*

**DGKP<sup>in</sup> Signer** macht Mut auszuprobieren und individuelle Bedürfnisse kennenzulernen: „Bei Kompensationsmöglichkeiten steht für mich an erster Stelle: reden. **Das vertrauensvolle Paargespräch ist die Grundvoraussetzung.** Ehrlich die eigenen Bedürfnisse und Grenzen zu benennen.“

Ich erlebe, dass Männer und Frauen unterschiedlich gestrickt sind. Wenn bei Männern eine Erektionsfunktionsstörung auftritt, ziehen sie sich oft zurück, nicht nur von der genitalen Sexualität, sondern auch vom Körperkontakt. Das ist genau das, worunter die Frauen dann am meisten leiden. Da braucht es Ermutigung für Männer, bei Beeinträchtigung der Erektion nicht gleich das Kind mit dem Bade auszuschütten. Bei Frauen ist das ebenso, wenn es um Körperbildveränderungen geht, wenn die Brust verstümmelt oder entfernt ist oder sich durch eine Stomaanlage oder eine unschöne Narbe das Körperbild verändert.

Da braucht es die Ermutigung, den Körperkontakt gezielt zu pflegen. Ganz bewusst streicheln, kuscheln und berühren hat in der Paarbeziehung eine wichtige Verbindungsfunktion. Wenn genitale Sexualität in der Form, die das Paar bisher gewohnt war, nicht oder nur mit Einschränkungen möglich ist, dann beginnt man sich über ganz behutsamen Körperkontakt, über das Streicheln und Spüren, langsam heranzutasten: ‚Was sind Bereiche an meinem Körper, wo mir Berührung guttut? Wo erlebe ich sie lustvoll?‘ Und herausfinden, wie können wir es uns gegenseitig schönmachen. Da ermutige ich die Menschen immer und sage: ‚Machen Sie die Fenster und Türen im Geiste weit auf, lassen Sie neue Ideen herein, probieren Sie neue Formen der Begegnung aus oder versuchen Sie auch einmal Sextoys.‘“

*Da ermutige ich die Menschen immer und sage: „Machen Sie die Fenster und Türen im Geiste weit auf, lassen Sie neue Ideen herein, probieren Sie neue Formen der Begegnung aus oder versuchen Sie auch einmal Sextoys.“*

5



# Handlungs- empfehlungen

Viele wertvolle Handlungsempfehlungen stecken schon in den Interviewaussagen aus den vorherigen Kapiteln. In diesem Kapitel sollen sie noch einmal strukturiert zusammengefasst und ergänzt werden.

Im Hinblick auf Sexualität und chronische Erkrankungen gibt es zwei große Bereiche, in denen in Österreich und Wien Handlungsempfehlungen angebracht und notwendig sind. Einige davon wurden bereits in den Handlungsempfehlungen zur Förderung sexueller Gesundheit von der > WHO und PAHO (Pan American Health Organization) im Jahr 2000 formuliert<sup>17</sup>:

- 1) Handlungsempfehlungen, die notwendig sind, um Wissens- und Informationslücken zu schließen
- 2) Handlungsempfehlungen, die das österreichische Gesundheitssystem betreffen

## 5.1. Handlungsempfehlungen, um Wissens- und Informationslücken zu schließen

Wie aus diesem Bericht gut herauszulesen ist, ist das **Erkennen, Ansprechen, Diagnostizieren und Behandeln von sexuellen Funktionsstörungen** im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen eine komplexe und herausfordernde aber umso wichtigere Aufgabe. Im Gesundheitsberuf ist es nicht nur wichtig sich ein umfassendes Bild von den körperlichen Vorgängen und Beeinträchtigungen zu machen, sondern es sollte auch immer die individuelle psychosoziale Situation der Menschen bei jedem diagnostischen und therapeutischen Schritt berücksichtigt werden. Gegebenenfalls müssen auch die Partner\*innen miteinbezogen werden. Dazu kommt eine gute und gesunde Balance zu finden, indem sexuelle Probleme angesprochen und ernst genommen werden, organisch nicht gefährliche sexuelle Funktionsstörungen ohne Leidensdruck jedoch auch nicht pathologisiert werden.

Eine weitere Herausforderung ist, dass es sich beim Thema Sexualität und in ganz besonderem Maße bei sexuellen Funktionsstörungen noch immer um ein Tabuthema handelt, welches stark schambehaftet sein kann und für welches den Menschen zum Teil noch immer die Worte fehlen, weil sie diese aufgrund des Tabus nie gelernt haben. Hier gilt es, mögliche Probleme bereits proaktiv und sensibel anzusprechen.

Um alle diese Aspekte im Konsultationssetting und -alltag auch bestmöglich anwenden zu können, ist es von klarem Vorteil sich an **bewährten Kommunikationsmodellen** wie z.B. dem *PLISS(IT)-Modell* und Leitlinien für die Anamnese, Sexualanamnese und fundierte Diagnostik zu orientieren und diese für die Anwendung zu üben.

Im Ordinationsalltag ist die Herausforderung im Unterschied zur einzelnen Auflistung der chronischen Erkrankungen und möglicher Behandlungsoptionen in diesem Bericht noch etwas komplexer, da viele Erkrankungen in Kombination auftreten und so, gerade im Hinblick auf Medikation, noch die Herausforderung der Erkennung und Vermeidung von Wechselwirkungen hinzukommt.

<sup>17</sup> World Association for Sexology (WAS). Verfügbar unter: [http://www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/DEUTSCH/PAHODE.HTM#\\_Toc490155440](http://www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/DEUTSCH/PAHODE.HTM#_Toc490155440)

## A) VERANKERUNG DES THEMAS IM RAHMEN DER AUSBILDUNG DER GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Die Verankerung des Themas Sexualität und das Üben von Gesprächen über Sexualität im Rahmen der Ausbildung aller Gesundheits- und Sozialberufe (Ärzt\*innen, Pflege, MTD, Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen) ist eine fundamentale Empfehlung, auf welcher auch die weiteren Schritte aufbauen. Einerseits ist es wichtig entsprechende **Ausbildungsstandard** im spezifischen Berufssetting zu definieren und zu etablieren, um eine eigene Sprache im Umgang mit dem Thema Sexualität und sexuelle Funktionsstörungen zu entwickeln oder weiterzuentwickeln. Andererseits ist es aber auch zunehmend wichtig das Thema in **interdisziplinären Behandlungs- oder Kooperationssteams** zu verankern und zu üben. Ziel ist es, das Thema sexuelle Funktionsstörungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen in der Ausbildung in Theorie, aber vor allem in Praxisübungen einzubringen und die Kommunikation über Sexualität regelmäßig über den Verlauf der Ausbildung zu üben.

Ein guter Ansatz ist z.B. das verpflichtende **Kommunikationstraining** der Medizinischen Universität Wien, in welchem herausfordernde Kommunikationssituationen mit Schauspiel-patient\*innen geübt und analysiert werden. Eine Vertiefung des Themas wurde in weiterer Folge im klinisch-praktischen Jahr (KPJ) – Allgemeinmedizin etabliert. So ein Training könnte in alle Curricula verpflichtend implementiert werden. Noch optimaler wären mehrere Wiederholungen dieses Kommunikationstrainings mit unterschiedlichen Fällen zum Thema chronische Erkrankungen und sexuelle Funktionsstörungen über die Ausbildungsjahre mit zunehmender Komplexität des Beratungs- und Behandlungsanlasses. Zusätzlich sollte das Thema in allen Lehreinheiten zum Thema chronische Erkrankungen einen Platz bekommen (Häufigkeit, Ursachen, Medikamente, Operationen, Therapieoptionen) inklusive der Themen > Multimorbidität und Medikamentenwechsel und -nebenwirkungen.

Empfehlenswert ist auch die Implementierung von Supervisionen, > Balint-Gruppen, Einzel- und Gruppencoaching in die Ausbildung von Gesundheits- und Sozialberufen, um sich eigene Hürden und Herausforderungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit und sexuelle Integrität bewusst zu machen (z.B. Ängste, Erlebtes, Tabus).

## B) VERANKERUNG DES THEMAS IM RAHMEN VON FORT- UND WEITERBILDUNGEN FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Für die adäquate Umsetzung ist auch die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung und das kontinuierliche Üben relevant. Auch hier ist es wieder wichtig, sowohl **eigene Fortbildungen** zu dem Thema sexuelle Funktionsstörungen und chronische Erkrankungen durchzuführen (berufsgruppenspezifisch und interdisziplinär) als auch **das Thema Sexualität bei allen Fort- und Weiterbildungen zum Thema chronische Erkrankungen einzubringen**. Auf diese Weise kann ein großer Teil der Gesundheitsberufe sensibilisiert und abgeholt werden und nicht nur der Teil, welcher sich bereits für dieses Thema interessiert.

In diesem Bericht zeigt sich deutlich, dass das Thema gerade bei Depression, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und chronischen Schmerzen ein nicht zu unterschätzendes ist. Bei diesen Erkrankungen geht es z.B. um das Wissen über **Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente**, welche zum Teil lebensnotwendig sind. Das Inkludieren von Sexualität in die Behandlungsgespräche kann entscheidend sein dafür, ob ein Mensch die lebenswichtige Medikation regelmäßig einnimmt oder nicht. Die erfüllende Sexualität kann ein Motor für notwendige Lifestyleverbesserungen sein, eine aus einer chronischen Erkrankung und deren medikamentöser Behandlung resultierende sexuelle Funktionsstörung kann hingegen bei Nicht-Beachtung Therapiepläne zerstören und die > Adhärenz deutlich herabsetzen.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist es auch in der Fortbildung nicht nur theoretisches Wissen zu vermitteln, sondern vor allem die praktische Umsetzung zu üben. Wie auch in der Ausbildung sind hier die geeigneten didaktischen Mittel **Kommunikationstrainings** mit

Schauspielpatient\*innen zu unterschiedlichen Fällen und in unterschiedlichen Settings, z.B. Primärversorgungs-Teamsetting, Gespräch zu dritt mit Partner\*in, Gespräch bei Multimorbidität und mehrfachen Einschränkungen, Gespräche mit Personen mit unterschiedlichem Geschlecht und aus unterschiedlichen Kulturkreisen.

