

## Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog\*

### Toward the Establishment of a Postgradual Specialization in Sexual Medicine

H.-J. Vogt, München; K. Loewit, Innsbruck; R. Wille, K.M. Beier, H.A.G. Bosinski, Kiel

#### Zusammenfassung

Diagnostik und Therapie sexueller und partnerschaftlicher Störungen gehören zum ärztlichen Heilauftrag. Die zunehmend aus der Bevölkerung an die Medizin gerichteten Versorgungserwartungen sind unbestritten und stehen noch immer im Mißverhältnis zum Behandlungsangebot.

In zahlreichen europäischen Ländern gibt es anerkannte universitäre sexualmedizinische Ausbildungsgänge. In der Europäischen Union (EU) werden im Zuge der Harmonisierung der gesundheitspolitischen Grundlagen entsprechende Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung zu erarbeiten sowie eine gegenseitige Anerkennung akademischer Qualifikationen unumgänglich sein.

Der bislang beschrittene Weg, möglichst allen Ärzten die notwendigen sexualmedizinischen Kenntnisse auf Fortbildungsveranstaltungen zu vermitteln, ohne daß es dafür spezieller, systematisch gegliederter, der Komplexität des Themas gerecht werdender Richtlinien bedurfte, hat bisher nicht zum gewünschten Erfolg geführt.

Vor dem Hintergrund empirisch gestützter Analysen von Prävalenz und Behandlungsbedarf für die sexualmedizinisch relevanten Störungsbilder wird die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung für notwendig gehalten. Die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Ausbildungsinhalte werden getrennt nach Kenntnissen, Einstellungen/Erfahrungen und Fertigkeiten dargestellt und zu Empfehlungen für Richtlinien einer entsprechenden Weiterbildung zusammengefaßt. Auf diesem Wege soll nicht nur ein Beitrag zur Therapie, sondern auch – im Rahmen der Präventivmedizin – zur öffentlichen Gesundheitsförderung und Gesundheitspflege geleistet werden.

*Schlüsselwörter:* Sexualmedizin, Sexualtherapie, Diagnostik, Ärztliche Ausbildung

\* Arbeitsergebnisse einer auf Initiative der Akademie für Sexualmedizin unter Leitung von Professor H.-J. Vogt (München) gebildeten Kommission von Vertretern verschiedener medizinischer Disziplinen (Dermatologie, Gynäkologie, Urologie, Sexualmedizin, Endokrinologie, Psychotherapie, Pädiatrie, Rechtsmedizin) mit der Aufgabenstellung, die erforderlichen Lerninhalte einer Weiterbildungsordnung in Form eines Qualifikations- und Anforderungskataloges für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ zusammenzustellen.

**Abstract**

The diagnosis and therapy of sex and relationship disorders are an integral part of our medical calling. There is a discrepancy between the obviously increasing public demands for appropriate medical care and the treatment offered.

In many European countries specialized academic training in sexual medicine/sexology is already established. Coinciding with the process of integration within the European Union (EU) a harmonization of basic health policy guidelines concerning specialized training programmes as well as mutual recognition of academic qualifications will be inevitable.

To date many medical doctors have received some general sexological training, but without any special, systematically structured training programmes which could do justice to the complexity of the subject. This method of integrating sexology into the general medical care system cannot be considered as effective. On the basis of an empirically supported analysis of prevalence and requests for treatment concerning any sexologically relevant disorders the introduction of a postgradual specialization in sexual medicine is called for. The necessary diagnostic and therapeutic issues of training are structured and divided into knowledge, attitudes/experiences and skills. Combined, they form the basis of guidelines for an adequate advanced course of special training. This concept is not only meant as a contribution to therapy, but is also aimed at preventive medicine and at public health support and health care in general.

*Key words:* Sexual Medicine, Sexual Therapy, Diagnostics, Medical Education

Sexuelle Probleme und Konflikte haben in anderen europäischen Ländern seit vielen Jahren ärztliches Interesse geweckt und gehören dort zum Aufgabenbereich ärztlichen Handelns. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Europäischen Union (EU) ist für Ärzte eine Niederlassung in allen Mitgliedsländern der EU grundsätzlich möglich. Formal muß europaweit eine Harmonisierung der entsprechenden Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung erfolgen sowie für die Niederlassung die gegenseitige Anerkennung akademischer Qualifikationen gewährleistet sein.

In den meisten europäischen Ländern gibt es entsprechend den bereits 1975 veröffentlichten WHO-Richtlinien (vgl. Haeberle 1993) anerkannte universitäre Ausbildungsgänge in Sexualmedizin/Sexology (s. im Überblick Haeberle 1995). Da sich in den deutschsprachigen Ländern noch keine vergleichbaren Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula durchgesetzt haben, besteht ein zwingender Handlungsbedarf.

Die Bundesrepublik Deutschland steht nicht nur aus diesen europapolitischen Überlegungen heraus, sondern auch aus wissenschaftshistorischen Gründen in einer doppelten Pflicht: Die ärztlichen Begründer der Sexualwissenschaft – Bloch, Hirschfeld, Marcuse und Moll – wirkten in Berlin. Diese medizinische Tradition wurde durch die nationalsozialistische Ära in Deutschland radikal unterbrochen und erst seit den fünfziger Jahren wiederbelebt (vgl. hierzu Haeberle 1983; Eicher 1991b) – verbunden vor allem mit den Namen von Gebssattel, Bürger-Prinz, Giese (Psychiatrie), Hallermann (Gerichtliche und soziale Medizin), Borelli (Dermatologie/Andrologie) und Prill (Gynäkologie). Die 1949 gegründete Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung widmete und widmet sich menschlicher Sexualität in einem breiten Kontext unter zunehmender Betonung sozialwissenschaftlicher und -politischer Aspekte. Deshalb, und weil im Laufe der vergangenen zwanzig Jahren immer mehr Patienten mit sexuellen Störungen sich vermehrt an ärztliche Kollegen wandten und fachlich kompetenten Rat und Hilfe erbat, wurden 1976 von engagierten Ärzten (Eicher, Vogt, Herms, Conrad) die Heidelberger Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin ins

Leben gerufen und 1978 (Molinski, Wille) die Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin (GPS) gegründet. Aus den Heidelberger Veranstaltungen gingen insgesamt 16 Bände „Praktische Sexualmedizin“ (1976 – 1993) hervor, die alternierend von Eicher, Vogt, Herms und Conrad herausgegeben wurden; die Mitteilungen der GPS enthalten die Vorträge der wissenschaftlichen Jahrestreffen (1980 – 1993). Es erschienen erste Hand- und Lehrbücher für Sexualmedizin (Eicher 1975; Sigusch 1975; Bräutigam 1977; Eicher 1980; Kockott 1988a;b;c), die sich direkt an Ärzte wandten. Dieses vielfältige Bemühen erreichte jedoch nicht in ausreichendem Maße die Ärzteschaft und kam damit auch nur einem Bruchteil der Patienten\* zugute: Eicher (1991a) geht von einer Zahl von rund 2500 Ärzten aus, die insgesamt an den Heidelberger Fortbildungen teilnahmen.

In der damaligen DDR gab es seit 1962 zweijährliche sexualmedizinische Fortbildungen in Rostock und von Aresin und Günther (1983) ein erstes Lehrbuch für Sexualmedizin. Auch hier wurden nur wenige Interessierte erreicht, die akademische Basis für Aus- und Weiterbildung blieb schmal. Unter Berufung auf diese ärztliche Unterversorgung weist Eicher darauf hin: „Da es den Ärzten seit zwanzig Jahren nicht gelingt, den Bedarf an kompetenter Sexualberatung und -therapie zu decken, ist es nicht verwunderlich, daß immer mehr Psychologen sexualtherapeutische Interventionen erbringen, von Patienten deshalb aufgesucht werden und selbst von Ärzten Ratsuchende überwiesen bekommen“ (Eicher 1991a, S. 284).

Sexualität, Geschlechtlichkeit und Partnerschaft sind wesentlicher Bestandteil menschlichen Lebens und Erlebens, potentielle Quelle von Glück und Unglück, von Wohlbefinden und Krankheit. Störungen in diesem Bereich machen den Menschen zum Leidenden, zum 'homo patiens' und sind damit genuines Aufgabenfeld einer sich dem ganzen Menschen verpflichtet fühlenden, anthropologisch reflektierten Medizin (vgl. Wille 1994). Diagnostik, Verlaufsbeobachtung und Behandlung sexueller und geschlechtlicher Störungen gehören zum ärztlichen Heilauftrag. Dies nicht zuletzt deshalb, weil sich Menschen mit sexuellen Problemen zunächst an den Arzt wenden.

Alle bisherigen Ergebnisse sexualwissenschaftlicher Forschung und die umfangreichen Erfahrungen sexualmedizinischer Praxis haben zur Folge, daß man heute nicht mehr nur auf Hypothesen über Sexuelles angewiesen ist. Heute liegt international längst ein umfangreicher Fundus an naturwissenschaftlich begründeten Erkenntnissen über sexuelle Funktionsabläufe, deren Störungen und deren adäquate Therapie vor.

Die komplexen Verflechtungen der organischen, psychischen und sozialen Wurzeln für die Ausreifung der individuellen Sexualität spiegeln sich wider in der Vielzahl der Störmöglichkeiten der sexuellen Funktionen und des Sexualverhaltens. Daher ist jeder praktizierende Arzt in unterschiedlicher Häufigkeit gefordert, seinen Patienten auch auf sexualmedizinischem Gebiet Hilfe zu bieten. Neben dem Hausarzt wenden sich Frauen vor allem an ihren Gynäkologen, Männer an andrologisch tätige Dermatologen, Urologen und andere Fachärzte.

Um sowohl den zunehmend aus der Bevölkerung an die Medizin gerichteten Behandlungserwartungen zu entsprechen, als auch den gesundheitspolitischen Erfordernissen des

\* Formulierungen wie Patienten, Ärzte, Therapeuten etc. beziehen sich in gleicher Weise auf beide Geschlechter.

Europäischen Einigungsprozesses gerecht zu werden und damit die Chancengleichheit der deutschen Ärzteschaft zu wahren, wurde im April 1993 von sexualmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten die „Akademie für Sexualmedizin“ ins Leben gerufen. Ihr vorrangiges Ziel ist die Förderung der sexualmedizinischen Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft, in deren Konsequenz die Einführung der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung angestrebt wird.

### **Sexualmedizinische Problemfelder und Störungsbilder**

Sexuelle Störungen haben einen direkten Krankheitswert und bringen oft eine Gefährdung der Partnerschaft mit sich. Sowohl Symptomträger als auch ihre Partner erfahren zum Teil eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität bis hin zur Existenzkrise. Konflikte im Partnerschafts- und Sexualverhalten können dann auch indirekt psychosomatische Störungen und Erkrankungen bedingen, welche wiederum zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungskapazität führen.

Umgekehrt bewirken eine Anzahl von somatischen Erkrankungen zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens. Dies kann entweder über die Störung sexueller Funktionen durch die Grunderkrankung selbst geschehen oder als Nebenwirkung von Behandlungsmaßnahmen.

Neben einer endokrinologisch fundierten Kontrazeptionsberatung einschließlich aller Alternativen (z.B. natürliche oder Barrieremethoden) lassen sich 4 für die Sexualmedizin bedeutsame Aufgabenfelder unterscheiden, deren Störungsbilder im folgenden hinsichtlich ihrer Manifestationsformen und Verbreitung näher beschrieben sowie mit dem Verweis auf die jeweils entsprechenden Verschlüsselungen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) und DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) versehen werden:

1. Sexuelle Funktionsstörungen (in der ärztlichen Sprechstunde haben diese zweifelsohne die größte Bedeutung)
2. Sekundäre Störungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens als direkte oder indirekte Folge anderer Grunderkrankungen
3. Geschlechtsidentitätsstörungen
4. Störungen des soziosexuellen Verhaltens (Sexualdelinquenz, Paraphilien).

#### **1. Sexuelle Funktionsstörungen**

##### *Prävalenz sexueller Dysfunktionen*

Eine Metaanalyse, die 23 Studien mit sowohl Zufalls- als auch klinischen Stichproben auswertete (Spector 1990), fand eine Prävalenz weiblicher Orgasmusstörungen von 5-10%, erektiler Dysfunktionen von 4-9% und von vorzeitigem Orgasmus (Ejaculatio praecox) von 36-38%. Von Interesse sind auch die jüngst publizierten Ergebnissen der Massachusetts Male Aging Study (MMAS), weil die Daten an einer repräsentativen nicht-klinischen Stichprobe gewonnen wurden: Bei insgesamt 1290 untersuchten Männern einer im übrigen westeuropäischen Verhältnissen vergleichbaren Population in Boston und Umgebung zeigte sich, daß insgesamt 52% der Männer zwischen 40 und 70 Jahren zumindest eine

gering ausgeprägte erektile Dysfunktion und 9,6% sogar eine vollständige Erektionsstörung beklagten (Feldman 1994). Wenn man davon ausgeht, daß sich die Struktur der Alterspyramide in den kommenden Jahren zu den höheren Altersgruppen verschieben wird, steht die Relevanz der erektilen Dysfunktion für die medizinische Versorgung außer Frage (vgl. Sohn 1994b).

Weitaus schwerer einschätzbar ist die Prävalenz sexueller Probleme bei Frauen. Gerade im Hinblick auf Orgasmusstörungen wird man den in den letzten beiden Jahrzehnten stark angewachsenen Stellenwert der Masturbation für die weibliche Sexualität berücksichtigen müssen (vgl. Brütigam 1989, S. 94), so daß die Angabe von Gebhard (1966) mit 16 % (verheirateter) anorgastischer Frauen heutigen Verhältnissen nicht mehr entsprechen dürfte, andererseits aber eine Häufigkeit von etwa 5 – 10 % erwartet werden kann (vgl. Kaplan 1974, Frenken 1976, Arentewicz 1980, Garde 1980, Schnabl 1983). In einer normalen gynäkologischen Klientel fand Raboch (1994) 10% anorgastische Frauen.

Sieht man einmal davon ab, daß in allen bekannten Analysen kein Aufschluß über die Kombination verschiedener Arten von sexuellen Funktionsstörungen (z.B. vorzeitiger Orgasmus und Erektionsstörungen), über das Auftreten von Problemen bei beiden Partnern oder den Zusammenhang zwischen sexuellen Schwierigkeiten und der Partnerschaft gegeben wird, so sind doch die bisherigen Angaben zur Häufigkeit der verschiedenen sexuellen Funktionsstörungen in der Allgemeinbevölkerung oder in klinischen Populationen Grund genug, von einem erheblichen Handlungsbedarf sowohl im Medizinstudium als auch im ärztlich-diagnostischen und therapeutischen Bereich auszugehen (Pacharzina 1975; Loewit 1983; Ludewig 1987). Dies bekräftigen auch Erhebungen bei niedergelassenen Ärzten: In einer Befragung von Allgemeinärzten in der Schweiz schätzten ein Viertel der Ärzte den Anteil ihrer Patienten, die auch sexuelle Störungen haben, auf über 10 % (Buddeberg 1981).

#### *Systematik sexueller Dysfunktionen*

Eine Systematik für die verschiedenen Symptombilder bei sexuellen Funktionsstörungen ergibt sich aus der hauptsächlich betroffenen Phase innerhalb der sexuellen Reaktion. Ausgehend von den physiologischen Untersuchungen von Masters und Johnson (1966) wurden verschiedene Einteilungsvorschläge unterbreitet.

So haben Eicher (1975; 1980; 1988; Herms 1989) für die Störungsbilder bei der Frau (1. Libidostörungen, 2. Orgasmusstörungen, 3. Vaginismus, 4. Algopareunie, 5. Polysymptomatische Dysfunktion) sowie Vogt (1980) für die beim Mann (1. Libidostörungen, 2. Erektionsstörungen, 3. Orgasmusstörungen, 4. Ejakulationsstörungen, 5. Algopareunie) klinisch praktikable Unterteilungen vorgeschlagen.

Für die international verbindlichen Klassifikationssysteme ICD-10 (WHO 1993) und DSM-IV (APA 1994) wurde das triphasische Konzept von Kaplan (1974) zugrundegelegt. Sie unterscheidet die (a) 'Lust-Appetenz-Phase' von der (b) 'Erregungs-Phase' und einer (c) abschließenden 'Orgasmus-Phase', was folgende Einteilung nach sich zieht:

(a) *Appetenzstörungen* (ICD-10: F52.0; DSM-IV: 302.71, 302.79)

Gefühle von Lustlosigkeit, sexueller Desinteressiertheit bis hin zu einer aversiven Vermeidung sexuell gestimmter Situationen kommen sowohl bei Männern (allerdings eher selten) als auch bei Frauen vor. Nach einer einschlägigen Multicenter-Studie (Mears 1978) findet sich eine allgemeine sexuelle Lustlosigkeit bei etwa 50 % der in Familienplanungszentren

ratsuchenden Frauen, aber nur bei 10 % der Männer. Neuere Daten (Spector 1990) deuten jedoch darauf hin, daß derartige Störungsbilder bei Männern zunehmen. Hierbei kann es sich (seltener) um primäre, häufiger aber um sekundäre Appetenzstörungen als Folgen ursprünglicher Orgasmusschwierigkeiten bzw. Erektionsstörungen handeln (vgl. Bancroft 1985; Kockott 1988a).

*(b) Erregungsstörungen (ICD-10: F52.2; DSM-IV: 302.72)*

Diese äußern sich bei Männern als Erektionsstörung. Trotz sexueller Appetenz reicht die Gliedversteifung nicht für eine Kohabitation bzw. sie bleibt völlig aus. Ein Drittel bis fast die Hälfte aller männlichen Patienten, die wegen sexueller Probleme professionelle Hilfe suchen, klagen über Erektionsstörungen (vgl. Mears 1978; Schnabl 1983).

Bei Frauen äußern sich Erregungsstörungen physiologisch als Ausbleiben der Lubrikation trotz sexueller Lustgefühle. Wie auch bei der männlichen Erektionsstörung ist dieses Ausbleiben der körperlichen Reaktion mit einem Gefühl der Enttäuschung verbunden, gerade weil bewußt keine sexuelle Aversion erlebt wird und damit die Erregungsstörung indirekt auch die sexuelle Appetenz betrifft.

*(c) Orgasmusstörungen (ICD-10: F52.3, F52.4; DSM-IV: 302.73-75)*

Beeinträchtigungen der Orgasmusphase führen beim Mann zum völligen Ausbleiben des Orgasmus (Anorgasmie), zum vorzeitigen (Orgasmus praecox; ungenau Ejaculatio praecox genannt) oder zum verzögerten (Orgasmus retardatus) Orgasmus (vgl. Vogt 1992a; 1993), bei der Frau hingegen meist zu völligem Ausbleiben des Orgasmus (Anorgasmie). Bei diesen Orgasmusschwierigkeiten – sowohl des Mannes als auch der Frau – ist eine Orientierung an quantifizierenden Kriterien für die Störung wenig sinnvoll. Entscheidend ist die subjektive Bewertung des Orgasmuserlebens, das von Schuld- oder Inferioritätsgefühlen gegenüber der Partnerin/dem Partner überlagert sein kann: Der subjektive Leidensdruck und oft auch die Partner-, Situations- und Stimmungsabhängigkeit der Symptomatik kann sehr verschieden sein, was besonders bei den Orgasmusschwierigkeiten der Frau der Fall ist. Gerade bei Orgasmusstörungen ist es wichtig, wegen der großen Variabilität individueller Erlebens nicht vorschnell zu pathologisieren.

*(d) Besondere Störungsbilder*

Nicht in die bisherige Einteilung (a-c) integrierbar ist der Vaginismus (ICD-10: F52.5; DSM-IV: 306.51), über den bis zu 20% der Frauen mit sexuellen Problemen klagen (zur Epidemiologie vgl. Mears 1978; Spector 1990); dabei kommt es zur reflexartigen Verkrampfung des äußeren Drittels der Scheide und der Beckenbodenmuskulatur beim Versuch, das Glied einzuführen (in schweren Fällen auch des eigenen Fingers oder eines Tampons bzw. Spekulum bei der gynäkologischen Untersuchung). Diese Frauen sind oft in ihrer sexuellen Appetenz und Orgasmusfähigkeit unbeeinträchtigt, sofern sie sicher sind, daß eine Penetration nicht versucht wird (Eicher 1980; 1988; Herms 1989).

Die Dyspareunie (ICD-10: F52.6; DSM-IV: 302.76) läßt sich bei Frauen in eine externe (an den äußeren Genitalien und am Scheideneingang lokalisierte) und eine interne Form (welche besonders von der Portio ausgeht) aufteilen. Die Schmerzen beim Koitus sind so stark, daß die weitere sexuelle Stimulation blockiert wird und bei wiederholten (schmerzhaften) Koitusversuchen die Frau mitunter sogar eine Appetenzstörung beziehungsweise einen Vaginismus entwickelt. Klärende Übersichten über die häufigsten Ursachen externer und interner Dyspareunie der Frau finden sich bei Hertoft (1989) und Eicher (1991c); Prävalenzschätzungen in unausgelesenen Stichproben reichen von 8 – 20% (Spector 1990). Dyspareunie (Algopareunie) kann bei Männern z.B. durch eine Phimose oder ein Frenulum

breve bedingt sein, was beides operativ relativ leicht zu korrigieren ist. Schmerzen beim Koitus können weiterhin durch Wunden oder Narben am Penis bzw. infolge von Infektionen oder Reizungen der Glans penis und des Präputiums entstehen (z.B. sekundäre Pilzinfektionen, Allergien u.ä.) sowie auch anorektale Ursachen haben (Vogt 1992b). Eine weitere Besonderheit beim Mann ist die retrograde Ejakulation mit Samenerguß in die Blase. Das Orgasmuserleben ist hier nicht beeinträchtigt und meist besteht kein psychischer Leidensdruck, es sei denn bei bestehendem Kinderwunsch. Die retrograde Ejakulation hat körperliche Ursachen, entweder primäre oder sekundäre (postoperative, z.B. nach transurethraler Prostata-Resektion).

## **2. Sekundäre Störungen des sexuellen und geschlechtlichen Erlebens und Verhaltens als direkte oder indirekte Folgen einer anderen Grunderkrankung**

Beinahe alle medizinisch-klinischen Fächer betreuen Patienten, bei denen es infolge verschiedener Erkrankungen auch zu sexuellen Störungen kommen kann. Nicht im ICD-10, aber im DSM-IV findet sich entsprechend (allerdings erst neu aufgenommen) die Kategorie „Sexual Dysfunction Due to a General Medical Condition“ mit einer Einteilung, die sich nach der jeweils hauptsächlich betroffenen sexuellen Funktion richtet (DSM-IV: 625.0, 625.8, 607.84, 608.89). Im Vordergrund der Betreuung dieser Patienten steht die Erhaltung bzw. Wiederherstellung vitaler Funktionen. Heilung oder Linderung orientiert sich jedoch stets auch auf ein bestimmtes (im Rahmen der Krankheit mögliches) Maß von Lebensqualität. In Anbetracht der Tatsache, daß der Patient immer auch ein Mensch mit partnerschaftlichen und sexuellen Bedürfnissen ist, darf diese Dimension bei der Behandlung der Erkrankung nie aus dem Blick verloren werden. Sicher werden sich Einschnitte in das sexuell-partnerschaftliche Erleben mitunter nicht umgehen lassen. Die Abwägung der Möglichkeiten und Risiken im kollegialen Miteinander mit dem klinischen Spezialisten, die Vorbereitung und Betreuung des Patienten in derartigen Situationen, die Bereitstellung spezieller Hilfen zur Minderung oder Überbrückung sexuellen Leidens, die Erarbeitung alternativer Möglichkeiten zur Gestaltung partnerschaftlicher Sexualität gemeinsam mit dem Patienten und möglichst seinem Partner – das alles wären Aufgaben des in diesen Fällen konsiliarisch tätigen oder mitbehandelnden Sexualmediziners.