Die *Österreichische Gesellschaft zur Förderung der Sexualmedizin und sexuellen Gesundheit* sowie der *Berufsverband der Österreichischen Psycholog\*innen* sind in dieser Hinsicht beispielsweise bereits sehr engagiert, es wäre jedoch von Vorteil, wenn sich auch Internistische Gesellschaften, Gesellschaften für Neurologie, Orthopädie sowie MTD- und Pflegeverbände etc. in dieser Hinsicht vermehrt einbringen würden. Das Gleiche gilt auch für Konferenzen und Kongresse, welche zum Thema chronische Erkrankung organisiert werden oder in welchen ein Workshop zu diesen eingerichtet wird. Empfehlenswert ist auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen immer wieder Angebote von Supervisionen, Balint-Gruppen, Einzel- und Gruppencoaching anzubieten, um sich eigene Hürden und Herausforderungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit und sexuelle Integrität bewusst zu machen (z.B. Ängste, Erlebtes, Tabus).

### C) SPEZIALISIERUNG

Um ganz spezifische und hochkomplexe Anliegen bewältigen zu können, sind Weiterbildungen zu Spezialist\*innen in diesem Bereich wünschenswert. Diese Weiterbildungen sollten gefördert und finanziell unterstützt werden, um die Attraktivität zu erhöhen, da es derzeit viel zu wenige spezialisierte Personen gibt, an welche im Falle weiterverwiesen werden könnte. Für Ärzt\*innen gibt es in Österreich eine Spezialisierung durch den Diplomlehrgang *Sexualmedizin der Österreichischen Ärztekammer*.

Auch für andere Gesundheits- und Sozialberufe sollte eine solche Spezialisierungsmöglichkeit implementiert und gefördert werden.

### D) BEREITSTELLUNG VON GESUNDHEITSDIENSTEN FÜR DIE SEXUELLE GESUNDHEIT VON MENSCHEN MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

**Spezialisierte Dienstleister\*innen im Gesundheitswesen:** Einige sexuelle Gesundheitsprobleme erfordern zu ihrer Lösung besonders ausgebildete Personen. Daher sind auch Spezialkliniken, -ambulanzen und Spezialist\*innen für die Behandlung sexueller Probleme notwendig.

**Integration in bestehende Gesundheitsprogramme,** die direkt oder indirekt die sexuelle Gesundheit von Menschen mit chronischen Erkrankungen betreffen (z.B. Vorbeugung gegen Herzkrankheiten, Raucherentwöhnungskampagnen, Krebsvorsorge, Disease Management-Programme). Dabei sollten auch Frauen- und Männerberatungsstellen sowie Selbsthilfegruppen eingebunden werden.

**Integration in den Beratungs- und Behandlungsalltag:** Wann immer Klient\*innen mit öffentlichen Gesundheitsprogrammen und gesundheitlichen Dienstleister\*innen in Berührung kommen, sollten Fragen zur sexuellen Gesundheit Teil der allgemeinen Gesundheitsbeurteilung sein. Auch kann in diesem Bereich Aufmerksamkeit für bestehende und spezielle Programme generiert werden, entweder durch die persönliche Ansprache oder durch das Auflegen von Flyern und Foldern, die die Betroffenen unauffällig auf solche hinweisen.

## E) FÖRDERUNG UND FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG VON FORSCHUNG UND EVALUIERUNG AUF DEM GEBIET DER SEXUELLEN GESUNDHEIT SOWIE DIE VERBREITUNG DER DABEI GEWONNENEN ERKENNTNISSE

Es müssen ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen geschaffen werden, um Forschung und Evaluierung zu fördern und zu unterstützen.

- **Forschung:** systematische Untersuchung eines Gebietes, wobei Hypothesen geprüft werden, um neues Wissen zu gewinnen.
- **Evaluierung:** Sammlung und Prüfung von Forschungsergebnissen, um Entscheidungen zu treffen, hier besonders, um die Wirksamkeit von sexuellen Gesundheitsprogrammen zu beurteilen.

Entscheidend ist auch die **Verbreitung der Ergebnisse**, so dass alle von dem Wissen profitieren können. Beispiele sind:

- Leitlinien- und Behandlungspfadestellung
- Generierung und Evaluierung von Gesundheitsprogrammen
- Information von Entscheidungsträger\*innen, damit diese eine wissenschaftliche Basis für ihre Arbeit haben
- Aufklärung der Betroffenen selbst, um eine bestmögliche, informierte Entscheidung über die eigene Behandlung treffen zu können

Ein erster wichtiger Schritt hierfür sind auch Berichte wie dieser, die den Ist-Zustand darstellen und somit Erkenntnisse generieren und Aufmerksamkeit schaffen für die Notwendigkeit Handlungsempfehlungen zielgerichtet umzusetzen.

## 5.2. Handlungsempfehlungen, die das österreichische Gesundheitssystem betreffen

Dieser Bericht zeigt deutlich auf, dass ein adäquater Umgang mit dem Thema chronische Erkrankungen und damit im Zusammenhang stehender sexueller Funktionsstörungen viel Sorgfalt, Zeit und koordinativen Aufwand bedeutet. Demgegenüber stehen einige Anreize des öffentlichen Gesundheitssystems in Österreich im ambulanten Sektor, welche teilweise diametral zu den genannten Bedürfnissen organisiert sind.

### A) ZEIT- UND DAMIT ZUSAMMENHÄNGENDE FINANZIERUNGSPROBLEMATIK FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE LÖSEN

Die finanziellen Anreize im öffentlichen ambulanten Gesundheitssystem in Österreich liegen z.B. für Hausarzt\*innen als Kleinunternehmer\*innen auf Grundpauschalen sowie Einzelleistungsvergütungen (Bachner et al., 2019), welche zu vollen Wartezimmern in Kassenordinationen, langen vor Ort Wartezeiten, kurzen Konsultationszeiten von im Schnitt 5-7 Minuten und hohem Stress führen (Hoffmann et al., 2015a; 2021). Das heißt, um den Gesundheitsberufen die Zeit zu geben, die sie wirklich benötigen, müsste entweder das Honorierungssystem geändert werden oder es müssten zumindest ausreichend honorierte Kassen-Abrechnungspositionen für die ausführliche und sorgfältige Anamnese und Diagnostik bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und sexuellen Funktionsstörungen eingeführt werden sowie für mehrere zeitlich ebenso aufwändige Kontrolltermine zur Therapieoptimierung.

### B) KOORDINIERUNGSPROBLEMATIK DURCH UMFASSENDE STÄRKUNG DER PRIMÄRVERSORGUNG LÖSEN

Eine weitere Herausforderung ist das Fehlen einer **Koordinierungsstelle** innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems, welche dafür zuständig ist, eine Übersicht über die Wege der Patient\*innen durch das Gesundheitssystem zu behalten – ein gut ausgebauter und starker **Primärversorgungssektor mit seinen Primärversorgungsteams**. Ein gut entwickelter Primärversorgungssektor, wie vom *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH)* definiert (EXPH, 2014), kann Patient\*innen davor schützen, sich im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zu verirren und dadurch Schäden zu erleiden wie zum Beispiel durch unnötige oder mehrfache belastende diagnostische Tests, Überbehandlung, Unterbehandlung oder falsche Behandlungsstrategien (Boerma et al., 2006; Kringos, 2012; Kringos et al., 2013). Der Primärversorgungssektor kann chronisch erkrankte Menschen durch regelmäßige (proaktive) Kontrollen stabil „gesund“ halten, chronischen Erkrankungen vorbeugen oder diese adäquat behandeln und somit wiederum vor unnötiger Inanspruchnahme mehrerer Versorgungsebenen schützen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und sexuellen Funktionsstörungen könnten so zweifach profitieren, einmal durch die Einbettung in ein Primärversorgungsteam, womit Überweisungen zu unterschiedlichen Stellen, die voneinander und von ihren unterschiedlichen Behandlungsstrategien möglicherweise nichts wissen, vermieden werden können. Andererseits auch durch die unterschiedlichen Kompetenzen im Team, durch welche von Anfang an ein viel umfassenderes Bild vom Gesundheitsproblem und dessen Lösung erstellt werden kann.

In Bezug auf die Stärkung der Primärversorgung hat sich Österreich in den letzten Jahren auf den Weg gemacht und es ist zu hoffen, dass die Primärversorgungsebene in Zukunft so gestärkt und ausgebaut wird, dass sie diese wichtige Koordinierungsfunktion für die Patient\*innen wahrnehmen kann.



6



# Resümee

*Sexualität ist gleichermaßen eine potentielle Ressource, die die Lebensqualität im Verlauf einer chronischen Erkrankung positiv verbessern und den Umgang mit der Erkrankung erleichtern kann.*

*Es ist wichtig, auf die Bandbreite sexueller Bedürfnisse hinzuweisen, denn diese sind so divers wie all unsere Lebens- und Ausdrucksformen.*

Die Zusammenhänge zwischen **Gesundheit und Sexualität** zeigen sich in vielfältiger Weise, wie internationale wissenschaftliche Studienergebnisse belegen. Krankheiten, insbesondere chronische Erkrankungen, haben einen Einfluss auf Funktionalität, Wohlbefinden und Lebensqualität. Ein Aspekt, der durch chronische Erkrankungen negativ beeinflusst werden kann, ist das Sexualleben. **Sexualität** ist jedoch gleichermaßen eine **potentielle > Ressource**, die die Lebensqualität im Verlauf einer chronischen Erkrankung positiv verbessern und den Umgang mit der Erkrankung erleichtern kann. Damit das gelingt, müssen einige Rahmenbedingungen gegeben sein, allen voran ein offener Austausch mit Expert\*innen im Gesundheitswesen zu dieser Thematik sowie die Möglichkeit sich als Betroffene\*r zu informieren, um bei sexuellen Problemen Alternativen und Hilfestellungen finden zu können. Aufklärung und Informationsvermittlung sind nicht nur im Sinne der Stärkung der Gesundheitskompetenz wichtig, sondern auch für die Vermittlung von realistischen Körperbildern und einem Gefühl dafür, was „normal“ ist und was nicht.