Im Folgenden sollen kurz und nur *beispielhaft ausgewählte* Krankheitsbilder aus einigen klinischen Fächern angesprochen werden, bei denen eine Beeinträchtigung der *vita sexualis* bekannt ist.

### *Pädiatrie*

Alle mit dauernder körperlicher und/oder geistiger Behinderung einhergehenden angeborenen oder erworbenen Krankheiten und Syndrome können in der Adoleszenz und nachfolgend im Erwachsenenalter auch zu Problemen im Erleben der Geschlechtlichkeit, Partnerschaft und Sexualität führen. Die betroffenen Kinder erleben spätestens in der Pubertät spezifische Probleme in der Aufnahme sexueller Beziehungen. Die genetisch und/oder pränatal-hormonell bedingten Intersex-Syndrome werden dabei insofern besondere Beachtung finden müssen, als es sich hier um Erkrankungen handelt, die direkt in die sexuellen Funktionen und teilweise auch in den Bereich der geschlechtlichen Identität eingreifen.

Zwar hat die naturwissenschaftlich fundierte Sexuologie eine Fülle von Kenntnissen über die Entwicklung der Geschlechtsidentität aus dem Studium dieser Erkrankungen gewonnen, die international bereits in die pädiatrische Betreuung dieser Patienten einfließen; im europäischen und speziell im deutschen pädiatrischen Klinikalltag ist für die Bearbeitung dieser Problematik bislang aber noch zu wenig Raum. Schließlich bedarf die Pädiatrie sexualmedizinischer Kompetenz bei der Erkennung und Behandlung sexuell mißbrauchter Kinder. Deren Zahl muß mindestens auf 10 bis 15 % aller Kinder geschätzt werden (Frenken 1988; Kinzl 1993). Allzuoft werden hier entweder Anzeichen sowohl übersehen als auch überinterpretiert; nicht selten kommt es auch durch selbsterklärtes Expertentum zu weiteren (und vermeidbaren) Traumatisierungen (Fegert 1993).

Aber auch die sogenannte „normale Entwicklung“ bedarf der Begleitung: Die Ausdehnung der pädiatrischen Fachgebieten auf das Jugendalter schließt jetzt mit der Pubertät die sensibelste und stör anfälligste Periode geschlechtlicher und sexueller Entwicklung in die kinderärztliche Betreuung ein; insbesondere unter (primär-)präventiven Gesichtspunkten ist dies eine äußerst wichtige Aufgabe, die sich ohne Orientierung an aktuellen empirischen Daten über das Sexualverhalten Jugendlicher kaum bewältigen läßt.

#### *Innere Medizin*

Der hohe Prozentsatz von Männern mit Erektionsstörungen beim Diabetes mellitus ist in vielen Veröffentlichungen immer wieder hervorgehoben worden (bis zu 80% nach 10 Jahren Krankheitsdauer; Block 1982; Lehman 1983; House 1986; Schramek 1988; Lustman 1990; Wang 1993). Auch bei weiblichen Patienten mit Diabetes mellitus wurden Störungen des sexuellen Erlebens beschrieben (Jensen 1985). Diese Störungsrate erhöht sich noch bei der nicht seltenen Kombination von Hypertonus und Diabetes (Zemel 1988; Hamilton 1990). Andere Endokrinopathien, insbesondere Störungen des Sexualhormonhaushaltes (auch bei genetisch bedingten Leiden) können mannigfache Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten haben (Money 1977; Vogt 1980). Beim Hypertoniker sind sexuelle Funktionen darüber hinaus häufig im Gefolge der antihypertensiven Therapie, zumal mit Beta-Rezeptorenblockern, aber auch als Folge der Angiopathie beeinträchtigt (Stevenson 1984; Hsueh 1988; Scharf 1989; Kligman 1989; Birbari 1992). Bei der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz kommt es ebenfalls oft zu sexuellen Funktionsstörungen, die nicht selten nach erfolgter Nierentransplantation bestehen bleiben, wobei die Mechanismen der Störung angiopathisch, hormonell, toxisch oder psychosomatisch bedingt sein können (Burns 1979; Mastrogiacomo 1984; Rodger 1985). Die Betreuung von (meist älteren) Patienten mit chronisch-ischämischer Herzkrankheit bzw. Myokardinfarkt verlangt sexualmedizinische Kompetenz insbesondere während der Rehabilitation: Einerseits müssen diffuse (und mitunter tatsächlich streßverstärkende) Sorgen bezüglich einer Gefährdung durch sexuelle Aktivität aufgefangen werden, andererseits aber sind die Grenzen körperlicher Belastbarkeit auch mit Blick auf die individuelle Sexualität zu beurteilen und im Behandlungsplan therapeutisch zu berücksichtigen (Scheingold 1976; Halhuber 1977; Cyran 1990; Weizman 1991; Hertzzeanu 1993).

#### *Chirurgie*

Sexuelle Störungen können Folgen größerer Eingriffe im Bauch- und Beckenraum sein (insbesondere in der Gefäß-, Unfall-, aber auch der Tumorchirurgie), wobei dies zum einen auf unmittelbare Funktionsbeeinträchtigungen durch Schädigung von Nerven- und Gefäß-

bahnen der Genitalregion zurückgeht, zum anderen können aber auch indirekt das sexuelle Erleben und die Partnerschaft z.B. durch Anlage eines Anus praeter gestört sein (Fasth 1978; Danzi 1983; La Monica 1985; Santangelo 1987; Nijman 1987; Yasutomi 1988; Hojo 1989; Haering 1990; Scaglia 1992). Vor allem gefäßchirurgische Eingriffe im aorto-iliakalen Stromgebiet gehen häufig mit sexuellen Funktionsveränderungen einher (Weinstein 1975; Miles 1982; Oshiro 1984; Thetter 1984).

#### *Urologie*

Zum genuinen Aufgabenfeld der Urologie gehört die Behandlung funktionsbeeinträchtigender anatomischer Abweichungen des Penis sowie auch der Induratio penis plastica (Peyronie-Krankheit). Dabei ist das erste Symptom der Peyronie-Krankheit oft ein Schmerz bei der Erektion, der so stark sein kann, daß ein Koitus dadurch unmöglich wird. Weitere wichtige – mit sexuellen Funktionsstörungen verbundene – urologische Krankheitsbilder sind der Priapismus bzw. die Fibrosierung der Corpora cavernosa und die verschiedenen Formen arteriell oder venös bedingter unzureichender Blutdruckverhältnisse im Schwellkörper, was gerade bei älteren Männern von großer Bedeutung sein dürfte und meist im Zusammenhang mit der Grunderkrankung bzw. genereller altersbedingter Veränderungen der Blutgefäße (Arteriosklerose) steht (Ebbehøj 1989). Der Urologie kommt seit Beginn der 80er Jahre das Verdienst zu, den wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Physiologie der Erektion wesentlich erweitert und in entsprechende Untersuchungsverfahren umgesetzt zu haben. Sowohl die penile arterielle Strombahn als auch die Bestimmung der venösen Abflußverhältnisse des Penis gehören zur urologischen Routinediagnostik. Zunehmend werden in der Urologie nun auch interdisziplinäre Ansätze in Diagnostik und Therapie erkennbar, welche nicht mehr in den Streit 'psychogen' versus 'somatogen' verursachter Erektionsstörungen verstrickt sind, sondern eine 'ganzheitlich-psychosomatische' Orientierung aufnehmen (Krauss 1990, Sohn 1994b).

#### *Neurologie/Psychiatrie*

Sexuelle Störungen im Gefolge von Querschnittslähmungen, aber auch von Neuropathien sind regelmäßig zu beobachten (Comarr 1978). Anfallsleiden können hingegen nicht nur unmittelbar, sondern auch durch die notwendige antikonvulsive Therapie zu einer funktionell und psychisch beeinträchtigten Sexualität führen (Geschwind 1983; Morell 1991). Bei Zustand nach zerebralen Ischämien können sexuelle Funktionsstörungen auch nach erfolgreicher Rehabilitation weiterbestehen, da sie in diesem Zusammenhang selten problematisiert werden (Cosleet 1986). Ähnliches gilt beim Lumbago bzw. beim Bandscheiben-Prolaps, wo Beratungen meist schon ausreichend wären: Arzt und Patient haben aber häufig Schwierigkeiten, dieses Thema anzusprechen.

Ganz unbestritten sind die großen psychiatrischen Krankheitsbilder (schizophrene Psychosen, endogene Depressionen) auch mit Störungen des sexuellen und/oder geschlechtlichen Verhaltens vergesellschaftet (Schorsch 1967; Arieti 1975). Die notwendige medikamentöse Therapie beeinträchtigt nicht selten zusätzlich das sexuelle Erleben der Patienten (Kotin 1976; Watanabe 1978; Harrison 1986; Pfeiffer 1991; Balon 1993).

#### *Gynäkologie und Geburtshilfe*

Die reproduktive Seite der Sexualität birgt eine Vielzahl von Konflikten, etwa beim unerfüllten Kinderwunsch einerseits und der ungewollten Schwangerschaft andererseits.

Spätestens seit der gesetzlichen Festlegung (Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom Juli 1992, BGBl. I 4.8.1992, S. 1398) einer Beratungspflicht für Frauen in Schwangerschaftskonfliktsituationen, aber generell auch für Männer hinsichtlich der Kontrazeptionsberatung, ist deutlich, daß die Medizin sich keineswegs auf die rein somatische Seite der Reproduktion beschränken kann. Eine Reihe von Frauen mit Störungen, deren Wurzeln (auch oder ausschließlich) in ihrer *vita sexualis* liegen, suchen den Gynäkologen auf. Neben dem Vaginismus und der Dyspareunie (Walthard 1909; Eicher 1975; Eicher 1980; Sandberg 1987) seien hier vor allem rezidivierende Scheideninfektionen mit *Candida albicans* oder Trichomonaden genannt, bei denen die Mitverursachung durch psychosexuelle Störungen bekannt ist (Molinski 1983; Rechenberger 1994). Die im Gefolge gynäkologisch-operativer Eingriffe (Ablatio mammae, Hysterektomie) auftretenden sexuellen und partnerschaftlichen Probleme der Frau bedürfen sexualmedizinischer Begleitung (Buddeberg 1985; Andersen 1989; Eicher 1993). Gleiches gilt für Frauen mit sexuellen Dysfunktionen bei Harninkontinenz (Sutherst 1980).