Zu Beginn ist wichtig darauf hinzuweisen, dass **Sexualität** etwas **sehr Individuelles** ist. Sie unterscheidet sich nicht nur darin, wie sie ausgelebt wird und was als zur Sexualität dazugehörig empfunden wird (zum Beispiel Kuscheln mit der/m Partner\*in oder Selbstbefriedigung), sondern auch in den vielfältigen Bedürfnissen und Faktoren, die ein befriedigendes Sexualleben stören können. Auch ist es nicht jedem Menschen gleich wichtig, Sexualität auszuüben und es ist kein Bestreben dieses Berichtes, das Verhalten von Personen, die der Sexualität (momentan oder dauerhaft) keinen besonderen Wert beimessen, beurteilen oder verändern zu wollen. Sexualität ist zwar ein Teil der Lebensqualität, aber individuell gestaltbar. Die aktuelle Lebenssituation mitsamt möglicher schwieriger Lebensereignisse hat einen Einfluss darauf, wie das Sexualleben interpretiert und praktiziert wird, ebenso auf die Lust und den Genuss des sexuellen Erlebens. Auch ohne kritische Lebensereignisse wechseln sich im Laufe des Lebens sexuell aktivere Phasen mit solchen, in denen Sexualität zweitrangig ist, ab. Bei Auftreten von Krankheiten, Schicksalsschlägen in der Biografie oder Veränderungen im Lebensalltag fehlt es oft an Entspannung und Zeit, um Sexualität unbeschwert zu leben. Es gibt auch glückliche Partnerschaften, in denen Sexualität keinen oder nur einen kleinen Raum einnimmt. Ebenso gibt es alleinstehende Personen, die ein erfülltes und zufriedenstellendes Leben führen – ob mit oder ohne Sexualität. Es ist wichtig, auf die Bandbreite sexueller Bedürfnisse hinzuweisen, denn diese sind so divers wie all unsere Lebens- und Ausdrucksformen.

In den analysierten Daten für diesen Bericht kristallisiert sich heraus, dass viele Personen mit ihrer Sexualität **weder zufrieden noch unzufrieden** sind. Diese Angabe wird öfter getroffen, wenn chronische Erkrankungen auftreten, im höheren Lebensalter (ab 80 Jahren) sowie bei verwitweten Befragten. Hier wäre weitere Forschung wünschenswert, um zu erfahren, was diese Angabe für die Personen konkret bedeutet. Ohne Zusatzinformationen ist es nicht möglich, diese Ergebnisse zu interpretieren bzw. die Ursachen darzustellen. Weder zufrieden noch unzufrieden zu sein beschreibt nicht, wie wichtig den Betroffenen Sexualität ist. Es beantwortet auch nicht die Frage, ob die Betroffenen sich etwas anderes wünschen würden oder ob ihnen Sexualität nicht wichtig ist und sie daher zufrieden und ausgeglichen sind, sich also keine Minderung der Lebensqualität zeigt. Jedoch kommt es auch vor, dass ein Wunsch nach Sexualität besteht und durch Krankheitssymptome oder notwendige Medikamenteneinnahme bei chronischen Erkrankungen gestört wird und bei den betroffenen Personen Leidensdruck erzeugt. Hier richtet der Gesundheitsbericht den Fokus hin und liefert Aufklärung, Anregungen und Veränderungsmöglichkeiten.

Die **chronischen Erkrankungen**, die für diesen Bericht gewählt wurden, zeigen eine hohe > Prävalenz in der Wiener Bevölkerung und/oder haben einen **Einfluss auf die sexuellen Funktionsmechanismen** des Körpers. Es handelt sich um Adipositas, Lungenerkrankungen, Depression, Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Multiple Sklerose und > muskuloskeletale Erkrankungen. In der **wissenschaftlichen Literatur** finden sich bei den genannten Krankheiten negative Störeinflüsse auf die Sexualität. Das ist in einigen Fällen durch die Erkrankungen selbst bedingt, zum Beispiel durch Nervenschädigungen und Empfindungsstörungen bei Multiple Sklerose, in anderen Fällen durch Therapieoptionen und Behandlungen wie bei Krebserkrankungen und wiederum in anderen Fällen durch medikamentöse Behandlungsformen bei Krankheiten wie Diabetes mellitus oder Depression.

Die Ergebnisse aus der Literatur weisen darauf hin, dass sich Sexualität in diesen Krankheitsfällen verändert – sei es durch Bewegungseinschränkungen, geminderte Lust oder Erregungsstörungen. In den **Interviews** mit Menschen aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen wurde erhoben, dass sich bei sexuellen Problemen nicht automatisch sexuelle Unzufriedenheit einstellen muss. Je breiter Paare Sexualität für sich definieren, ob sie also Händchenhalten und Kuscheln zu Sexualität dazuzählen, desto eher bleibt eine grundsätzliche Zufriedenheit gegeben. Es wurde ebenso von kreativen alternativen Methoden berichtet, die betroffene Paare für sich gefunden haben. Je mehr Möglichkeiten für Nähe und Intimität bekannt sind, desto eher entstehen Handlungsmöglichkeit und Selbstwirksamkeit, also das Gefühl, die aktuellen Probleme selbst beeinflussen und verändern zu können. Alleinstehenden Personen mit Wunsch nach erfüllter Sexualität wurde in der Hinsicht Mut gemacht, dass auch Selbstbefriedigung zum Sexualeben dazugehört. Mit dieser Information wurde die Zufriedenheit mit dem Sexualeben anders bewertet.

*Je mehr Möglichkeiten für Nähe und Intimität bekannt sind, desto eher entstehen Handlungsmöglichkeit und Selbstwirksamkeit, also das Gefühl, die aktuellen Probleme selbst beeinflussen und verändern zu können. Alleinstehenden Personen mit Wunsch nach erfüllter Sexualität wurde in der Hinsicht Mut gemacht, dass auch Selbstbefriedigung zum Sexualeben dazugehört.*

In den Ergebnissen der **Österreichischen Gesundheitsbefragung** (> ATHIS, 2019) zeigt sich, dass verheiratete Personen zufriedener mit ihrem Sexualeben sind als geschiedene oder verwitwete Befragte (bei diesen beiden Personengruppen ist die sexuelle Unzufriedenheit um das Doppelte erhöht). Unabhängig vom Beziehungsstatus geben Frauen > signifikant häufiger an sexuell *weder zufrieden noch unzufrieden* zu sein. Männer wiederum sind häufiger (*sehr*) *zufrieden* oder (*sehr*) *unzufrieden* mit der Sexualität. Bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung sinkt die Zufriedenheit mit der Sexualität zugunsten der *Weder-Noch-Kategorie* vor allem bei Frauen.

Die Österreichische Gesundheitsbefragung enthält in ihrem Fragenkatalog eine Frage zum Bereich der Sexualität. Diese zielt auf die sexuelle Zufriedenheit ab. Tiefergehende Fragen, welche eine Interpretation der Angaben ermöglichen würden, sind nicht vorhanden. Sexuelle Funktionsstörungen werden nicht erhoben. Aus diesem Grund bildet dieser Bericht Daten der sexuellen Zufriedenheit der Wiener Bevölkerung ab und ergänzt diese mit Ergebnissen der wissenschaftlichen Literatur sowie individuellen Erfahrungen von Expert\*innen des Wiener Gesundheitspersonals. Dies ermöglicht eine Momentaufnahme, verhindert jedoch eindeutige Ursache-Wirkung-Interpretationen und kann als Limitation dieses Berichtes angesehen werden. Beiträge von Betroffenen wurden zwar angestrebt, konnten aber aufgrund einer sehr niedrigen Rückmeldequote nur in geringem Ausmaß integriert werden. Das zeigt, wie schambehaftet die Themen für die Betroffenen sind und ermöglicht hier nur einen Einblick in Statements von zwei Vertreterinnen aus Selbsthilfegruppen.

Besonders wichtig erscheint den Betroffenen die Möglichkeit sich offen über das Thema austauschen zu können. Sowohl in der Literatur als auch in den Interviews wurde erhoben, dass das **Thema Sexualität immer noch stark tabuisiert** ist. Auf Seite der Betroffenen wird es als schamhaft empfunden, das Thema anzusprechen.

Expert\*innen ohne spezielle Zusatzqualifikation sind oftmals nicht gut genug geschult, fühlen sich der Beratungssituation nicht gewachsen und wollen Patient\*innen nicht zu nahetreten und Scham erzeugen. Es fehlt den Expert\*innen ein einheitliches Manual für die Informationsvermittlung. Bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für diesen Gesundheitsbericht lag eine besondere Aufmerksamkeit bei der Etablierung solcher Informationen und Maßnahmen in der **Ausbildung der Gesundheitsberufe**. Das konkrete Üben mit Schauspielpatient\*innen wurde empfohlen, um wertschätzend mit dem Thema umgehen zu lernen. Ein etabliertes **Kommunikationsmodell**, welches für Gespräche über Sexualität als struktureller Rahmen eingesetzt werden kann, ist das *PLISS(IT)-Modell* nach McInnes (2003). Es gliedert das Beratungsgespräch in das Schaffen einer Atmosphäre, die die Möglichkeit bietet, intime Fragen zu stellen. Diese Ermutigung von Seiten der Expert\*innen hilft Betroffenen dabei, sich Unterstützung zu holen. Der nächste Schritt des Modells ist eine fundierte Informationsvermittlung. Anschließend folgen spezifische Vorschläge zur Verbesserung der jeweiligen Problematik und die Behandlung dieser. Darunter fallen zum Beispiel das gemeinsame Besprechen gedruckter Materialien über Sexualität und chronische Erkrankungen, Hinweise zum Einnehmen von Schmerzmitteln vor sexuellen Handlungen oder alternative Techniken und Positionen, ebenso (Beziehungs-)Beratung oder Medikation.