#### *Dermato-Venerologie*

Sämtliche venerischen Infektionen einschließlich HIV/AIDS zwingen zur Auseinandersetzung mit dem jeweils individuellen sexuellen Verhalten bei den betroffenen Patienten und ihren Partnern. Der behandelnde Arzt wird um Rat und Hilfe gefragt nicht nur zu Verlauf und Auswirkungen der Erkrankung, sondern auch zu einem ihr angemessenen (Sexual-)Verhalten. Gleiches trifft auf eine Vielzahl nichtinfektöser Genital- und Analerkrankungen zu. Wegen der Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie aller die Genito-Anal-Region betreffenden Erkrankungen hat sich die Andrologie in der Dermato-Venerologie entwickelt. Hier handelt es sich nicht nur um Fragen der Zeugungsfähigkeit und ihrer Störungen einschließlich der psychosomatischen und psychosozialen Implikationen, sondern auch um Sexualstörungen. Während in anderen Disziplinen hierunter vor allem Erektionsstörungen verstanden werden, hat sich die Dermato-Venerologie von Anfang an auch Libido-, Orgasmus- und Ejakulationsstörungen gewidmet (Bloch 1914; Borelli 1960; Vogt 1980). Viele Ursachen für die Algopareunie (Dyspareunie) des Mannes (und auch der Frau) werden vom Dermatologen aufgedeckt (Vogt 1992b).

### **3. Geschlechtsidentitätsstörungen**

Die menschliche Geschlechtsidentität, d.h. das überdauernde Gefühl der Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht, ist das Ergebnis eines interaktionalen Entwicklungsprozesses, in dem biologische, psychische und soziokulturelle Bedingungen im Regelfalle so zusammenwirken, daß Kongruenz zwischen chromosomalem, gonadalem, hormonalem, gonoduktalem, genitalem, zerebralem und sozialem Geschlecht und Geschlechtsidentität besteht. Diskordanzen zwischen den verschiedenen Ebenen der Geschlechtszugehörigkeit imponieren in der klinischen Praxis entweder als morphologische Intersex-Syndrome (mit oder ohne Störung der Geschlechtsidentität) oder aber als 'reine' Störungen der Geschlechtsidentität. Die schwerste Form der Geschlechtsidentitätsstörung ist der Transsexualismus (ICD-10: F64.0; DSM-IV: 302.6, 302.85), dessen Häufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland ungefähr 2 auf 100.000 Erwachsene beträgt (Osburg 1993). Der Transsexualismus ist gekennzeichnet durch die dauerhafte tiefere

Gewißheit, 'eigentlich' dem anderen Geschlecht anzugehören, verbunden mit der Ablehnung der körperlichen Merkmale des angeborenen Geschlechts und dem dringenden Wunsch, soweit als möglich die körperliche Erscheinungsform des Identitätsgeschlechts anzunehmen und in dessen Rolle zu leben (vgl. Benjamin 1966; Eicher 1992).

Ärzte werden auf vielfältige Weise mit Problemen geschlechtsidentitätsgestörter Patienten konfrontiert: Diese (bzw. ihre Eltern oder Partner) wenden sich an sie entweder mit der Bitte um Beratung, zunehmend aber auch mit der Forderung nach konträrgeschlechtlicher hormoneller Behandlung und/oder Durchführung von bzw. Vermittlung zu geschlechtsverändernden operativen Maßnahmen. Weiterhin ergehen von den zuständigen Amtsgerichten Gutachtenaufträge zur Vornamens- und/oder Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz (Bosinski 1994a). Die gegenwärtige Praxis ärztlichen Umganges mit geschlechtsidentitätsgestörten Patienten ist nicht immer zufriedenstellend: Mitunter wird ohne eingehende Differentialdiagnostik dem Ersuchen der Patienten nach hormoneller Behandlung nachgegeben, so daß sich Fälle eines 'iatrogenen Transsexualismus' entwickeln. Operateure sind unsicher, ob die erbetenen geschlechtstransformierenden Eingriffe auch tatsächlich ausreichend indiziert sind. Sexualmedizinische Kompetenz ist angesichts der schwerwiegenden und irreversiblen Konsequenzen geschlechtstransformierender Eingriffe dringend erforderlich und verlangt die Beherrschung der Diagnostik und vor allem der Differentialdiagnostik von Geschlechtsidentitätsstörungen sowie die Kenntnis der dementsprechend verschiedenen therapeutischen Optionen. Weit häufiger als der Transsexualismus sind beispielsweise transvestitisch-fetischistische Symptombilder (ICD-10: F64.1, F65.1, F66.1; DSM-IV: 302.3), bei denen auch passagere Umwandlungswünsche bestehen können (vgl. Becker 1994; Bosinski 1994b).

#### 4. Störungen des soziosexuellen Verhaltens: Sexualdelinquenz, Paraphilien

Als klinisch bedeutsam und theoretisch aufschlußreich hat sich die Beschäftigung mit abweichendem – und das bedeutet nicht selten inkriminiertem – Sexualverhalten erwiesen, auch wenn dessen Erkenntniswert dem geringfügigen Anteil der Sexualdelinquenz (unter 1%) an der Gesamtdelinquenz nicht entnommen werden kann. So läßt sich das Dunkelfeld strafverfolgbarer sexueller Verhaltensweisen auf das Fünf- bis Zehnfache schätzen (insbesondere beim sexuellen Mißbrauch von Kindern und bei intrafamiliären sexuellen Übergriffen). Entsprechende Hinweise ergeben sich beispielsweise aus den Zahlen der Kriminalstatistik (die aktuellen Daten stammen aus dem Jahre 1991 und beziehen sich noch auf die alten Bundesländer: Alle polizeilich angezeigten Sexualstraftaten = 41.931; ermittelte Tatverdächtige = 20.383; Verurteilte = 6.080). Strafbedrohte sexuelle Übergriffe sogar bis zu 100.000 pro Jahr sind nicht auszuschließen, darüber hinaus gehende Schätzungen entbehren aber einer nachvollziehbaren Grundlage (Volbert 1992). Das jährlich 50 – 100.000fach (meist von Männern) Kindern und Frauen angetane Leid muß sexualmedizinisch äußerst ernst genommen werden und sollte sowohl präventive als auch gezielte therapeutische Schritte nach sich ziehen – für Opfer und Täter. Dabei wird einerseits zu berücksichtigen sein, daß keineswegs jede Sexualstraftat (z.B. exhibitionistische Handlungen) das/die Opfer seelisch traumatisiert und langanhaltende Schäden hinterläßt (Littmann 1992; Fegert 1993), sowie andererseits, daß keineswegs jeder Sexualstraftäter 'automatisch' rückfällig wird (Beier 1995a). Ganz unabhängig von der juristischen Bewertung kommen sexuelle

Übergriffe aus therapeutischer Sicht zunächst als Ausdruck einer gestörten sozialen Funktion von Sexualität in Betracht: Sexualität ist durch ihre – wie auch immer gerichtete – grundsätzliche Partnerbezogenheit gekennzeichnet und auf Wir-Bildung hin angelegt. Mit dieser sozialen Funktion von Sexualität geht aber auch das Risiko ihrer dysfunktionalen Gestaltung einher, was mit strafbaren Handlungen verbunden sein kann und unter soziodynamischer Perspektive ein Verfehlen der durchschnittlich erwartbaren Partnerinteressen zum Ausdruck bringt. Dies wird als Dissexualität („sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen“) definiert (Beier 1994; 1995a), zumal der im angloamerikanischen Sprachgebrauch verbreitete und in die DSM-Nomenklatur eingegangene Begriff ‘Paraphilie’ (Money 1986; 1988) auch alle sexuell abweichenden Verhaltensweisen umfaßt, die kein Sozialversagen implizieren müssen (z.B. Fetischismus oder Koprophilie).

Große praktische Relevanz besitzen die folgenden Störungen des soziosexuellen Verhaltens, die sich auch nach der Intensität der ‘Partnerbezogenheit’ (das Opfer ist aus Sicht des Täters ein ‘Partner’) unterscheiden lassen:

1. Exhibitionismus: visuelle Kontaktaufnahme zu einem Schaupartner (auch Kind) aus der Distanz (ICD-10: F65.2, DSM-IV: 302.40)
2. Frotteurismus: (scheinbar zufällige) körperliche Kontaktaufnahme zu einem potentiell interessanten Partner (auch Kind) z.B. in Menschenansammlungen (ICD-10: F65.8; DSM-IV: 302.89)
3. Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung: aggressive körperliche Kontaktaufnahme zu einem Partner bzw. genitale Vereinigung (auch mit Kind); im ICD-10 und DSM-IV nicht eigenständig erfaßt
4. Pädophilie: vorrangiges Interesse an kindlichem Partner (ICD-10: F65.4; DSM-IV: 302.20)
5. Inzestuöse Handlungen: Ersatzpartnerschaft mit Abhängigen, meist vor dem Hintergrund spezifischer innerfamiliärer Beziehungsmuster; im ICD-10 und DSM-IV nicht gesondert erfaßt.

### **Sexualmedizinische Diagnostik und Therapie**

In Anlehnung an die Curriculum-Planungen für die ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung in Deutschland (vgl. Geyer 1994) ist es sinnvoll, diagnostische und therapeutische Ausbildungsinhalte nach *Kenntnissen*, *Einstellungen/Erfahrungen* und *Fertigkeiten* zu unterscheiden.

#### *Kenntnisse*

Diese betreffen zunächst die theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin einschließlich evolutionsbiologischer und ethologischer Befunde, insbesondere zum Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung, zum Verlauf der psychosexuellen Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsabhängiger Unterschiede, der Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung (Bi-, Homo- und Heterosexualität), der Physiologie der sexuellen Erregung und des sexuellen Vollzuges, zu Soziosexualität und Geschlechtsrollen sowie Zusammenhängen zwischen reproduktivem und sexuellem Verhalten.

Darauf fußend sind besondere Kenntnisse in Krankheitslehre und Differentialdiagnostik (Epidemiologie, Manifestation und Behandlungsmöglichkeiten) bei sexuellen Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität sowie des soziosexuellen Verhaltens (Sexualdelinquenz, Paraphilien) erforderlich.

#### *Einstellungen/Erfahrungen*

Patienten mit sexuellen Problemen versuchen meist sehr vorsichtig auszuloten, ob sie bei ihrem Arzt überhaupt für ihre Sorgen Gehör und Kompetenz finden werden. Sie registrieren dabei sensibel, ob ihr Gesprächspartner im Sinne einer empathischen, teilnehmenden Beobachtung offen ist auch für diese Klagen, oder aber – aus welchen Gründen auch immer – eher dazu neigt, den benötigten ‘atmosphärischen Raum’ nicht zu gewähren, vielleicht ohne es zu merken oder zu wollen. Die auf Seiten des Arztes notwendige Offenheit für sexuelle Störungen ihrer Patienten setzen besondere Erfahrungen und eine Einstellung voraus, welche keineswegs ausschließlich durch die zunehmende Integration psychosozialer Kompetenzen im Medizinstudium oder einer späteren Berufsausübung erreichbar ist – sie wird dadurch bestenfalls ‘angebaut’. Im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ ist es erforderlich, diese Lücke zu schließen, wozu die Reflektion des eigenen Umgangs mit Sexualität durch die Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, einer Balintgruppe sowie Einzel-Supervisionen (von Erstinterviews, Beratungen und Behandlungen) dienen soll. Erst auf der Grundlage einer gegenüber dem Patienten vorurteilsfreien und neutralen, aber empathischen Haltung lassen sich weitere diagnostische und therapeutische Fertigkeiten entfalten.

#### *Diagnostische Fertigkeiten*

Die Diagnostik von sexuellen Problemen verlangt neben einer Erhebung der allgemeinen und der Sexualanamnese sowie der exakten klinischen Untersuchung die kompetente Beurteilung der Ergebnisse aller jeweils erforderlichen labormedizinischen und funktionsanalytischen Untersuchungen. Bei sexuellen Funktionsstörungen wäre dies die korrekte Einordnung der Befunde z.B. der dynamischen Pharmako-Duplexsonographie und der -Cavernosographie oder der nächtlichen penilen Tumescenzmessung (NPT) sowie bei Geschlechtsidentitätsstörungen der endokrinologischen Funktionsdiagnostik und andrologischer bzw. gynäkologischer Zusatzuntersuchungen.

Notwendig ist die Koordination dieser Untersuchungen sowie darüber hinaus vor allem eine detaillierte Exploration sexuellen Erlebens und Verhaltens beim Patienten beziehungsweise beim Paar, dessen sexuelle Beziehung gestört ist (auch wenn nur ein Partner der ‘Symptomträger’ ist).

Von Bedeutung sind dabei die Art des Hauptsymptoms und die Ereignisse bei Beginn des Problems sowie gegebenenfalls frühere sexuelle Störungen, um die biographische Relevanz des aktuellen Symptoms einschätzen zu können. Dem Paargespräch (und der Paardiagnostik) kommt insofern eine besonders große Bedeutung für prognostische und differentialtherapeutische Überlegungen zu, da eine Sexualtherapie ein großes Maß an Kooperation beider Partner erfordert – zumindest im Hinblick auf den beiderseitigen Wunsch nach einer gemeinsamen partnerschaftlichen Perspektive. Diese (Paar-)Voraussetzung ist aber bei den meisten sexuellen Funktionsstörungen gegeben – die Sexuelsymptome sind hier nicht die Folge von tieferliegenden (intrapsychischen) Konflikten, sondern resultieren häufiger aus eher oberflächlichen (erlebnisreaktiven) Quellen, wie z.B. der

angstvollen Erwartung eines Leistungsversagens (s.u.). Andererseits lassen sich sexuelle Funktionsstörungen sowohl bei neurotischen als auch bei psychotischen Patienten finden, wie auch die Partner von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen wiederum neurotisch oder psychotisch gestört sein können. Eine schwere psychopathologische Symptomatik im Sinne einer psychiatrischen Erkrankung bei auch nur einem Partner beeinflusst nicht nur die Sexualfunktion, sondern auch eine Sexualtherapie stark. Das bedeutet nicht, daß in diesen Fällen eine Behandlung ganz unmöglich wäre – nur sind Diagnostik und Therapie dieser (eher seltenen) Fälle nicht durch die Ausbildungsinhalte der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ abgedeckt, sondern setzen entsprechend zusätzliche (insbesondere psychiatrische) Kompetenzen voraus. Aus diesen Gründen ist im Verlauf der Sexualbefunderhebung eine ergänzende Anamnese und Exploration unerlässlich, welche auf Vorhandensein und Art etwaiger psychopathologischer Symptome eingeht. Unverzichtbar ist weiterhin eine körperliche Untersuchung zum Nachweis oder Ausschluß somatischer (Mit-)Ursachen sexueller Funktionsstörungen. Dies verlangt ein Vorgehen nach den Grundsätzen der ärztlichen Sorgfaltspflicht in Kooperation mit entsprechenden Fachkollegen (insbesondere Andrologie, Gynäkologie, Psychiatrie, Endokrinologie, Urologie und Radiologie).

#### *Therapeutische Fertigkeiten*

##### 1. Sexuelle Funktionsstörungen

Unabhängig von der auslösenden Ursache wird jedes Versagen als Ich-Kränkung empfunden. Dies gilt in besonderer Weise auch für sexuelles Versagen. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob eine Sexualstörung primär somatisch oder psychisch verursacht ist. Zwangsläufig kommt es zu einer somato-psychischen bzw. psycho-somatischen Reaktion. Deshalb ist das diagnostische Vorgehen – Anamnese, körperliche Untersuchung, angepaßtes Labor/apparative Methoden – in gleicher Weise wie bei anderen Erkrankungen auch zugleich der Einstieg in die Therapie. So ist z.B. die körperliche Untersuchung für den Patienten das äußere Zeichen dafür, daß der Arzt ihn in seinem körperlichen und seelischen Leidenszustand annimmt – Voraussetzung für eine tragfähige Arzt-Patient-/Patient-Arzt-Beziehung. Nicht selten genügt eine einfühlsame Aufklärung, um z.B. „phallische Irrtümer“ aufzuklären und eine entsprechende Be- und Verarbeitung einzuleiten (Vogt 1980). Auch können in sexualmedizinischen Gesprächen perioperativ z.B. bei Mammaablatio wegen eines Karzinoms (Herms 1977; 1990) oder bei Hysterektomie (Eicher 1993) Ängste abgebaut und tiefer reichende Störungen vermieden werden. Vergleichbares gilt für eine Vielzahl ärztlicher Maßnahmen wie für tagtägliche Erlebnisse der unterschiedlich strukturierten und individuell reagierenden Menschen.

Im Einklang mit modernen Vorstellungen der psychosomatischen Krankheitslehre (Uexküll 1990) ist es daher sinnvoll, auch für die sexuellen Funktionsstörungen von einem psychosomatischen Verursachungskonzept auszugehen, nach dem die Ursachen von sexuellen Funktionsstörungen mehreren Ebenen zuzuordnen wären. Mit Kaplan (1974; 1990) läßt sich unterscheiden zwischen unmittelbar wirkenden und tieferliegenden Verursachungsfaktoren. Tieferliegende (psychische) Ursachen sexueller Funktionsstörungen sind vor allem intrapsychische Konflikte, die neurosenpsychologischen Konzepten zufolge ihren Ursprung in frühkindlichen Entwicklungsabschnitten haben und bei denen dann die sexuelle Störung einen Kompromiß zwischen sexuellen Triebimpulsen und psychischen Abwehr-

mechanismen darstellt. Ferner sind aber auch neurotische Interaktionen innerhalb einer komplizierteren Paardynamik möglich, in der Sexualität quasi zum 'Austragungsfeld' wird. So wurden von Willi (1975) verschiedene Formen unbewußter partnerschaftlicher Verschränkungen beschrieben, in denen der symptomfreie Partner ein (unbewußtes) Interesse an der Aufrechterhaltung der sexuellen Störung hat, weil diese eine wichtige Funktion für dessen eigene Rolle in der Beziehung darstellt. Die Bedeutung intrapsychischer Konflikte und partnerbezogener Verursachungsfaktoren für die Ätiologie von sexuellen Funktionsstörungen ist zwar unbestritten, deren Behandlung verlangt jedoch spezielle psychotherapeutische Kompetenzen, die im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ nicht in vollem Umfang erworben werden können.

Die Gründe für sexuelle Funktionsstörungen liegen jedoch in den meisten Fällen auf einer eher oberflächlichen, aktuell erlebnisreaktiven Verursachungsebene und können auf dieser Ebene dann auch sexualtherapeutisch angegangen werden (vgl. Masters 1966; 1975; Kaplan 1974; 1990; Molinski 1976; Arentewicz 1980). Störungsgenetisch wesentlich sind hierbei zumeist affektive und kognitive Prozesse (vor allem Angst beziehungsweise Angstabwehr), welche destruktiv auf die Wahrnehmung und das Zulassen erotischer Reize und damit auch den Ablauf der sexuellen Reaktion einwirken. In diesem Zusammenhang stehen übertriebene Selbstforderungen und -erwartungen (nicht zuletzt auch im Sinne von Leistungsmythen) und die damit verbundenen Selbstverstärkungsmechanismen (z.B. durch Versagensangst, Vermeidungsverhalten) sowie sensorische und kognitive Barrieren wie z. B. Selbstbeobachtung, übermäßige Kontrolle (Langer 1992; Fahrner 1994; Hartmann 1994).

Für die Diagnostik geht es daher vor allem um die Frage der Unterscheidung zwischen einer (psychodynamisch) tieferliegenden emotionalen Regulationsstörung (intrapsychische Konflikte des Symptomträgers oder auch des Nicht-Symptomträgers innerhalb einer gestörten Paarbeziehung) und unmittelbaren (eher an der 'Oberfläche' gelegenen) Verursachungsfaktoren. Im ersten Fall ist eine Psychotherapie indiziert, im letzteren Fall lassen sich bei intakter Paarbeziehung die in der Partnerschaft angelegten und durch sie verfügbaren Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten gut für eine Sexualtherapie innerhalb einer überschaubaren Anzahl von Sitzungen nutzen.

Wichtige Bestandteile dieser im Rahmen der Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ erlernbaren sexualtherapeutischen Interventionen sind die gestuften Verhaltensanleitungen ('Übungen', 'Hausaufgaben') nach Masters und Johnson (1966; 1975), welche die Möglichkeit zu spezifischen neuen sexuellen Erfahrungen bieten und unter Anleitung vom Paar für sich erarbeitet werden. Es kommt dabei zur Auflösung von Selbstverstärkungsmechanismen beim Symptomträger auch durch die Wahrnehmung der partnerschaftlichen 'Zuständigkeit' für dieses Symptom im therapeutischen Prozeß. Dieses Behandlungsverfahren ist vom Zeitaufwand begrenzt und läßt sich gut von einem einzelnen Therapeuten durchführen, verlangt also nicht die Behandlung durch ein Therapeuten-Paar, wie es noch von Masters und Johnson vorgesehen war.

Die entscheidenden Wirkfaktoren des sexualtherapeutischen Vorgehens liegen also zum einen in den systematisch dargebotenen Möglichkeiten neuer sexueller Selbsterfahrung für das Paar sowie zum anderen in der fokussierenden Deskription (Molinski 1976). Dabei handelt es sich um eine genaue Beschreibung des Erlebens und Verhaltens während der Übungen und damit im Grunde genommen um ein 'Verständlichmachen' der Sexualstörung selbst – eine auch für das Paar überschaubare therapeutische Einflußnahme auf deren Beziehung. Ebenso ist auch das Herausarbeiten von kommunikativen Funktionen der

Sexualität (und ihrer Störungen) eine wichtige Ebene der Behandlung: Auch hierbei geht es um eine Stärkung des Verbindenden zwischen den Partnern im Sinne eines größeren Verständnisses und Gewährwerdens der zwischen ihnen 'gesprochenen' sexuellen Körpersprache. Letztlich fördert dies auch die Einsicht in das Individuelle der Sexualität, also in die Frage nach der jeweiligen Bedeutung des Sexuellen für den einzelnen (Loewit 1978; 1990; 1994).

Sexualtherapeutische Interventionen können durch medikamentöse, physikalische oder operative Behandlungsmaßnahmen ergänzt werden (vgl. Krauss 1990). Entscheidend dabei ist das Angebot eines 'supportiven Rahmens' bereits während der diagnostischen Phase, möglichst unter Einbeziehung der Partner, in der therapeutische Wahlmöglichkeiten bereitgehalten werden, welche die Selbstverantwortung von Patient und Paar für die Korrektur der Störung mobilisiert – und letztlich voraussetzt (vgl. Langer 1992; Hartmann 1994). Gefäßchirurgische Operationen und Penisprothesen setzen nicht nur eine präzise Diagnostik, sondern auch eine strenge Indikation voraus, die jedoch – neueren Untersuchungen zufolge (Sohn 1994a) – eher selten vorliegt. Bei derartigen Eingriffen sind supportive Therapien durch einen Sexualmediziner von Operateuren gewünschte und zu ihrer Entlastung auch notwendige Maßnahmen.

## 2. Geschlechtsidentitätsstörungen

Für die Betreuung von Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität liegen international 'Standards of Care' der „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association“ vor (Walker 1990). Für die speziellen Bedingungen in Deutschland werden derartige Standards zur Zeit von verschiedenen Arbeitsgruppen unter aktiver Beteiligung von Mitgliedern der Akademie für Sexualmedizin erarbeitet. Eine Orientierung an empirisch gesicherten und klinisch erprobten Richtlinien ist angesichts der weitestgehenden Irreversibilität hormoneller und/oder chirurgischer Geschlechtsangleichungsbehandlungen dringend geboten.