*Nicht immer ist der Leidensdruck der/s Partnerin/ Partners gleich hoch wie jener der Betroffenen selbst. Trotzdem wurde in den Expert\*innen-Interviews wiederholt empfohlen, Lebenspartner\*innen in die Beratungssituation miteinzubeziehen.*

Neben rein physischen Faktoren, die einen negativen Einfluss auf die Sexualität nehmen können, zeigen sich auch Zusammenhänge mit **psychosozialen Faktoren**. Die **Kommunikationsfähigkeit** in einer Partnerschaft bestimmt darüber, ob sexuelle Schwierigkeiten kompensiert werden können. In einer Befragung von Personen mit chronischen Erkrankungen der Fachhochschule Wiener Neustadt geben die Befragten an, dass die sexuellen Schwierigkeiten einer/s Partnerin/ Partners sie selbst wenig belasten würden. Nicht immer ist der Leidensdruck der/s Partnerin/ Partners gleich hoch wie jener der Betroffenen selbst. Trotzdem wurde in den Expert\*innen-Interviews wiederholt empfohlen, Lebenspartner\*innen in die Beratungssituation miteinzubeziehen. Dies würde die offene Kommunikation zwischen den Beteiligten fördern, was die betroffenen Personen entlasten kann. Zu einer entspannten intimen Atmosphäre gehört neben der Offenheit und dem Vertrauen der/m Partner\*in gegenüber auch das eigene Wohlbefinden. Bei der Analyse der Daten der *Österreichischen Gesundheitsbefragung* zeigte sich ein starker Zusammenhang zwischen der **Akzeptanz des eigenen Aussehens** und der Zufriedenheit mit der Sexualität. Mit steigender Akzeptanz des eigenen Aussehens, nimmt auch die sexuelle Zufriedenheit kontinuierlich zu. Bei jenen, die ihr Aussehen vollkommen akzeptieren können, ist sie um 57,4 Prozentpunkte höher als bei jenen, die sich nicht wohl in ihrer Haut fühlen. Diese Veränderungen sind bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt.

Wenn man diese Information mit Ausschnitten der Expert\*innen-Interviews abgleicht, ergeben sich mögliche **Diskussionspunkte zu Körperbildern, Schönheitsnormen und der Notwendigkeit zur Aufklärung** darüber, was im Hinblick auf das äußere Erscheinungsbild „normal“ bzw. schön ist. Die Interviewpartner\*innen berichten unter anderem, dass gesellschaftliche Normen und Ideen eines wohlgeformten Körpers bzw. ästhetisch ansprechender Geschlechtsorgane häufig aus der Pornindustrie kommen und ein unrealistisches Bild vermitteln. Selbst gängige soziale Medien, die keine pornografischen Inhalte präsentieren, stellen geschönte und unrealistische Körperbilder und Normen dar. In einer internationalen Befragung gibt fast die Hälfte der Frauen an, Zweifel in Bezug auf die Größe ihrer Vagina zu haben, über die Hälfte der befragten Frauen teilt allgemeine Bedenken bezüglich ihres Aussehens mit. Gut die Hälfte der Befragten berichtet außerdem, die Vagina sei der Körperteil über den sie am wenigsten Bescheid wüssten. Drei Viertel dieser Frauen bestätigen den Eindruck, dass es gesellschaftliche Tabus sind, die für ihre Unwissenheit verantwortlich sind (Nappi et al., 2006). Aus diesem Grund fällt unter die Handlungsempfehlungen dieses Gesundheitsberichtes auch Informationsvermittlung, um über diese tabuisierten Inhalte aufzuklären. Das Büro der Wiener Frauengesundheit ergänzte beispielsweise in einer Broschüre zu Verhütungsmethoden 2020 ein Kapitel mit Fokus auf das weibliche Geschlecht, mitsamt realistischer Abbildungen weiblicher Geschlechtsorgane.

Die **Wiener Gesellschaft ist divers**, somit gibt es in unterschiedlichen Personengruppen unterschiedliche Problemstellungen, für die es individuelle Beratung, Partizipation und Erfahrungsaustausch der Betroffenen selbst benötigt. In den Interviews wurde erhoben, dass weibliche Sexualität störungsanfälliger ist als männliche. **Frauen** berichten oft, sich nicht wohl in ihrer Haut zu fühlen und unter dem Druck der Alltagslasten keine Zeit für eine entspannte Atmosphäre zu finden. Das in den Medien vermittelte Schönheitsideal kommt als weiterer Belastungsfaktor hinzu. Auf der Seite der **Männer** wurde von Leistungsdruck und dem Funktionieren-Müssen berichtet, was sich ebenso negativ auf das Sexualleben auswirken kann. Sexualität im **Alter** ist ein besonderes Tabu, dabei haben ältere Personen ebenso sexuelle Bedürfnisse. Das zeigt sich sowohl in der Literatur, als auch in den Erfahrungen der befragten Expert\*innen. Bei der Analyse der **kulturellen Unterschiede** zeigte sich, dass die Berücksichtigung der Kultur und Herkunft als Kontextvariable bei der Beratung von Betroffenen wichtig ist. Es zeigte sich aber auch, dass in einem vertrauensvollen Umfeld sehr ähnliche Probleme von den Betroffenen berichtet werden – trotz unterschiedlicher Herkunft.

Bei der Analyse der einzelnen **chronischen Erkrankungen** zeigte sich bei Auftreten jeder einzelnen Erkrankung ein **negativer Einfluss auf die Sexualität** der Betroffenen. Der größte Effekt ist bei Auftreten einer Depression zu beobachten, die sexuelle Zufriedenheit sinkt um fast 40 Prozentpunkte. Doch auch bei Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und COPD, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und muskuloskelettalen

Beschwerden sinkt die sexuelle Zufriedenheit bei Befragung um gut 20 Prozentpunkte (meist bei Frauen stärker als bei Männern), die wissenschaftliche Literatur belegt allgemeine negative Veränderungen des Sexuallebens bei diesen chronischen Erkrankungen und die Mitarbeiter\*innen des Gesundheitswesens bestätigen diese Eindrücke aus der Arbeit mit den Betroffenen selbst.

Dass **Depression** den stärksten negativen Effekt auf das Sexualleben aufweist, wird damit begründet, dass einerseits durch die Erkrankung selbst Lustgefühle gehemmt werden. Eine Interviewpartnerin bezeichnete Depression als die Krankheit der „-losigkeit“, Lustlosigkeit, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit. Einige Antidepressiva haben Nebenwirkungen, welche sich auf das Sexualleben auswirken können. Das bedeutet, sowohl die Krankheit selbst als auch die Behandlungsmaßnahme kann Auswirkungen auf das Sexualleben haben. Die Interviews mit Mediziner\*innen und Psychotherapeut\*innen legen nahe, dass es wichtig ist, darauf zu achten nicht zu schnell Psychopharmaka zu verschreiben und wenn eine Medikation erforderlich ist, darauf zu achten ein individuell gut verträgliches Präparat auszuwählen. Für die Betroffenen selbst ergibt sich die Wichtigkeit offen mit den behandelnden Ärzt\*innen über auftretende Nebenwirkungen zu sprechen und statt die Medikamente abzusetzen, Durchhaltevermögen bei der individuellen Anpassung zu haben.

Auf Seiten der Mediziner\*innen haben **Aufklärung und Transparenz** einen hohen Stellenwert bei der **Einstellung der Medikation**, vor allem bei chronischen Erkrankungen. Diabetes mellitus beispielsweise zeichnet sich durch Durchblutungsstörungen aus, bei der richtigen medikamentösen Einstellung lösen sich häufig auch sexuelle Probleme. Bei Krebserkrankungen ist Informationsvermittlung ebenso sehr wichtig, da eine Krebsdiagnose an sich angstbesetzt und belastend ist, was die Lebensqualität und die Sexualität beeinflusst. Eine Interviewpartnerin formulierte es so: „Information ist ein Angstkiller.“ Auch bei Herz-Kreislauferkrankungen sind Kommunikation und Aufklärung entscheidend, denn Medikamente wie Bluthochdruckmittel werden häufig verschrieben und können ebenso sexuelle Nebenwirkungen zeigen. In diesem Fall wäre es gefährlich die Medikamente ohne ärztliche Rücksprache abzusetzen. Wissenschaftliche Studien belegen außerdem, dass beim Herz-Kreislauf-System ein wechselseitiger Einfluss möglich ist. Sexuelle Probleme, insbesondere > Erektions- bzw. Lubrifikationsstörungen können ein erster unabhängiger Risikofaktor für eine Jahre später auftretende koronare Herzerkrankung sein. Bei der medizinischen Abklärung kann dieses Warnsignal aufgegriffen und die Herz-Kreislauf-Funktionen der Betroffenen untersucht werden.

*Information ist ein Angstkiller.*

In der Patient\*innen-Versorgung ergeben sich bei sexuellen Problemen chronisch erkrankter Personen folgende **Handlungsempfehlungen**: Das Anpassen des räumlichen und zeitlichen Settings für Beratungssituationen, die Integration von sexuellen Themen in Programme der Gesundheitsförderung und Behandlung von Erkrankten, die finanzielle Förderung von Forschung in dem Gebiet, das Erarbeiten von einheitlichen Leitlinien für Expert\*innen, Informationskampagnen für Betroffene und die Förderung der Primärversorgung. Die interdisziplinäre Arbeit eines Primärversorgungszentrums ermöglicht Betroffenen eine ganzheitliche und vernetzte Behandlungs- und Beratungssituation bei sexuellen Problemen. Die Behandlungsoptionen sollten dabei ebenso ganzheitlich und breit angelegt sein, beispielsweise über körperliche Angebote wie Beckenbodentraining oder eine Umstellung der Medikation, psychosoziale Leistungen wie Sexualtherapie oder Kommunikationsunterstützung mit der/m Partner\*in und fördernde Umgebungsfaktoren, also ein offener und wertschätzender Umgang mit tabuisierten Themen im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft.