Bei Geschlechtsidentitätsstörungen hat der Sexualmediziner zunächst die Aufgabe der Basisdiagnostik. Ausführliche Sexualanamnese, Fremd- bzw. Partneranamnese, körperliche Untersuchung und Einleitung endokrinologischer, andrologischer oder gynäkologischer Diagnostik sowie einfache psychodiagnostische Testverfahren vermögen in einer ersten Beobachtungsphase, die mehrere Konsultationen erfordert, zunächst die wesentliche Differentialdiagnostik zu leisten (vgl. Eicher 1992). Diese muß neben dem Ausschluß von Intersex-Syndromen im wesentlichen unterscheiden zwischen temporären Störungen der Geschlechtsidentität (insbesondere in der Adoleszenz), partiellen Störungen der Geschlechtsidentität wie etwa der Wunsch nach bestimmten körperlichen Merkmalen des Gegengeschlechts unter Beibehaltung von Anteilen des angeborenen Körpergeschlechts (sogenannte „Autogynephilie“; vgl. Blanchard 1985; 1989), Transvestitismus, homosexuellem 'Coming out' und symptomatischen Geschlechtsidentitätsstörungen im Rahmen von Psychosen. Sofern der Sexualmediziner nicht selbst Psychotherapeut ist, wird er eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten vermitteln. Ein solcher 'Psychotherapie-Versuch' ist immer notwendig: Zum einen, weil die Diagnose „Transsexualismus“ teilweise 'ex juvantibus' gestellt werden muß – das Scheitern psychotherapeutischer Bemühungen zur Aussöhnung des Patienten mit seinem angeborenen Geschlecht bekräftigt die Diagnose; zum zweiten, weil aufgrund der mit dem Störungsbild einhergehenden psychischen Belastungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle psychotherapeutische Hilfe geboten ist, auch wenn sie nicht die eigentliche Störung beseitigen kann. Und schließlich ist ein

solches psychotherapeutisches Ausloten des Leidensdruckes vom Bundessozialgericht als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen rechtlich vorgeschrieben (Reese 1990). Essentiell ist die Einhaltung einer mindestens einjährigen Beobachtungszeit sowie der sogenannte 'Alltagstest', in dem sich der Patient durchgehend in der sozialen Rolle des gewünschten Geschlechts erprobt, ohne daß bereits körperverändernde Maßnahmen ergriffen wurden. Ergibt die Diagnostik ausreichende Hinweise für das Vorliegen eines echten Transsexualismus, so ist es Aufgabe des Sexualmediziners, die Rolle des Vermittlers, Koordinators und Begleiters der weiteren Behandlung zu übernehmen sowie auch die Nachbetreuung anzubieten.

### 3. Störungen des soziosexuellen Verhaltens

Der Mangel an therapeutischen Angeboten für Sexualstraftäter ist allgemein bekannt und unbestritten (Schorsch 1985). Neuere Forschungsergebnisse zeigen unterschiedliche Prognosen für deliktspezifische tätertypologische Beschreibungen (Beier 1995a), wodurch auch wichtige differentialtherapeutische Schlußfolgerungen ermöglicht werden. Eine sinnvolle Therapieoption können exklusive psychotherapeutische Angebote, sexualtherapeutische Interventionen (vor allem bei sexuellen Funktionsstörungen) sowie auch supportive Therapiemaßnahmen darstellen, gegebenenfalls jeweils in Verbindung mit einer antiandrogenen Behandlung (Cyproteronacetat).

Gerade eine zusätzliche (in der Regel zeitlich begrenzte) Antiandrogenbehandlung verlangt nicht nur ärztliche Kompetenz, sondern spezielle sexualmedizinische Kenntnisse, um eine sinnvolle und gebotene Begleitung der Patienten zu gewährleisten – die alleinige Verordnung des Medikamentes wird einhellig als unzureichend bis unzulässig eingeschätzt (Petri 1980; Schorsch 1986; Laschet 1990). Die Indikation von Antiandrogenen kann (deliktübergreifend) beispielsweise bei schwachsinnigen Tätern, denen sonst eine soziale Desintegration drohen könnte, erwogen werden.

Denkbare Störquellen für eine sexualmedizinische Behandlung von Sexualstraftätern durch die verschiedenen Formen justitieller Einbindung – auch im ambulanten Bereich – sollten heutzutage keinen Hinderungsgrund mehr darstellen, da spezifische Empfehlungen für die Vorgehensweise im Einzelfall mittlerweile vorliegen (vgl. Beier 1995b).

## Schlußfolgerungen

Der bislang beschrittene Weg, möglichst allen Ärzten sexualmedizinische Kenntnisse zu vermitteln, ohne daß es dafür einer speziellen Ausbildung bedürfte, hat sich nach 20 Jahren als nicht effektiv erwiesen. Eine am aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft orientierte Betreuung ist nur im Rahmen der üblichen und in anderen Fächern bereits bewährten Ausbildungspraxis von Ärzten möglich, also über den Erwerb einer an einem Gegenstands- und Lernzielkatalog orientierten diagnostischen und therapeutischen Qualifizierung, welche den Arzt mittels einer Zusatzbezeichnung als sexualmedizinisch weitergebildet ausweist. Wie bei Zusatzbezeichnungen üblich, soll es sich auch hierbei nicht um eine isolierte Spezialisierung – etwa im Sinne eines Facharztes für Sexualmedizin –, sondern um den Erwerb zusätzlicher sexualmedizinischer Kompetenz bei gezielter Integration in das jeweilige Fachgebiet des Arztes handeln. Daß auf diese Weise die Grundversorgung – insbesondere von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen und/oder sexuellen Verhaltens-

abweichungen – entschieden verbessert werden kann, ist leicht nachvollziehbar. Aber auch bei den Geschlechtidentitätsstörungen wird der die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ erwerbende Arzt als kompetenter Gutachter nicht nur für die Krankenkassen, sondern auch für die jeweiligen Gerichte nach dem Transsexuellengesetz erkennbar sein und zur Verfügung stehen.

Dank des Wissenstandes der einzelnen medizinischen Fächer (z.B. Gynäkologie, Dermatologie, Urologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Endokrinologie u.a.) sowie humanwissenschaftlich-anthropologischer Nachbardisziplinen (Psychologie, Humanbiologie, Anthropologie, Soziologie usw.) liegen vielfältige Erkenntnisse vor über die Interaktion somatischer und psychischer Faktoren sexueller Funktionsabläufe, über Ursachen, Verlauf, Behandlung und Prognose von verschiedenen sexuellen und geschlechtlichen Störungen. Deren Aufarbeitung und Weiterentwicklung in interdisziplinärer Kooperation innerhalb der Medizin und mit verwandten Humanwissenschaften sowie das Einbringen dieser Kenntnisse in die Weiterbildung der Ärzteschaft und vor allem in die Betreuung der Patienten ist eine aktuelle Aufgabe, die nur eine akademisch etablierte Sexualmedizin leisten kann.

Wie internationale Erfahrungen und erste Ansätze in Deutschland (an den Universitätsklinika Hamburg, Kiel, Frankfurt) zeigen, ist die Institutionalisierung sexualmedizinischer Forschung und Lehre nicht nur eine notwendige Ergänzung medizinischer Disziplinen, sondern zugleich eine Bereicherung medizinisch-anthropologischer Grundlagenforschung: Entwicklung und Verhalten des Menschen in Gesundheit und Krankheit lassen sich schwerlich verstehen ohne die Berücksichtigung menschlicher Geschlechtlichkeit und Sexualität. International ist eine derartige biopsychosozial orientierte sexuologische Forschung längst gängige Praxis, wie die Fülle von Publikationen, Kongressen und anerkannten Gremien (etwa die „International Academy of Sex Research“) zeigt.

In Deutschland besteht ein Nachholbedarf an naturwissenschaftlich-medizinisch fundierter Forschung zu sexualmedizinischen Themen. Eine universitär etablierte und institutionalisierte Sexualmedizin als integraler Bestandteil der Humanmedizin hat auch die Funktion, im Diskurs über das Verhältnis von Natur und Kultur ihre spezielle medizinische Kompetenz gegenüber sozial- und kulturwissenschaftlichen Forschungsrichtungen, die sich des Themas – berechtigterweise unter den ihnen eigenen Gesichtspunkten – annehmen, unter Beweis zu stellen. Darüber hinaus ist sie auch kompetenter Ansprechpartner in Fragen der Gesundheits- und Familienplanung. Schließlich ist Sexualmedizin – wie jede klinische Fachrichtung – immer auch Präventivmedizin und trägt damit letztlich zur öffentlichen Gesundheitsförderung und -pflege bei.

Durch die Integration einer curricular fundierten Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung lassen sich somit viele medizinische Aufgabenfelder kompetenter und effektiver abdecken, die unübersehbaren Lücken in der Patientenversorgung schließen und die Chancengleichheit von in Deutschland ausgebildeten Ärzten gegenüber ärztlichen Kollegen aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (welche über staatlich anerkannte sexualmedizinische Qualifikationen längst verfügen) wahren.

### **Vorschlag einer Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“**

Die im folgenden vorgeschlagenen Inhalte und Richtlinien einer Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ tragen dem von der Bundesärztekammer gewählten Aufbau für die Richtlinien der Weiterbildungsordnung Rechnung.

Es wird damit der Ausbildungsrahmen dargelegt, welcher von der Akademie für Sexualmedizin – vertreten durch die von ihr eingesetzte Arbeitsgruppe zur Entwicklung eines Gegenstandskataloges für die Weiterbildung „Sexualmedizin“ – als erforderlich angesehen wird.

#### *Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“*

##### *Definition:*

Sexualmedizin befaßt sich mit der Geschlechtlichkeit des Menschen und ihren Störungen; sie beschäftigt sich mit der Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen oder Störungen der Sexualität, welche mit einer Einschränkung der sexuellen Funktionen, einer Beeinträchtigung des sexuellen und partnerschaftlichen Erlebens und Verhaltens und/oder einer Gefährdung der psychosozialen Integration bzw. einer psychischen Fehlentwicklung verbunden sind.

##### *Weiterbildungszeit:*

1. Nachweis einer mindestens zweijährigen klinischen Tätigkeit.
2. Teilnahme an Kursen in Theorie und Praxis der Sexualmedizin.
3. Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

##### *Weiterbildungsinhalt:*

Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in

- den theoretischen Grundlagen der Sexualmedizin
- der sexualmedizinischen Diagnostik
- der sexualmedizinischen Beratung
- sexualtherapeutischen Interventionen
- der Teilnahme an einer Balint-Gruppe mit sexualmedizinischem Schwerpunkt; hierzu gehört eine Mindestzahl von Teilnahmestunden
- der Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe; hierzu gehört eine Mindestzahl von Teilnahmestunden
- der sexualtherapeutischen Behandlung; hierzu gehört eine Mindestzahl dokumentierter Behandlungen einschließlich deren Supervision
- der Sexualberatung; hierzu gehört eine Mindestzahl dokumentierter Beratungsgespräche einschließlich deren Supervision

*Empfohlene Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung:*

Nachzuweisen sind folgende Richtzahlen für die Weiterbildungsinhalte:

- Theoretische Grundlagen der Sexualmedizin; hierzu gehört die Teilnahme an Kursen und Seminaren von 120 Stunden über
  - Evolutionsbiologie der Sexualität
  - den Verlauf der körperlichen Sexualentwicklung
  - den Verlauf der geschlechtstypischen psychosexuellen Entwicklung über die Lebensspanne
  - die Entwicklung der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung
  - die Physiologie der sexuellen Reaktionen
  - Zusammenhänge zwischen reproduktivem und kommunikativem Sexualverhalten
  - Krankheitslehre und Differentialdiagnostik bei sexuellen Dysfunktionen, bei Störungen der Geschlechtsidentität, des sozio-sexuellen Verhaltens (Delinquenz, Paraphilien) sowie den Auswirkungen anderer Erkrankungen auf die Sexualität
  - Indikationsstellung und Techniken sexualtherapeutischer Interventionen, auch in Kombination mit physikalischen, medikamentösen und/oder operativen Behandlungsverfahren
  - Möglichkeiten der viktimologischen Diagnostik und Intervention bei sexuellem Mißbrauch und sexueller Gewalt
  - spezielle arztrechtliche Fragestellungen (z.B. zu Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation geistig Behinderter, Insemination, Transsexualismus, Sexualdelinquenz)
- Teilnahme an einer Balint-Gruppe mit sexualmedizinischem Schwerpunkt über 30 Doppelstunden
- Teilnahme an einer themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe über 30 Doppelstunden
- Explorationstechniken bei der sexualmedizinischen Anamneseerhebung im Einzel- und im Paargespräch; hierzu gehören 3 dokumentierte Einzel- und 3 Paar-Erstinterviews einschließlich deren Supervision
- Durchführung sexualtherapeutischer Behandlungen; hierzu gehören 6 abgeschlossene und dokumentierte sexualverhaltensmodifizierende Behandlungen einschließlich deren Supervision
- Sexualberatung, insbesondere zur endokrinologisch fundierten reversiblen Kontrazeption (einschließlich der Barrieremethoden) und auch zur irreversiblen Kontrazeption, bei Schwangerschaftskonflikten sowie zu Sexualität und Partnerschaft bei Behinderung und chronischer Krankheit; hierzu gehören 6 dokumentierte Beratungsgespräche einschließlich deren Supervision.

## Literatur

- Andersen, B.L.; Anderson, B.; de Prose, C.: Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 683-691.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington: APA press 1994.
- Arentewicz, G.; Schmidt, G.: Sexuell gestörte Beziehungen. Berlin: Springer 1980.
- Aresin, L.; Günther, E. (Hrsg.): Sexualmedizin. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit 1983.
- Arieti, S.: Sexual problems of the schizophrenics and preschizophrenics. In: Sandler, M., Gessa, G.L. (eds.) *Sexual behavior: Pharmacology and biochemistry*. New York: Raven Press 1975.

- Balon, R.; Yeragani, V.K.; Pohl, R. et al: Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 1993; 54: 209-212.
- Bancroft, J.: Grundlagen und Probleme menschlicher Sexualität. Stuttgart: Enke 1985.
- Becker, H.; Hartmann, U.: Geschlechtsidentitätsstörungen und die Notwendigkeit der klinischen Perspektive. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1994; 62: 290-305.
- Beier, K.M.: Differentialtypologie und Prognose dissexuellen Verhaltens – Nachuntersuchungen ehemals begutachteter Sexualstraftäter. *Sexuologie* 1994; 1: 221-235.
- Beier, K. M.: Dissexualität im Lebenslängsschnitt – theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer 1995a
- Beier, K. M., Hinrichs, G.: Psychotherapie mit Straffälligen. Stuttgart: Fischer 1995b
- Benjamin, H.: *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press 1966.
- Birbari, A.E.: How frequent is sexual dysfunction in hypertensive subjects and how is it treated? *Lebanese Medical Journal* 1992; 40: 174.
- Blanchard, R.: Typology of male-to-female transsexualism. *Archives Sexual Behavior* 1985; 14: 247-261.
- Blanchard, R.: The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous Mental Diseases* 1989; 177: 616-623.
- Bloch, I.: Aufgaben und Ziele der Sexualwissenschaft. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft* 1914; 1: 2-11.
- Block, A.M.: Sexual dysfunction of the male with diabetes mellitus. *Nurse Practitioner* 1982; 7: 19-25.
- Borelli, S.: Die psychogenen Sexual- und Fertilitätsstörungen beim Mann. In: Marchionini, A. (Hrsg.) *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten v. J. Jadassohn, Erg.-Werk VI/3*. Berlin: Springer 1960, S. 641-736.
- Bosinski, H.A.G., Sohn, M., Löffler, D., Wille, R., Jakse, G.: Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller. *Deutsches Ärzteblatt* 1994a; 91: 726-732.
- Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern. *Sexuologie* 1994b; 1: 195-212.
- Bräutigam, W.: *Sexualmedizin im Grundriß*. Stuttgart: Thieme 1977
- Bräutigam, W., Clement, U.: *Sexualmedizin im Grundriß*. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme 1989.
- Buddeberg, C.: *Ehen krebserkrankter Frauen*. München: Urban & Schwarzenberg 1985.
- Buddeberg, C.; Merz, J.: Sexuelle Probleme in der Allgemeinpraxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)* 1981; 73: 2129-2135.
- Burns, J.R.; Houltuin, E.; Gregory, J.G. et al.: Vascular-induced erectile impotence in renal transplant recipients. *Journal of Urology* 1979; 121: 721-723.
- Comarr, A.E.; Vigue, M.: Sexual counseling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina injury. *American Journal of Physical Medicine* 1978; 57: 107-112; 215-227.
- Coslett, H.B.; Heilman, K.M.: Male sexual function. Impairment after right hemisphere stroke. *Archives of Neurology* 1986; 43: 1036-1039.
- Cyran, W., Halhuber M.J.: *Der ältere Patient und seine Sexualität*. Köln: Echo Verlag 1990.
- Danzi, M.; Ferulano, G.P.; Abate, S. et al.: Male sexual function after abdominoperineal resection for rectal cancer. *Diseases of the Colon and Rectum* 26, 1983: 665-668.
- Ebbelohj, J.: Somatisch bedingte Impotenz. In: Hertoft, P.: *Klinische Sexologie*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 1989, S. 212-226.
- Eicher, W.: Die sexuelle Erlebnisfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau. Stuttgart: Fischer, 1975
- Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V., Conrad, F. (Hrsg., alternierend): *Praktische Sexualmedizin. Berichtsbände der Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin in Heidelberg 1976 bis 1993*. Wiesbaden: Medical Tribune 1976 bis 1993.
- Eicher, W. (Hrsg.): *Sexualmedizin in der Praxis. Ein kurzes Handbuch*. Stuttgart: Fischer 1980.
- Eicher, W.: Sexuelle Störungen. In: Martius, G. (Hrsg.) *Therapie in Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 2: Gynäkologie*. Stuttgart: Thieme 1988, S. 102-111.
- Eicher, W.: Perspektiven der sexualmedizinischen Fortbildung. In: Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V. (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin. Berichtsband 14. Fortbildungstage für Psychosomatik und*

- Sexualmedizin, Heidelberg, 13. bis 17. Juni 1990. Wiesbaden: Medical Tribune 1991a, S. 281-285.
- Eicher, W.: Geschichte der Sexologie in Deutschland bis zum heutigen Stand. In: Eicher, W., Vogt, H.-J., Herms, V. (Hrsg.) *Praktische Sexualmedizin. Berichtsband 14. Fortbildungstage für Psychosomatik und Sexualmedizin, Heidelberg, 13. bis 17. Juni 1990.* Wiesbaden: Medical Tribune 1991b, S. 286-314.
- Eicher, W.: *Orgasmus und Orgasmusstörungen bei der Frau.* Weinheim: VCH 1991c.
- Eicher, W.: *Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung.* 2. Aufl. Stuttgart: Fischer 1992.
- Eicher, W.: Zur Frage der sexuellen Funktion und sexueller Störungen nach Hysterektomie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1993; 53: 519-524.
- Fahrner, E.-M.; Kockott, G.: Funktionelle Sexualstörungen. In: Reinecker, H. (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Psychologie.* Göttingen: Hogrefe 1994, S. 459-478.
- Fasth, S.; Filipsson, S.; Hellberg, R. et al.: Sexual dysfunction following proctocolectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 1978; 67: 8-12.
- Fegert, J.M.: *Sexuell mißbrauchte Kinder und das Recht.* Band II. Köln: Volksblatt Verlag 1993.
- Feldmann, H.A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D.G.; Krane, R.J.; McKinlay, J.B.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*: 151, 54-61.
- Frenken, J.: *Afkeer van seksualiteit.* Denventer: Van Loghum Slaterus 1976.
- Frenken, J., van Stock, B.: Frauen als Opfer eines Inzests. Ergebnisse einer retrospektiven Studie. *Zeitschrift für Sexualforschung* 1988; 1: 327-336.
- Garde, K., Nielsen, I.L.: Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old-women. *Maturitas* 1980; 2: 225-240
- Gebhard, P.H.: Factors in marital orgasm. *Journal of Social Issues* 1966; 22/2: 88-95.
- Geschwind, N.: Interictal behavioral changes in epilepsy. *Epilepsia* 1983; 24: 23-30.
- Geyer, M.; Hirsch, R. (Hrsg.): *Ärztliche psychotherapeutische Weiterbildung in Deutschland.* Leipzig: Barth 1994.
- Haerberle, E.J.: *Anfänge der Sexualwissenschaft.* Berlin: de Gruyter 1983.
- Haerberle, E.J.; Gindorf, R.: *Sexology today. A brief introduction.* Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung 1993.
- Haerberle, E.J.; Simons, W. (Hrsg.): *Sexology in Europe. A directory of institutions, organizations, resource center, training programs, and scientific journals.* RKI-Heft Nr. 3, Robert Koch Institut, Berlin 1995.
- Häring, R.; Karavias, T.; Boese-Landgraf, J.: Chirurgische und onkologische Prinzipien der Rektumamputation. *Zentralblatt für Chirurgie* 1990; 115: 819-825.
- Halhuber, M.J., Halhuber, C.: *Sprechstunde Herzinfarkt.* München: Gräfe und Unzer 1977.
- Hamilton, B.P.: Diabetes mellitus and hypertension. *American Journal of Kidney Diseases* 1990; 16: 20-29.
- Harrison, W.M.; Rabkin, J.G.; Ehrhardt, A.A. et al.: Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1986; 6: 144-149
- Hartmann, U.: *Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion.* Frankfurt: Lang 1994.
- Herms, V.; Eicher, W.; Kubli, F.; Reinholz, H.: Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim Endometriumcarcinom. *Medizinische Welt* 1977; 28: 1786-1789.
- Herms, V.: Funktionelle Sexualstörungen. In: Wulf, K.-H., Schmidt-Matthiesen, H. (Hrsg.) *Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 2: Schneider, H.P.G. (Hrsg.) Sexualmedizin. Infertilität, Familienplanung, 2. Aufl.* München: Urban & Schwarzenberg 1989, S. 52-58.
- Herms, V.: Psychosoziale Faktoren und Karzinomentstehung. *Sexualmedizin* 1990; 19: 543-547.
- Hertoft, P.: *Klinische Sexologie.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag 1989.
- Hertzeanu, H.L.; Shemesh, J.; Aron, L.A. et al.: Ventricular arrhythmias in rehabilitated and nonrehabilitated post-myocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. *American Journal of Cardiology* 1993; 71: 24-27.
- Hojo, K.; Sawada, T.; Moriya, Y.: The value and limit of extended surgery in colorectal cancer. *Japanese Journal of Cancer and Chemotherapy* 1989; 16: 1059-1063.