# Anhang

# Glossar



<b>ACE-Hemmer</b>	blockieren die Aktivität des <b>Angiotensin Converting Enzyms</b> . Sie senken den Blutdruck und sind zur Behandlung von Herzinsuffizienz geeignet.
<b>Adhärenz</b>	ist die Einhaltung der zwischen Patient*in und Ärztin/Arzt vereinbarten Therapieziele, wie z.B. die Einnahme von Medikamenten oder Diäten.
<b>Aldosteronantagonisten</b>	entwässernde Medikamente. Sie kurbeln die Bildung von Harn und dessen Ausscheidung an und erleichtern die Ausschwemmung von Wasseransammlungen im Körper.
<b>Appetenz</b>	Bedürfnis, Trieb.
<b>Arousal</b>	bezeichnet in der Psychologie den Grad von Aufmerksamkeit und Reaktionsbereitschaft. Z.B. ist das Arousal-Level im Schlaf sehr niedrig.
<b>ATHIS</b>	Austrian Health Interview Survey. Die Österreichische Gesundheitsbefragung basiert auf der Europäischen Gesundheitsbefragung (EHIS). Themen der Befragung sind der Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungen des Gesundheitssystems.
<b>Balint-Gruppe</b>	benannt nach dem Psychoanalytiker Michael Balint (1896-1970), Arbeitsgruppe von 8 bis 12 Ärzt*innen, um unter Leitung einer/s Psychotherapeutin/Psychotherapeuten besonders problematische Fälle zu besprechen. Ziel ist die Verbesserung des Verhältnisses zwischen Ärztin/Arzt und Patient*in und damit einhergehend eine verbesserte Behandlung.
<b>bariatrische Chirurgie</b>	auch Adipositaschirurgie, befasst sich mit Eingriffen in den Magen-Darm-Trakt, mit dem Ziel, Menschen bei der Gewichtsabnahme zu unterstützen; z.B. Magenband, Magenbypass.
<b>Betablocker</b>	senken Puls und Blutdruck und entlasten so das Herz-Kreislaufsystem.
<b>BDSM</b>	Akronym aus den Begriffen <b>B</b> ondage/ <b>D</b> ominance/ <b>S</b> adism/ <b>M</b> asochism; Steht für Sexualpraktiken, die gemeinhin mit Sado-Maso umschrieben werden (z.B. Unterwerfung, Disziplinierung ...).
<b>BMI</b>	Body-Mass-Index dient zur Beurteilung des individuellen Körpergewichtes. Er berechnet sich aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (m <sup>2</sup> ).
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Bei einer COPD sind die Atemwege dauerhaft verengt und die Lunge ist geschädigt.
<b>Determinante</b>	(lat. determinare = abgrenzen, bestimmen), abgrenzender, bestimmender Faktor; maßgebender Umstand. Die D. ist in einer Aussage über den Kausalzusammenhang von wissenschaftlich konzipierten Größen die unabhängige Variable (Hillmann, 2007, 148).
<b>Ejakulation</b>	Samenerguss des Mannes.
<b>endokrin</b>	die Abgabe von Hormonen ins Blut betreffend. Endokrine Erkrankungen werden verursacht durch entweder zu hohe oder zu geringe Abgabe eines Hormons ins Blutsystem.
<b>Endokrinologie</b>	Teilgebiet der Medizin, das sich mit Funktion und Krankheit der hormonproduzierenden Organe beschäftigt.
<b>endotheliale Dysfunktion</b>	ist eine Funktionsstörung an der Zellschicht der Innenwand der Blut- und Lymphgefäße (Endothel).
<b>erektile Dysfunktion</b>	Störung der Sexualfunktion des Mannes, bei der über einen längeren Zeitraum die Peniserektion nicht für eine sexuelle Aktivität ausreicht.
<b>Erektion</b>	Anschwellung und Aufrichtung des männlichen Gliedes (Penis) bzw. der weiblichen Klitoris, Verhärtung der Brustwarze.

<b>extramural</b>	(von lat. extra muros = außerhalb der Mauern). Der extramurale Bereich bezeichnet alle Patient*innen-Versorgungsstrukturen, die sich außerhalb der Spitäler befinden (z.B. die Praxen niedergelassener Ärzt*innen).
<b>glykämische Kontrolle</b>	Kontrolle des Blutzuckerspiegels bei Diabetes mellitus durch Ernährung, Bewegung und medikamentöse Maßnahmen.
<b>Hyperlipidämie</b>	Störung des Fettstoffwechsels, erhöhte Konzentration des Cholesterins, der Triglyceride und der Blutfette.
<b>Hyperurikämie</b>	erhöhter Harnsäurewert im Blut.
<b>Hysterektomie</b>	ist die ganze oder teilweise operative Entfernung der Gebärmutter.
<b>Hypo-Hyperglykämie</b>	Unter- bzw. Überzucker im Blut, relevant bei Diabetes mellitus.
<b>Inzidenz</b>	auch: Inzidenzrate, Häufigkeit der Neuerkrankungen. Anzahl neu aufgetretener Krankheitsfälle in einer definierten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum. Beispiel: Neu diagnostizierte Lungenkrebsfälle pro 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2021.
<b>ischämisch</b>	Die Verminderung bzw. Unterbrechung der Durchblutung eines Organs oder Gewebes. Ischämische Herzkrankheiten sind Krankheiten, die durch mangelnde Durchblutung des bzw. mangelnde Blutzufuhr zum Herz verursacht werden.
<b>Komorbidität</b>	Begleiterkrankung, bedeutet, dass neben einer Grunderkrankung eine zweite oder mehrere weitere Erkrankungen vorliegen.
<b>Libido</b>	sexuelles Lustempfinden.
<b>Lubrikation</b>	Austritt von Scheidenflüssigkeit bei sexueller Erregung der Frau.
<b>metabolisches Syndrom</b>	Kombination von einem gestörten Kohlenhydratstoffwechsel, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und starkem Übergewicht.
<b>Multimorbidität</b>	gleichzeitiges Bestehen sehr vieler Erkrankungen bei einer/m Patientin/Patienten.
<b>multivariat</b>	bezeichnet Analysen statistischer Daten, an denen mehr als zwei Variablen beteiligt sind.
<b>muskuloskelettale Erkrankungen</b>	entzündliche oder degenerative Erkrankungen von Muskeln und Knochen, z.B. Arthritis, Osteoporose ...
<b>oxidativer Stress</b>	Schädigung biologischer Systeme durch freie Radikale. Derartige Schädigungen zeigen sich bei Entzündungsvorgängen, Krebsentstehung und dem Alterungsprozess.
<b>Oxytocin</b>	Das Hormon wird im Hypothalamus gebildet. Die Oxytocin-Ausschüttung wird durch jede Art von angenehmem Hautkontakt stimuliert. Oxytocin hat eine wichtige Funktion beim Geburtsprozess (Wehentätigkeit, Stimulation der Brustdrüsen), beeinflusst die Beziehung zu Sexualpartner*innen und spielt eine wichtige Rolle bei der Stressregulierung.
<b>pathophysiologisch</b>	umschreibt, wie der Körper durch Erkrankung abweichend funktioniert.
<b>Prävalenz</b>	beschreibt Mengen von Personen in einem definierten Zustand, z.B. des Krankseins bzw. der Betroffenheit. Sie ist neben der Inzidenz ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Gemessen wird sie als Anteil Erkrankter an der betrachteten Bevölkerung zu einem Zeitpunkt oder innerhalb einer Periode. Sie ist gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig ausgewählte Person erkrankt bzw. betroffen ist.

<b>Primärversorgung</b>	Unter P. versteht man den ersten Kontakt der/s Patientin/Patienten zum Gesundheitswesen. Dieser Zugang soll jederzeit möglich, kontinuierlich und umfassend sein (Wittmann & Schoberberger, 2016, 347).
<b>Ressource</b>	(von franz. ressource = Mittel, Reichtum). Sammelbezeichnung für die Hilfsquellen, die der Mensch (je nach Entwicklungsniveau seiner Gesellschaft in unterschiedlichem Umfang) als Mittel zum Leben benötigt (Hillmann, 2007, 750) bzw. auf die er für die Lebensführung zurückgreifen kann.
<b>salutogen</b>	gesundheitsfördernd
<b>sexuelle Dysfunktion</b>	sexuelle Funktionsstörung, die körperlichen oder psychischen Ursprungs sein kann.
<b>signifikant</b>	statistische Signifikanz. Signifikant ist ein Ergebnis, wenn es gegen die Nullhypothese spricht. Die Aussage basiert auf einem statistischen Test, der zur Prüfung einer vorab festgelegten Hypothese mit vorab festgelegter Irrtumswahrscheinlichkeit durchgeführt wird (DNEbM, 2018, 54). Beispiel: Als Nullhypothese wird angenommen, dass zwischen zwei Gruppen kein Prävalenzunterschied besteht. Ein Test auf Basis des ATHIS-Datensatzes widerspricht dem. Er zeigt, dass der beobachtete Unterschied signifikant ist. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % besteht auch in der Wiener Wohnbevölkerung ein Unterschied.
<b>somatisch</b>	körperlich, physisch (de Gruyter, 2007, 1793)
<b>sozialer Status</b>	Position einer Person innerhalb der Gesellschaft. Impliziert meist die Einordnung der Person in eine hierarchische Skala sowie die Unterteilung der Bevölkerung in Oben und Unten (Mielck, 2005, 8). Diese Einordnung erfolgt über sozioökonomische Indikatoren. Daher wird er auch als sozioökonomischer Status bezeichnet. Zu den Merkmalen, die nicht eindeutig in eine Hierarchie zu bringen sind, gehören Geschlecht und Migrationshintergrund. Sie werden daher auch zu den Indikatoren des horizontalen sozialen Status bzw. der sozialen Lage gezählt. An den s. S. sind Rollen bzw. Verhaltenserwartungen (soziale Normen) geknüpft.
<b>SNRI</b>	steht für <b>Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor</b> (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Inhibitoren). SNRI blockieren die Aufnahme von Serotonin und Noradrenalin. Sie werden zur Behandlung von Depression und Angststörung eingesetzt.
<b>SSRI</b>	steht für <b>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</b> (Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren). Sie werden zur Behandlung von Depression oder Angststörung eingesetzt. Im Unterschied zu SNRI blockieren sie allerdings nur die Aufnahme von Serotonin.
<b>Sympatholytikum</b>	schwächt Effekte des Sympathikus, also eines Teiles des vegetativen (autonomen) Nervensystems. Sie werden z.B. bei Bluthochdruck verabreicht.
<b>Thiaziddiuretikum</b>	harntreibendes Medikament, senkt Blutdruck.
<b>Thrill-seeking</b>	beschreibt Menschen, die den Nervenkitzel suchen, das Hin und Her zwischen positiven und negativen Emotionen wie z.B. Angst und Lust, Leid und Freud.
<b>Variable</b>	Symbol für eine Menge von Merkmalsausprägungen. V. sind Ausschnitte der beobachteten Realität, über deren Ausprägung und Beziehungen in der empirischen Forschung Vermutungen (Hypothesen) formuliert und überprüft werden (Bortz & Döring, 2009, 743).
<b>vulnerabel</b>	anfällig, verletzbar, verwundbar. Kann durch genetische, organisch-biologische, psychische oder soziale Faktoren bedingt sein (de Gruyter, 2007, 2056).
<b>WHO</b>	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation. Sonderorganisation der Vereinten Nationen und Koordinierungsstelle für das öffentliche Gesundheitswesen.
<b>zerebrovaskulär</b>	bedeutet die Blutgefäße des Gehirns betreffend. Zu den zerebrovaskulären Erkrankungen zählen z.B. Schlaganfälle.

# Interviewleitfaden

## Datum, Informationen zu Interviewpartner\*in (Name, Beruf, Tätigkeitsfeld)

### Begrüßung und Vorstellung

Ich begrüße Sie ganz herzlich zum heutigen Interview. Schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Mein Name ist Monika Szelag, ich arbeite in der Gesundheitsberichterstattung der Magistratsabteilung 24 der Stadt Wien.

### Erläuterung des Forschungsprojektes

Gerne möchte ich mit Ihnen kurz das Thema und auch den aktuellen Stand des Forschungsprojektes erläutern. Ziel dieses Interviews ist, Informationen von Expert\*innen aus dem Gesundheitswesen zu dem Thema *Sexualität bei chronischen Erkrankungen* zu sammeln und diese anschließend in einem Gesundheitsbericht zusammenzufassen. Das Interview wird ungefähr eine Stunde Zeit in Anspruch nehmen.

### Einverständnis holen

Sind Sie damit einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird?

### Eingangsfrage

Ich möchte mit Ihnen ein Gespräch über das Thema *Sexualität bei chronischen Erkrankungen/bei der Erkrankung X\** führen. Bitte sagen Sie mir, was Ihnen spontan dazu einfällt.

### Rückfragen

- Woran liegt das Ihrer Meinung nach?
- Haben Sie in Ihrer Arbeit mit Patient\*innen ähnliche Erfahrungen gemacht?

### Folgefragen

- Welchen Einfluss hat Erkrankung X\* Ihrer Meinung nach auf die Sexualität der Betroffenen?
- Sprechen Sie das Thema Sexualität proaktiv an, wenn Sie wissen, dass es zu Nebenwirkungen aufgrund der Erkrankung oder der Medikation kommen kann?
- Welchen Stellenwert hat das Thema Sexualität in Ihrer täglichen Arbeit mit Patient\*innen?
- Werden Sie von Ihren Patient\*innen aktiv nach dem Umgang mit sexuellen Problemen oder Nebenwirkungen diverser Medikamente gefragt?
- Sexualität gilt nach wie vor als Tabuthema. Inwiefern kam die Thematik einer gesunden Sexualität bzw. des Zusammenspiels zwischen chronischen Erkrankungen und Sexualität in Ihrer Ausbildung vor?
- Wie schätzen Sie die Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen/der Krankheit X\* und einer gesunden Sexualität ein?
- Welchen Einfluss können Medikamente zur Behandlung von Krankheit X\* auf die Sexualität haben? Was sollten Patient\*innen hierbei beachten?
- Was wären Ihrer Meinung nach effektive Kompensationsmöglichkeiten für eine gute Sexualität trotz dieser Einschränkungen? Was können betroffene Patient\*innen tun bzw. an wen können sie sich diesbezüglich wenden?

\* je nach Interviewpartner\*in: Adipositas/Asthma bronchiale und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)/Depression/Diabetes mellitus/Herz-Kreislauferkrankungen/Kreislauferkrankungen/Multiple Sklerose/muskuloskeletale Erkrankungen

# Quellenverzeichnis

## LITERATUR

- A** **Abrahamian, H. & Kautzky-Willer, A. (2016).** Sexualität bei Übergewicht und Adipositas. *Wien Med Wochenschrift* 166, 121-128. <https://doi.org/10.1007/s10354-016-0430-9>
- Artom, N. (2016).** Praevalence of erectile dysfunction in a cohort of Italian hypertensive subjects. *Clin Exp Hypertens.* 38(2), 143-9.
- Azad, A. K., S. Setunge, S. Selim, S. H. Chowdhury, M. F. Rahaman, M. A. J. Chowdhury, B. de Courten, D. Ilic & M. N. Karim (2019).** Dyslipidaemia as a risk factor for erectile dysfunction in type 2 diabetes mellitus patients. *Diabetes Metab Syndr* 13(1): 748-753.
- B** **Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L. & Ostermann, H. (2019).** Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen. WHO Regional Office for Europe.
- Barata, B. (2017).** Affective disorders and sexual function from neuroscience to clinic. *Current Opinion in Psychiatry*, Volume 30, Issue 6.
- Basson, R. & Schultz, W. (2007).** Sexual sequelae of general medical disorders. *The Lancet* 369 (9559): 409-24.
- Bayerle-Eder, M. (2015).** Sexualität im Alter und bei chronischen Erkrankungen aufrechterhalten. *Gynäkologie + Geburtshilfe* 20, 34-36.
- Boeri, L., Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Schifano, N., Montanari, E., Montorsi, F. & Salonia, A. (2019).** Sexual Dysfunction in Men with Prediabetes. *Sex Med Rev.*
- Boerma, W.G., Rico, A. & Saltman, R.B. (2006).** Primary Care in the Driver's Seat?: Organizational Reform in European Primary Care. Open University Press.
- Bonierbale, M., Lançon, C. & Tignol, J. (2003).** The ELIXIR Study: Evaluation of Sexual Dysfunction in 4557 Depressed Patients in France. *Curr Med Res Opin* 19(2), 114-24.
- Borgmann, M., Linnemann, T., Schönhofer, B., Ott, S.R., Bernardy, K., Stammberger, U., Vedder, V., Bals, R., Köllner, V. & Hamacher, J. (2019).** Experience of disease, relationship and sexuality in patients with COPD.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009).** Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- Bragagna, E. (2016).** Österreich – eine sexuell gesunde Gesellschaft? Sexuelle Gesundheit. Tagungsbericht 2016. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 10-11.
- Bragagna, E. (2017).** There is no health without sexual health. In: Sexuelle Gesundheit. Teil 2. Tagungsbericht 2017. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 8.
- Brähler, H. & Felder, H. (1999).** Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. Medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. Springer.
- Bueno Robles, L.S. & Soto Lesmes, V.I. (2016).** Mood State of Women with Breast Cancer and that of Their Spouses. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 34(3).
- Burchardt, M., Burchardt, T., Anastasiadis, A. et al. (2001).** Erectile dysfunction is a marker for cardiovascular complications and psychological functioning in men with hypertension. *Int J Impot Res* 13, 276-281.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019).** HIV/AIDS, Hepatitis B und C in Österreich. Wien
- Burke, P.J., Katz-Wise, S.L., Spalding, A. & Shrier, L.A. (2018).** Intimate Relationships and Sexual Behavior in Young Women with Depression. *J Adolesc Health* 63(4), 429-434.
- Byrne, M., Murphy, P., D'Eath, M., Doherty, S. & Jaarsma, T. (2017).** Association Between Sexual Problems and Relationship Satisfaction Among People With Cardiovascular Disease. *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 14, Issue 5, 666-674.
- C** **Calabro, R.S., Russo, M., Dattola, V., De Luca, R., Leo, A., Grisolaghi, J., Bramanti, P. & Quattrini, F. (2018).** Sexual Function in Young Individuals With Multiple Sclerosis: Does Disability Matter? *J Neurosci Nurs* 50(3), S.161-166.
- Carrilho, P.J., Vivacqua, C.A., Godoy, E.P., Bruno, S.S., Brígido, A.R., Barros, F.C. & Sousa, M.B. (2015).** Sexual dysfunction in obese women is more affected by psychological domains than that of non-obese. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 37(12): 552-8. doi: 10.1590/SO100-720320155443.
- Cherpak, G.L. & Dos Santos, F.C. (2016).** Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. *Einstein* vol.14 no.2.
- Colson, M.H. (2016).** Sexual dysfunction and chronic illness. Epidemiology, impact and significance. *Sexology* 25: e5-e11.
- D** **De Gruyter, W. (Hg) (2007).** Pschyrembel-Klinisches Wörterbuch. 261. Auflage. Berlin: Walter de Gruyter.
- Dehghan-Nayeri, N., Khakbazan, Z. & Ghafouri, F. (2018).** Life behind the mask: Sexual life of Iranian women with multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, Volume 11, Issue 2, 274-280.

**DNEbM – Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin** (2018): Glossar zur Evidenzbasierten Medizin. Verfügbar unter: <https://ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar>

**Di Francesco, S., Caruso, M., Robuffo, I., Militello, A. & Toniato, E.** (2019). The Impact of Metabolic Syndrome and Its Components on Female Sexual Dysfunction: A Narrative Mini-Review. *Curr Urol* 12(2): 57-63.

**Di Mattei, V.E., Perego, G., Taranto, P., Mazzetti, M., Marotta, E., Candiani, M. & Salvatore, S.** (2021). The Long-Term Effects of Cancer Treatment on Sexuality and Couple Relationships. *Family Process* 60(3): 853-865.

**Dias, M., Oliveiraa, M.J., Oliveirab, P., Ladeiraa, I., Limaa, R. & Guimarães, M.** (2017). Does any association exist between Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Erectile Dysfunction? The DECODED study. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 23(5): 259-265.

**Dorado, K., McDonnell, C., Edwards, R. & Lazaridou, A.** (2018). Sexuality and chronic pain. In: *Understanding Sexuality*, Nova Science Publishers.

**E El Taieb, M., Hegazy E. & Ibrahim, A.** (2019). Daily Oral L-Arginine Plus Tadalafil in Diabetic Patients with Erectile Dysfunction: A Double-Blinded, Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Sex Med* 16(9): 1390-1397.

**Esfahani, S.B. & Pal, S.** (2018). Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review. *Health Psychology Open* 1-13.

**Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH).** Report on definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. (2014). Brussels.

**Ezeani, I., Onyeonoro, U. & Ugwu, E.** (2019). Evaluation of Female Sexual Function in Persons With Type 2 Diabetes Mellitus Seen in a Tertiary Hospital in Southeast Nigeria With Emphasis on its Frequency and Predictors. *J Sex Marital Ther*: 1-7.

**F Faselis, C., Katsimardou, A., Imprialos, A.K., Deligkaris, P., Kallistratos M. & Dimitriadis, K.** (2019). Microvascular complications of type 2 diabetes mellitus. *Curr Vasc Pharmacol*.

**Fergus, K.B., Gaither, T.W., Baradaran, N., Glidden, D.V., Cohen, A.J. & Breyer, B.N.** (2019). Exercise Improves Self-Reported Sexual Function Among Physically Active Adults. *J Sex Med* 16(8): 1236-1245.

**Fiala, C. & Parzer, E.** (2019). Österreichischer Verhütungsreport. <http://verhuetungsreport.at/sites/verhuetungsreport.at/files/2019/Verhuetungsreport-2019-Web.pdf>

**Field, N., Prah, P., Mercer, C.H., Rait, G., King, M., Cassell, J.A., Tanton, C., Heath, L., Mitchell, K.R., Clifton, S., Datta, J., Wellings, K., Johnson, A.M. & Sonnenberg, P.** (2015). Are depression and poor sexual health neglected comorbidities? Evidence from a population sample. *Journal of Adolescent Health*, Volume 63, Issue 4, 429-434.

**Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D.W., Cyranowski, J.M., Hahn, E.A., Jeffery, D.D., Reese, J.B., Reeve, B.B., Shelby, R.A. & Weinfurt, K.P.** (2016). Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *Journal of Sexual Medicine* 13(11): 1642-1650.

**G Grunze, A., Mago, R. & Grunze, H.** (2017). Nebenwirkungen von Psychopharmaka. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142: 1690-1700.

**H Haesler, E., Bauer, M. & Fetherstonhaugh, D.** (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today* 40: 57-71.

**Hamilton, K., Chambers, S.K., Legg, M., Oliffe, J.L. & Cormie, P.** (2015). Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Support Care Cancer*. 23(1): 133-42.

**Hartmann, S.** (2020). Bindungsqualität und Erziehungsverhalten. Zusammenhänge vor dem Hintergrund der mittleren Kindheit und ihrer Rubikon-Phänomene. Berlin: Logos Verlag.

**Hecht, L., Buhse, S. & Meyer, G.** (2016). Effectiveness of training in evidence-based medicine skills for healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Education*, Volume 16, 103.

**Hensel, D., Nancec, J. & Fortenberry, D.** (2016). The Association Between Sexual Health and Physical, Mental, and Social Health in Adolescent Women. *Journal of Adolescent Health* Volume 59, Issue 4.

**Hillmann, K.H.** (2007). Wörterbuch der Soziologie. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart: Kröner.

**Hoffmann, K.** (2020). Harninkontinenz in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96 (9).

**Hoffmann, K., George, A., Dorner, T.E., Süß, K., Schäfer, W.L.A. & Maier, M.** (2015a). Primary health care teams put to the test a cross-sectional study from Austria within the QUALICOPC project. *BMC Family Practice* 16(1): 168.

**Hoffmann, K., Rimpler, N., George, A. & de Boeckxstaens, P.** (2021). Giving patients a voice within healthcare reform: the qualitative VOICE study. medRxiv. 2021:2021.05.11.21256986.

**Hoffmann, K., Wojczewski, S., George, A., Schäfer, W.L.A. & Maier, M.** (2015b). Stressed and overworked? A cross-sectional study of the working situation of urban and rural general practitioners in Austria in the framework of the QUALICOPC project. *Croat Med J*. 56(4): 366-74.

**Holmes, L.J., Yorke, J.A., Dutton, C., Fowler, S.J. & Ryan, D.** (2018). Sex and intimacy in people with severe asthma: a qualitative study. *BMJ Open Respiratory Research* 6.



- J Jarzabek-Bielecka, G., Wilczak, M., Potasińska-Sobkowska, A., Pisarska-Krawczyk, M., Mizgier, M., Andrzejak, K., Kędzia, W. & Sajdak, S. (2015).** Overweight, obesity and female sexuality in perimenopause: a preliminary report. *Prz Menopauzalny* 14(2): 97-104.
- K Kędzia, W. & Sajdak, S. (2015).** Overweight, obesity and female sexuality in perimenopause: a preliminary report. *Prz Menopauzalny* 14(2): 97-104.
- Kalka, D. (2017).** Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes: Evidence from Poland. *Springer* 36, 69-86.
- Khawar, C., Zunaira, A., Nagji, A. & Sara, A. (2017).** Sexual Functioning and Quality of Life in Female Asthmatics. *P J M H S* Vol. 11, NO. 1.
- Kizilay, F., Gali, H. & Serefoglu, E. (2016).** Diabetes and Sexuality. *Sexual Medicine Reviews* 5(1).
- Kochen, M. & Jendyk, R. (2017).** Potenzstörungen. In: Kochen, M. (Hg). *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Stuttgart: Thieme.
- Kochen, M. (2017).** Sexualberatung. In: Kochen, M. (Hg). *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin.* Stuttgart: Thieme.
- Kringos, D.S. (2012).** The strength of primary care in Europe. Utrecht: Dissertation. NIVEL.
- Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013).** Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs*, 32(4): 686-94.
- Kwon, S. & Schafer, M.H. (2017).** Obesity and Sexuality Among Older Couples: Evidence From the National Social Life, Health, and Aging Project. *Journal of Aging and Health* 29(5): 735-768. doi:10.1177/0898264316645541
- L Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2016).** Nebenwirkungen von Medikamenten auf die Sexualität. <https://www.lzg-rlp.de/de/event/nebenwirkungen-von-medikamenten-auf-die-sexualitaet.html>
- Lin, H., Zhao, L., Wu, H., Cao, M. & Jiang, H. (2019).** Sexual life and medication taking behaviors in young men: an online survey of 92,620 respondents in China. *Int J Clin Pract.*
- Liu, H., Waite, L., Shen, S. & Wang, D. (2016).** Is Sex Good for Your Health? A National Study on Partnered Sexuality and Cardiovascular Risk among Older Men and Women. *Journal of Health and Social Behavior*, 57(3): 276-296.
- Loewit, B. (2011).** Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lonnée-Hoffmann, R. & Pinas, I. (2014).** Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Current sexual health reports*, 6(4), 244–251.
- M Marck, C.H., Jelinek, P.L., Weiland, T.J., Hocking, J.S., De Livera, A.M. Taylor, K.L., Neate, S.L., Pereira, N.G. & Jelinek, G.A. (2016).** Sexual function in multiple sclerosis and associations with demographic, disease and lifestyle characteristics: an international cross-sectional study. *BMC Neurology* 16: 210.
- McInnes, R. (2003).** Chronic illness and sexuality. *MJA*, Vol 179, 263-266.
- McMahon, C.G. (2019).** Current diagnosis and management of erectile dysfunction. *Med J Aust* 210(10): 469-476.
- Merbach, M., Brähler, E. & Klaiberg, A. (2004).** Partnerschaft und Sexualität in der zweiten Lebenshälfte.
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., Heller, D., Dubois-Arber, F. (2011).** Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Medical Weekly* 141:131.
- Mielck, A. (2005).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber Verlag.
- N Nappi, R.E., Liekens, G. & Brandenburg, U. (2006).** *AJOG* 73(5):493-500. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2005.12.007>
- Nascimento E. (2015).** Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. *J Affect Disord* 181, 66-100.
- Netjasov, A.S., Tančić-Gajić, M., Ivović, M., Marina, L., Arizanović, Z. & Vujović, S. (2016).** Influence of obesity and hormone disturbances on sexuality of women in the menopause. *Gynecological Endocrinology* Volume 32, Issue 9.
- Nijpels, G. (2015).** Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. *J Sex Marital Ther.* 41(6): 680-90.
- O ÖÄZ-Consensus (2011).** Die erektile Dysfunktion als Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen – Evidenz aus interdisziplinärer Sicht.

- P** **Patel, C., Allen, S., Haque, M., Angelescu, I., Baumeister, D. & Tracy, D. (2016).** Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 99-144.
- Pereira, K., Phillips, B., Johnson, C. & Vorderstrasse, A. (2015).** Internet Delivered Diabetes Self-Management Education: A Review. *Diabetes Technology & Therapeutics*, Vol. 17, No. 1.
- Piontek, A., Szeja, J., Blachut, M. & Badura-Brzoza, K. (2019).** Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiadomosci Lekarskie* 72(10).
- Porst, H. (2000).** Manual der Impotenz: Erektions-, Ejakulations- und Hormonstörungen, Penis-erkrankungen, weibliche Sexualstörungen. Bremen: Uni-Med, 149.
- R** **Raß, L. (2020).** „Sexualität ist ein Grundbedürfnis – bitte spricht darüber!“ – Sexualität als Betätigungsanliegen. *ergopraxis* 13(04):28-31.
- Reisman, Y. (2017).** Sexual Consequences of Post-SSRI Syndrome. *Sex Med Rev* 5(4), 429-433.
- Rowland, D., McNabney, S. & Mann, A. (2017).** Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. *Sexual Medicine Reviews* 5(3): 323-338.
- Roxo, L., Virgolino, A., Costa, J. & Alarcao, V. (2018).** Understanding the relationship between BMI and sexual dysfunction: Can DSM-5 shed light into this topic? *Revista Internacional de Andrologia*, Volume 17, Issue 4, 130-137.
- Rutte, A., van Splunter, M.M., van der Heijden, A.A., Welschen, L.M., Elders, P.J., Dekker, J.M., Snoek, F.J., Enzlin, P. & Nijpels, G. (2015).** Prevalence and correlates of sexual dysfunction in men and women with type 2 diabetes. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Volume 41, 6.
- S** **Santos, A., Pascoal, P. & Barros, L. (2019).** Sexuality in Emerging Adults with Type 1 Diabetes Mellitus: An Exploratory Study Using Thematic Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, Volume 46, Issue 3.
- Sarwer, D.B., Hanson, A.J., Voeller, J. & Steffen, K. (2018).** Obesity and Sexual Functioning. *Curr Obes Rep.* 7(4): 301-307.
- Scheepe, J.R., Alamyar, M., Pastoor, H., Hintzen, R.Q. & Blok, B.F. (2017).** Female sexual dysfunction in multiple sclerosis: Results of a survey among Dutch urologists and patients. *Neurology urodynamics* Volume 36, Issue1, 116-120.
- Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A. & Starke, K. (2006).** Spätmoderne Beziehungswelten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schönhofer, B. (2002).** Sexualität bei Patienten mit beeinträchtigter Atmung. *Med Klin* 97, 344-349.
- Seftel, A.D. (2019).** Re: Sexual Dysfunction in Men with Prediabetes. *J Urol* 202(2): 194.
- Shifren, J., Monz, B., Russo, P., Segreti, A. & Johannes, C. (2008).** Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology* 112(5).
- Sierra, C., García Salmones, M., Cabrera Galán, C., Segura Molina, E., Plaza, V., Pascual Erquicia, S., Grupo Emergente de Asma del Área de Asma de la SEPAR (2017).** Impact of Asthma on the Sexual Functioning of Patients. A Case-Control Study. *Arch Bronconeumol* 53(12): 667-674.
- Simmons, K.B. & Edelman, A.B. (2015).** Contraception and sexual health in obese women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 29(4): 466-78. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.005.
- Song, W.H., Park, J., Yoo, S., Oh, S., Cho, S.Y., Cho, M.C., Jeong, H. & Son, H. (2019).** Changes in the Prevalence and Risk Factors of Erectile Dysfunction during a Decade: The Korean Internet Sexuality Survey (KISS), a 10-Year-Interval Web-Based Survey. *World J Mens Health* 37(2): 199-209.
- Sönnichsen, A. & Kochen, M. (2017).** Sexualberatung. In: Kochen, M. (Hg.). *Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Soto Campos, J.G., Rojas Villegas, J., Padilla Galo, A., Marina Malanda, N., García Rivero, J.L., Pinedo, S., García, C., Mercedes, S., Galán, C. & Segur, C. (2017).** Impact of Asthma on the Sexual Functioning of Patients. A Case-Control Study. *Archivos de Bronconeumología* 11.
- Stadt Wien. MA 24 - Strategische Gesundheitsversorgung. (2020).** Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien. Wien: Wiener Gesundheitsberichterstattung.
- Statistik Austria (2021).** Krebserkrankungen in Österreich 2021. Wien
- Stulz, A., Lamore, K., Montalescot, L., Favez, N. & Cecile, F. (2020).** Sexual health in colon cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology* 29(7).
- Strauß, B. (2006).** Chronische körperliche Erkrankungen und Sexualität. In: Sigusch, V. (Hrsg.). *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart: Thieme Verlag, 251.
- T** **Talasz, H., Gosch, M., Enzelsberger, H. et al. (2005).** Geriatrische Patientinnen mit Harninkontinenz-Symptomen und ihre Kontrolle über den Beckenboden. *Z Gerontol Geriat* 38: 424-430. Stuttgart-New York: Thieme Verlag.
- Traen, B., Hald, G.M., Graham, C.A., Enzlin, P., Janssen, E., Kvaalem, I.L., Carvalho, A. & Štulhofer, A. (2017).** Sexuality in Older Adults (65+)- An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *International Journal of Sexual Health* Volume 29, Issue 1.

- U** **Ussher, J., Perz, J. & Gilbert, E. (2014).** Women's Sexuality after Cancer: A Qualitative Analysis of Sexual Changes and Renegotiation. *Women & Therapy, 37:3-4, 205-221.*
- V** **Viigimaa, M., Vlachopoulos, C., Lazaridis, A. & Doulas, M. (2014).** Management of erectile dysfunction in hypertension: Tips and tricks. *World Journal of Cardiology 6(9): 908-915.*
- Vikan, J., Snekkevik, H., Nilsson, M., Stanghelle, J., Geirdal, A. & Fugl-Meyer, K. (2021).** Sexual Satisfaction and Associated Biopsychosocial Factors in Stroke Patients Admitted to Specialized Cognitive Rehabilitation. *Sexual Medicine, Volume 9, Issue 5.*
- W** **Wang, G., Marrie, R.A., Fox, R.J., Tyry, T., Cofield, S.S., Cutter, G.R. & Salter, A. (2018).** Treatment satisfaction and bothersome bladder, bowel, sexual symptoms in multiple sclerosis. *Multiple sclerosis Volume 20, 16-21.*
- Wittmann, K. & Schoberberger, R. (2016).** *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft: ein Lehr- und Arbeitsbuch für den ersten Studienabschnitt Medizin. 12. Auflage.* Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- WHO & PAHO (2000).** *Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action.* Antigua, Guatemala.
- WHO (2020).** *Report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.* Geneva: World Health Organization.
- Z** **Zamani, M., Tavoli, A., Khasti, B., Sedighimornani, N. & Zafar, M. (2017).** Sexual Therapy for Women with Multiple Sclerosis and Its Impact on Quality of Life. *Iran J Psychiatry, 12:1: 58-65.*
- Zsoldos, M., Pajor, A. & Pusztalvi, H. (2019).** Relation between sexual dysfunction and metabolic syndrome. *Orv Hetil 160(3): 98-103.*

## ONLINE-QUELLEN

Stand: Dezember 2021. In den Fußnoten des Berichts wird über Hyperlinks direkt auf die zitierten Webseiten verwiesen.

Bayerle-Eder, M. (2019). Diabetes und männliche Sexualität – „Sex you can“. Verfügbar unter: <https://www.universimed.com/ch/article/urologie-andrologie/diabetes-und-maennliche-sexualitaet-sex-you-can-2107205>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2021). Sexuelle Gesundheit: Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem? Tagungsbericht. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Sexuelle-Gesundheit.html>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). So kommt es zu Übergewicht. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/ernaehrung/adipositas/uebergewicht-ursachen>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Multiple Sklerose. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/multiple-sklerose/inhalt>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Diabetes: Was ist das? Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/stoffwechsel/diabetes/was-ist-das>

EU-Projekt H-Com Elearning. Verfügbar unter: <https://elearning.h-com.eu/login/index.php>

Europa Universität Frankfurt (2022). Tabubegriff. Verfügbar unter: [https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/ehemalige\\_professoren/sw2/forschung/tabu/tabubegriff/index.html](https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/ehemalige_professoren/sw2/forschung/tabu/tabubegriff/index.html)

Internal Declaration of Sexual Rights. Verfügbar unter: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>

Multiple Sklerose-Atlas (2020). Verfügbar unter: <https://www.msif.org/>

Multiple Sklerose Gesellschaft Wien. Verfügbar unter: <https://www.msoges.at/multiple-sklerose/symptome/sexualitaet/>

Österreichische Krebshilfe (2019). Sexualität und Krebs. Verfügbar unter: [https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user\\_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet\\_und\\_Krebs\\_2019\\_\\_Web.pdf](https://www.krebshilfe.net/fileadmin/user_upload/Dachverband/Brosch%C3%BCren/Sexualitaet_und_Krebs_2019__Web.pdf)

Fachhochschule Wiener Neustadt (2020). Sexualität mit chronischer Erkrankung. Verfügbar unter: <https://presse.fhwn.ac.at/news-sexualitaet-mit-chronischer-erkrankung-fhwn-praesentiert-studienergebnisse?id=107495&menueid=11330&l=deutsch>

Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=714](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=714)

Statistik Austria (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=457](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=457)

Statistik Austria (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=794](http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView&sectionName=Gesundheit&publd=794)

Statistik Austria (2022). Todesursachen. Verfügbar unter: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html)

Weltgesundheitsorganisation. Definition einer Depression. Verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

Weltgesundheitsorganisation. Sexual health. Verfügbar unter: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/)

World Association for Sexology (WAS). Verfügbar unter: [http://www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/DEUTSCH/PAHODE.HTM#\\_Toc490155440](http://www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/DEUTSCH/PAHODE.HTM#_Toc490155440)



## Impressum

### Medieninhaberin, Herausgeberin und Verlegerin

Stadt Wien  
MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung  
Brigittenauer Lände 50-54/2/5, 1200 Wien  
post@ma24.wien.gv.at

### Verfasserin

Mag.<sup>a</sup> Monika Szelag (MA 24)

### Redaktionelle Begleitung

Mag.<sup>a</sup> Susanne Guld, MBA (MA 24)  
Mag. Felix Hofmann (MA 24)

### Unterstützung bei Recherchetätigkeit

Mag. Markus Hojni (MA24)

### Wissenschaftliche Begleitung, Kapitel Medizinische Theorie sowie Handlungsempfehlungen

Assoc. Prof.<sup>in</sup> Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Kathryn Hoffmann, MPH (Leiterin Versorgungsforschung und Telemedizin in der Primärversorgung,  
Zentrum für Public Health, MedUni Wien)

### Lektorat

Mag.<sup>a</sup> Veronika Gregori

### Layout & Gestaltung

Mag.<sup>a</sup> Kathi Reidelshöfer

### Druck

Druck & Digitaldruck Stangl

### Vorgeschlagene Zitierweise

Stadt Wien (2022). Sexualität bei chronischen Erkrankungen. Magistrat der Stadt Wien,  
MA 24 – Strategische Gesundheitsversorgung (Autorin: Szelag, M.)