- House, W.C.; Pendleton, L.: Sexual dysfunction in diabetes. A survey of physicians' responses to patients' problems. *Postgraduate Medicine* 1986; 79: 227-235.
- Hsueh, W.A.: Sexual dysfunction with aging and systemic hypertension. *American Journal of Cardiology* 1988; 61: 18-23.
- Jensen, S.B.: Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetic females. A comparative study. *Diabete et Metabolisme* 1985; 11: 278-282.
- Kaplan, H.S.: *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel 1974.
- Kaplan, H.S.: *Sexualtherapie*. Stuttgart: Enke 1990.
- Kinzi, J., Biebl, W.: Sexueller Mißbrauch in Kindheit und Jugend. Eine Fragebogenerhebung bei 1125 Studenten zu Prävalenz und Risikofaktoren. *Sexualmedizin* 1993; 22: 136-142.
- Kligman, E.W.; Higbee, M.D.: Drug therapy for hypertension in the elderly. *Journal of Family Practice* 1989; 28: 81-87.
- Kockott, G.: *Männliche Sexualität: Funktionsstörungen. Erkennen – Beraten – Behandeln*. Stuttgart: Hippokrates 1988a.
- Kockott, G.: *Weibliche Sexualität: Funktionsstörungen. Erkennen – Beraten – Behandeln*. Stuttgart: Hippokrates 1988b.
- Kockott, G.: *Sexuelle Variationen*. Stuttgart: Hippokrates 1988c.
- Kotin, J., Wilbert, D.E., Verburg, D. et al: Thioridazine and sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry* 1976; 133: 82-85.
- Krauss, D.J.: In treating impotence, urology and sex therapy are complementary. *Urology* 1990; 36: 467-470.
- La Monica, G., Audisio, R.A., Tamburini, M. et al: Incidence of sexual dysfunction in male patients treated surgically for rectal malignancy. *Diseases of the Colon and Rectum* 1985; 28: 937-940.
- Langer, D., Hartmann, U.: *Psychosomatik der Impotenz. Bestandsaufnahme und integratives Konzept*. Stuttgart: Enke 1992.
- Laschet, U.: Zur Therapie mit Cyproteronacetat. In: Wille, R., Schumacher, W., Andrzejak, N. (Hrsg.) *Zur Therapie von sexuell Devianten*. Berlin: Diesbach 1990, S. 36-42.
- Lehman, T.P., Jacobs, J.A.: Etiology of diabetic impotence. *J. Urol.* 1983; 129: 291-294.
- Littmann, E.: Psychische Schäden nach sexuellem Kindesmißbrauch. *psychomed* 1992; 4: 13-19.
- Loewit, K.: Der kommunikative Aspekt der Sexualität. *Sexualmedizin* 1978; 7: 971-975.
- Loewit, K.: Ausbildung des Medizinstudenten. *Sexualmedizin* 1983; 12: 412-416.
- Loewit, K.: Sexuelle Störungen. In: Uexküll, Th. v. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1990, S. 635 – 643.
- Loewit, K.: Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. *Sexuologie* 1994; 1: 101-112.
- Ludewig, H.: *Sexualmedizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Allgemeinarztes*. Med. Diss. Ulm 1987.
- Lustman, P.J., Clouse, R.E.: Relationship of psychiatric illness to impotence in men with diabetes. *Diabetes Care* 1990; 13: 893-895.
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown 1966.
- Masters, W.H., Johnson, V.E.: *Impotenz und Anorgasmie. Zur Therapie funktioneller Sexualstörungen*. Frankfurt: Goverts 1975.
- Mastrogiacomo, I., De Besi, L., Serafini, E. et al.: Hyperprolactinemia and sexual disturbances among uremic women on hemodialysis. *Nephron* 1984; 37: 195-199.
- Mears, E.: Sexual problem clinics: An assessment of the work of 26 doctors trained by the Institute of Psychosexual Medicine. *Public health (London)* 1978; 92: 218-223.
- Miles, J.R. Jr.; Miles, D.G.; Johnson, G. Jr.: Aortoiliac operations and sexual dysfunction. *Archives of Surgery* 1982; 117: 1177-1181.
- Molinski, H.: Die focussierende Deskription. *Sexualmedizin* 1976; 6: 712-716.
- Molinski, H.: Psychosomatische Symptome, welche in Wirklichkeit funktionelle Sexualstörungen sind. *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 1983; 3: 5-6.
- Money, J.; Mazur, J.: Endocrine abnormalities and sexual behavior in man. In: Money, J.; Musaph,

- H. (eds.) *Handbook of Sexology*. Amsterdam: Excerpta Medica 1977.
- Money, J.: *Lovemaps. Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity*. New York: Irvington: 1986.
- Money, J.: *Gay, straight and in-Between: The Sexology of erotic orientation*. New York: Oxford University Press 1988.
- Morell, M.J.: Sexual dysfunction in epilepsy. *Epilepsia* 1991; 32: 38-45.
- Nijman, J.M.; Schraffordt Koops, H.; Oldhoff, J. et al.: Sexual function after bilateral retroperitoneal lymph node dissection for nonseminomatous testicular cancer. *Archives of Andrology* 1987; 18: 255-267.
- Oshiro, T.; Kosaki, G.: Sexual function after aorto-iliac vascular reconstruction. Which is more important, the internal iliac artery or hypogastric nerve? *Journal of Cardiovascular Surgery* 1984; 25: 47-50.
- Osburg, S.; Weitze, C.: Betrachtung über zehn Jahre Transsexuellengesetz. *Recht & Psychiatrie* 1993; 11: 2-26.
- Pacharzina, K.: *Sexualmedizin der Allgemeinpraxis (Teil I – III)*. *Sexualmedizin* 1975; 4: 485-490, 535-542, 630-645.
- Petri, H.: Analytische Kurztherapie bei sexuellen Perversionen. In: Sigusch, V. (Hrsg.) *Therapie sexueller Störungen*, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme 1980, S. 187-219.
- Pfeiffer, W.; Kockott, G.; Fischl, B.; Schleuning, G.: Unerwünschte Wirkungen psychopharmakologischer Langzeittherapie auf die sexuellen Funktionen. *Psychiatrische Praxis* 1991; 18: 92-98.
- Raboch, J.; Raboch, J.; Sindlar, M.: Koitale Anorgasmie in der Ehe. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1994; 116: 102-106.
- Rechenberger, I.: Sexualstörungen und Symptombildung. *Sexuologie* 1994; 1: 20-26.
- Reese, J., Wille, R.: Sozialrechtliche Aspekte des Transsexualismus. *Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin* 1988; 9: 7-8.
- Rodger, R.S.; Fletcher, K.; Dewar, J.H. et al.: Prevalence and pathogenesis of impotence in one hundred uremic men. *Uremia Investigation* 1985; 8: 89-96.
- Sandberg, G.; Quevillon, R.P.: Dyspareunia: an integrated approach to assessment and diagnosis. *Journal of Family Practice* 1987; 24: 66-70.
- Santangelo, M.L.; Romano, G.; Sassaroli, C.: Sexual function after resection for rectal cancer. *American Journal of Surgery* 1987; 154: 502-504.
- Scaglia, M.; Delaini, G.G.; Hulten, L.: Le disfunzioni sessuali dopo proctocolectomia convenzionale. *Chirurgia Italiana* 1992; 44: 230-242.
- Scharf, M.B.; Mayleben, D.W.: Comparative effects of prazosin and hydrochlorothiazide on sexual function in hypertensive men. *American Journal of Medicine* 1989; 86: 110-112.
- Scheingold, L.D., Wagner, N.N.: *Herz, Alter, Sexualität*. Wiesbaden: Medical Tribune 1976.
- Schnabl, S.: *Intimverhalten – Sexualstörungen – Persönlichkeit*, 6. Aufl. Deutscher Verlag der Wissenschaften: Berlin 1983.
- Schorsch, E.: *Die Sexualität in den endogen-phasischen Psychosen*. Stuttgart: Enke 1967.
- Schorsch, E. (1986): Die sexuellen Deviationen und sexuell motivierte Straftaten. In: U. Venzlaff (Hg.), *Psychiatrische Begutachtung*. Stuttgart: Fischer; S. 279-315.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, A., Hauch, M., Lohse, A.: *Perversion als Straftat*. Berlin: Springer 1985.
- Schramek, P.; Holzmann, R.M.; Floth, A.: Erektile Potenzstörung bei Diabetes mellitus. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1988; 100: 460-463.
- Sigusch, V. (Hrsg.): *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart: Thieme 1975.
- Sohn, M.: Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operationstechniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes. *Sexuologie* 1994a; 1: 38-49.
- Sohn, M.: Aktueller Stand der Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. *Sexuologie* 1994b; 1: 244-249.
- Spector, I.P., Carey, M.P.: Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior* 1990; 19: 389-408.

- Stevenson, J.G.; Umstead, G.S.: Sexual dysfunction due to antihypertensive agents. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy* 1984; 18: 113-121.
- Sutherst, J.; Brown, M.: Sexual dysfunction associated with urinary incontinence. *Urologia Internationalis* 1980; 35: 414-416.
- Thetter, O.; von Hochstetter, A.; van Dongen, R.J.: Sexualfunktion nach gefäßchirurgischen Eingriffen im aorto-iliacalen Bereich – Ursachen und Vermeidung von Potenzstörungen. *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 1984; 362: 205-219.
- Uexküll, Th. v. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg 1990.
- Vogt, H.-J.: Andrologie. In: Eicher, W. (Hrsg.): *Sexualmedizin in der Praxis*. Stuttgart: Fischer 1980, S. 117-201.
- Vogt, H.-J.: Orgasmusstörungen des Mannes. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1992a; 31/32: 503-506.
- Vogt, H.-J.: Kohabitationsschmerzen des Mannes. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1992b; 34: 42-48.
- Vogt, H.-J.: Männlicher Orgasmus. *Gynäkologe* 1993; 26: 184-188
- Volbert, R.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. *Empirische Befunde und psychosoziale Trends. psychomed* 1992; 4: 8-12.
- Walker, P.A.; Berger, J.C.; Green, R.; Laub, D.R.; Reynolds, C.L.; Wollman, L.: Standards of care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. Original draft prepared by: The founding committee of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 4th Revision 1990.
- Walthard, M.: Die psychogene Aetiologie und die Psychotherapie des Vaginismus. *Muenchner Medizinische Wochenschrift* 1909; 56: 1998-2000.
- Wang, C.J.; Shen, S.Y.; Wu, C.C.; Huang, C.H.; Chiang, C.P.: Penile blood flow study in diabetic impotence. *Urologia Internationalis* 1993; 50: 209-212.
- Watanabe, S.; Yokoyama, S.; Kubo, S. et al.: A double-blind controlled study of clinical efficacy of maprotiline and amitriptyline in depression. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica* 1978; 32: 1-31.
- Weinstein, M.H.; Machleder, H.I.: Sexual function after aorto-iliac surgery. *Annals of Surgery* 1975; 181: 787-790.
- Weizman, R.; Eldar, M.; Hod, H.; et al: Effects of uncomplicated acute myocardial infarction on biochemical parameters of stress and sexual function. *Psychosomatics* 1991; 32: 275-279.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F); klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber 1993.
- Wille, R., Eicher, W., Molinski, H., Vogt, H.-J.: *Sexualmedizin – Sexualwissenschaft – Sexuologie. Sexuologie* 1994; 1: 6-11.
- Willi, J.: *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rohwolt 1975.
- Yasutomi, M.: Functional preservation in rectal cancer surgery. *Journal of Japan Surgical Society* 1988; 89: 1331-1334.
- Zemel, P.: Sexual dysfunction in the diabetic patient with hypertension. *American Journal of Cardiology* 1988; 61: 27-33.

#### **Anschriften der Autoren**

Prof. Dr. med. Hermann – J. Vogt, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität, Biedersteiner Str. 29, 80802 München

Prof. Dr. med. Kurt Loewit, Institut für Medizinische Biologie und Humangenetik, Arbeitsgruppe Sexualmedizin, Universität Innsbruck, Schöpfstr. 41, A- 6020 Innsbruck

Prof. Dr.med. Dr.jur. Reinhard Wille, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier, Dr. med. Hartmut A.G. Bosinski, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel