



# Sexualität beim Mann im höheren Lebensalter

## Autoren

Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn  
Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer  
Dr. Elia Bragagna  
Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald  
Dr. Christian Euler

## Herausgeber

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

## Lecture Board

Univ.-Prof. Dr. Ingo Füsgen  
Kliniken St. Antonius, D-42283 Wuppertal  
OA Dr. Thomas Frühwald  
Geriatrizentrum am Wienerwald, A-1130 Wien  
MR Dr. Hellmut Wutzl  
Leiter des Zentrums für Allgemeinmedizin, A-1100 Wien

■ **Impressum** Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 1042475 Verlags- und Redaktionsadresse: Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: [medizin@medizin-medien.at](mailto:medizin@medizin-medien.at) **Geschäftsführung:** Thomas Zembacher DW 110 **Für den Inhalt verantwortlich:** Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn, Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer, Dr. Elia Bragagna, Dr. Christian Euler, Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald **Lektorat:** Karl Heinz Javorsky **Art Direction:** Karl J. Kuba **Layout und DTP:** Johannes Spandl **Litho:** Bernhard Computertext **Druck:** Friedrich VDV, 4020 Linz **Auflage:** 10.000 **Nachdruck,** auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Pfizer Corporation.

*expertise*

# ärztemagazin

## expertise

## Sexualität beim Mann im höheren Lebensalter

### Gesundheit und Sexualität beim älteren Mann

Sexualität ist ein komplexer biopsychosozialer Prozess, der im Kontext von interpersonellen und kulturellen Faktoren steht. Sexuelle Gesundheit wurde von der WHO als integraler Bestandteil der Gesundheit definiert. Mit dem Älterwerden der Bevölkerung gerade in den Industrieländern treten Themen und Probleme der Sexualität im höheren Lebensalter – immer noch ein stark tabuisiertes Gebiet auch in der Ärzteschaft! – mehr und mehr in den Vordergrund. Die Absicht der vorliegenden Publikation ist es, interdisziplinäre, patientenzentrierte Hinweise für den Umgang mit Sexualität und Sexualstörungen beim älteren Mann auf Basis bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse zu geben.

### Demografische Veränderungen

Das Altern ist der wichtigste demografische Wandlungsprozess unserer Zeit. Dabei nimmt die Zahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft sowohl absolut als auch relativ zu. Für Österreich mit seiner Bevölkerung von ca. acht Millionen Menschen sind in den nächsten 25 Jahren nach G. Majce folgende demografische Veränderungen zu erwarten: Die Zahl

der Jugendlichen bis 19 wird um 20% (380.000 Personen) abnehmen; die Zahl der Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 59 wird um 17% (760.000) abnehmen; demgegenüber wird die Zahl der Personen ab 60 um 67% (1.123.000) zunehmen.

### Kompression der Morbidität

Darunter versteht man, dass es mit Hilfe moderner Medizin und sozialer Maßnahmen gelingt, die in Krankheit bzw. schlechtem Befinden verbrachten Zeitspannen gegen Ende des Lebens zusammenzudrängen. So betrug für 65-jährige Männer 1978 der Anteil der Lebensjahre in guter Gesundheit an der restlichen Gesamterwartung 76%; 1998 waren es bereits 87%. Die analogen Werte für 85-jährige Männer lagen 1978 bei 59% und 1998 schon bei 74% (Doblhammer, Kytir 2000).

### Sexualität im höheren Alter

Die gesellschaftliche Beurteilung der Sexualität im höheren Lebensalter ist geprägt von herrschenden Meinungen und Erziehung. Noch immer sind hier Vorurteile und normative Stereotypen stark maßgebend. Das Selbstbild des alten Menschen generell und erst recht auch seiner Sexualität gegenüber ist vorwiegend negativ, was sich z.B. auch in einer starken Tendenz zur Antwortverweigerung auf Fragen nach Sexualität, wie sie im Rahmen von Studien gestellt werden, ausdrückt. Man muss dabei im Auge behalten, dass die moralischen, religiösen und sexuellen Vorstellungen jener Menschen, die heute ein hohes Alter erreicht haben, noch in den dreißiger und vierziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts geprägt wurden.

Eine noch unveröffentlichte, vom bekannten österreichischen Altersforscher Univ.-Prof. Dr. Leopold Rosenmayr in Auftrag gegebene Befragung von 500 Personen über 50 zeigt, dass Männer im höheren Alter generell mehr Wert auf Sex legen als Frauen (Tabelle 1 siehe Seite 2). Ähnliche Zahlen aus ande-

ren europäischen Ländern wie z.B. die bekannte Sheffield-Studie (Gott, Hinchliff 2003) widerlegen gleichermaßen das alte Vorurteil, das Sexualität im höheren Lebensalter kein Thema sei.



Univ.-Prof. Dr. Siegfried Meryn  
Präsident der Int. Society for Men's Health and Gender (ISMH)



Prim. Prof. Dr. Franz Böhmer  
Präsident d. Österr. Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)



Dr. Elia Bragagna  
Sexualmedizinische Praxis, Wien



Univ.-Doz. Dr. Michael Rauchenwald  
Abt. für Urologie & Andrologie, Donauspital im SMZ Ost



Dr. Christian Euler  
Präsident des Österr. Hausärzteverbandes

Die „Pfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors“ (Nicolosi et al., Urology 2004), eine weltweite Studie, trug Daten von 27.500 Personen beiderlei Geschlechts aus 29 Ländern zusammen. Die Teilnehmer waren zwischen 40 und 80 Jahre alt und wurden mittels eines standardisierten Fragebogens interviewt. Es zeigte sich, dass 80% der Männer und 65% der Frauen im vergangenen Jahr Sex gehabt hatten. 28% der befragten Männer und 39% der Frauen gaben zu mindestens eine sexuelle Störung an. Bei den Männern waren die Ejaculatio praecox mit 14% und die erektile Dysfunktion mit 10% am häufigsten.

teschaft – vor allem seit Einführung der Phosphodiesterase-5-Hemmer – zu einer erhöhten Erkennungsrate der ED bei. Eine österreichische Studie<sup>1</sup> (Ponholzer et al., 2004) zeigte bei fast 3.000 Männern zwischen 20 und 80 insgesamt eine ED-Rate von 32%; dabei nahm die Prävalenz ab dem 60. Lebensjahr deutlich zu; über 70 lag sie sogar bei 71%.

### Evaluierung und physikalische Untersuchung

Ein Algorithmus zum Management – „ALLOW“:

Der erste Schritt heißt „Ask“, also Fragen. Sexuelle Funktionsstörungen werden oft nicht aktiv vom Betroffenen thematisiert. In einem zweiten Schritt, „Legitimize“, geht es darum, das Problem zu enttabuisieren und dem Betroffenen klar zu machen, dass er „ein Recht“ auf seine sexuelle Funktionsstörung hat, mit anderen Worten: dass es eine Krankheit wie jede andere und kein Grund ist, sich abnormal zu fühlen. Schritt drei heißt „Limitations“; hier geht es um das Einschätzen der eigenen Grenzen durch den Behandler, die z.B. zu einer Überweisung zum Urologen/Andrologen oder auch zum Sexualtherapeuten führen können. Schritt vier, „Open up“, beschreibt die Öffnung zu weiterer Diskussion und Evaluierung der Situation. Im Schritt fünf, „Work“, schließlich wird gemeinsam mit dem Betroffenen und eventuell zugezogenen Fachkollegen ein Behandlungsplan erstellt.

**Sexualität ab 50 – Einstellungen und Verhalten nach Geschlecht und kalendarischem Alter in Österreich**

Tabelle 1

Aussage	Geschlecht	Alter		
		50–60	60–70	>70
„Sexualität ist mir persönlich wichtig“	Männl.	79	68	28
	Weibl.	59	31	10
„Habe gegenwärtig sexuelle Beziehungen“	Männl.	81	76	33
	Weibl.	67	46	10
„Habe mindestens einmal wöchentlich sexuelle Beziehungen“	Männl.	52	38	24
	Weibl.	28	15	04
„Habe mindestens einmal im Monat sexuelle Beziehungen“	Männl.	23	28	35
	Weibl.	40	28	42

Fessel/GfK, Unveröffentlichte Daten, mit freundlicher Erlaubnis von Univ.-Prof. Dr. Leopold Rosenmayr, n=500, Angaben in %

## Management und Behandlungsmöglichkeiten männlicher Sexualstörungen

Für das Management männlicher Sexualstörungen ist eine kontinuierliche Betreuung entscheidend. Die Therapie der erektilen Dysfunktion wurde durch die Einführung der PDE5-Hemmer revolutioniert.

Das Spektrum männlicher Sexualstörungen umfasst unter anderem die erektile Dysfunktion (ED), wie z.B. das „tonight the night syndrome“, also ein Versagen der Sexualfunktion unter besonderem Erfolgsdruck, Störungen der Ejakulation wie vorzeitige, retardierte, retrograde oder fehlende Ejakulation, Libidoverlust, Orgasmusstörung, männliche Dyspareunie und das „small penis syndrome“. Die Häufigkeitsverteilung der männlichen Sexualstörungen zeigt Abbildung 1. Die Prävalenz mancher dieser Störungen verschiebt sich mit zunehmendem Alter: So wird etwa die ED mit steigendem Alter häufiger, während die Ejaculatio praecox an Bedeutung verliert, obwohl sie auch im höheren Alter noch vorkommt.

### Prävalenzsteigerung der ED

Die weltweite ED-Prävalenz betrug 1995 152 Millionen und wird 2025 auf geschätzte 322 Millionen ansteigen. Allein in Europa betrug die Zahl der von ED betroffenen Männer 1995 30,1 Millionen, und bis 2025 wird ein Anstieg auf 42,8 Millionen prognostiziert. Die Gründe für diesen Anstieg sind vielfältig. Neben den bereits erwähnten demografischen Veränderungen tragen auch die zunehmende Thematisierung in den Medien und das stärkere Bewusstsein in der Ärz-

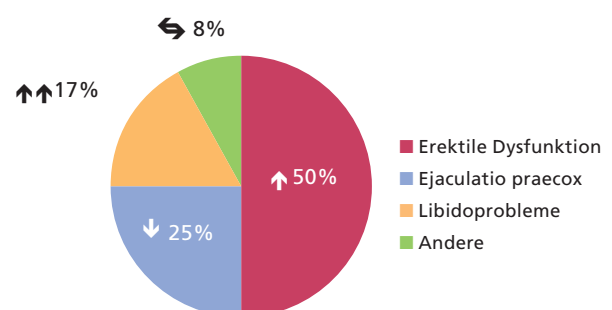
Zur Beurteilung und Quantifizierung männlicher Sexualstörungen wurden verschiedene Skalen entwickelt. Die vier häufigsten, die auch zur allgemeinen Verwendung empfohlen werden können, sind:

- Male Scale
- International Index of Erectile Function (IIEF)
- Sexual Health Inventory for Men (SHIM)
- Brief Male Sexual Function Inventory (BMSFI)

Eine physikalische Untersuchung bei männlichen Sexualstörungen sollte jedenfalls folgende Elemente enthalten: eine komplette genitale Untersuchung inklusive Prostata, die Beurteilung sekundärer Merkmale wie Gynäkomastie, Körperbe-

**Männliche Sexualstörungen**

Abbildung 1



Erektile Dysfunktionen (ED) am häufigsten!

haarung und Fettverteilung, kardiovaskuläre Parameter wie Blutdruck, Puls, Fußpulse und Beurteilung von ev. vorhandenen Ödemen, die Prüfung der Vibrationsempfindung sowie die Kraft und Koordination der unteren Extremitäten. An Basis-Laboruntersuchungen sollten Lipide, Blutzucker und ein Blutbild bestimmt werden. Routinemäßige Hormonuntersuchungen sind nicht sinnvoll. Ein Hormonstatus sollte nur bei bestehender Indikation (z.B. Libidoproblemen) durch den Facharzt veranlasst und interpretiert werden.

Für die Unterscheidung zwischen primär organischen und primär psychischen Sexualstörungen gibt es eine Reihe von Kriterien, die summarisch in Tabelle 2 angeführt sind.

### Kontinuierliche Betreuung

Da es sich bei Sexualstörungen meist um ein chronisches Problem handelt, ist eine gut geführte laufende Betreuung wichtig. Es zeigt sich immer wieder das Phänomen, dass Patienten am Anfang einer Behandlung ihrer Sexualstörung offen gegenüberstehen, die Compliance in weiterer Folge jedoch rasch abnimmt. Die FAST-Richtlinien bieten hier eine Hilfestellung. „FAST“ steht für „follow-up – adjustment of dosing – sexual stimulation – titrating to the maximum tolerated dose“. Follow-up bedeutet, dass es unbedingt notwendig ist, Folgetermine zu vereinbaren, um Behandlungserfolge und -probleme, Nebenwirkungen, Akzeptanz der Behandlung durch die Partnerin sowie eventuelle Veränderungen der Sexualstörung selbst zu besprechen. Auch simple Dinge wie der Einnahmehemodus (vor dem Essen/nach dem Essen) und das Intervall bis zum Wirkungseintritt dürfen dabei nicht vergessen werden. „Adjustment of dosing“, also Dosisanpassung, ist ebenso notwendig wie die Aufklärung darüber, dass bei einer Behandlung mit PDE5-Hemmern (im Gegensatz zur Schwellkörper-Autoinjektionstherapie) eine Erektion nur nach sexueller Stimulation entsteht.

Zur Titration ist Folgendes zu sagen: Grundsätzlich sollte im Einklang mit internationalen Richtlinien eine Therapie mit PDE5-Hemmern mit einer niedrigen Dosis begonnen und je nach Notwendigkeit bis zur maximal verträglichen Dosis hochtitriert werden. In Einzelfällen kann jedoch – je nach Vorgeschichte und Begleiterkrankungen – im Sinn eines pragmatischen Ansatzes auch von vornherein eine höhere Dosis gewählt werden. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass durch einen schnelleren Therapieerfolg weitere Misserfolgsergebnisse hintangehalten werden können. Die Entscheidung darüber liegt letztlich beim einzelnen Behandler.

### Grunderkrankungen

Die Erektion ist das Resultat eines komplexen und daher störungsanfälligen Zusammenspiels von Arterien, Venen, Nerven, Gewebefaktoren, Hormonen und Psyche. Nach den Ergebnissen der „Massachusetts Male Ageing Study“ korreliert die Wahrscheinlichkeit für eine ED direkt mit Herzerkrankungen, Hypertonie, Diabetes, Begleitmedikation sowie einem Angst- und Depressionsindex. Auch eine Korrelation mit Bewegungsmangel, psychischem Stress, LUTS („lower urinary tract symptoms“) und Hyperlipidämie konnte nachgewiesen werden. Für den Zusammenhang zwischen Rauchen und ED gibt es

unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Daten. In Anbetracht des nachgewiesenen Gesundheitsrisikos durch Rauchen muss jedoch jedenfalls davon abgeraten werden.

Generell ist darauf hinzuweisen, dass in Anbetracht der multilokulären Natur der Atherosklerose die ED auch als kardiovaskuläres Frühsymptom gesehen werden kann und daher eine entsprechende Abklärung zur Folge haben sollte.

Gewisse Medikamentengruppen können die erektile Funktion beeinträchtigen. Dazu gehören viele im Alter sehr gebräuchliche Medikamente, z.B. Antihypertensiva wie Beta-blocker, Thiaziddiuretika, Methyldopa und Clonidin, Psychopharmaka wie Antidepressiva (Trizyklika und SSRI) und Antipsychotika (Phenothiazine, Haloperidol, Risperidon), antiandrogen wirkende Substanzen wie GNRH-Agonisten, Östrogene, Cimetidin in hohen Dosen, Ketoconazol und Spironolacton und Antiarrhythmika wie Disopyramid und Digoxin. Alkohol und Opiate, sowie Finasterid und Alpha-blocker, wirken sich ebenfalls negativ auf die Erektionsfähigkeit aus. Das Antidepressivum Trazodon wirkt erektionsfördernd, ist jedoch nach oraler Gabe als alleiniges ED-Therapeutikum nicht wirksam, als alternatives Antidepressivum aber sinnvoll und zu empfehlen.

Nicht zuletzt soll hier erwähnt werden, dass ED bei st. p. Prostatektomie ein häufiges Problem darstellt. Auch soziale Stressoren (z.B. Arbeitslosigkeit) können Sexualstörungen verursachen.

### Behandlungsmöglichkeiten der ED

Als erste wirksame pharmakologische Therapie der ED wurde 1982 die Schwellkörper-Autoinjektionstherapie (SKAT) mit Papaverin und Phentolamin, kurz darauf mit Prostaglandinen eingeführt; Letztere wird bis heute verwendet. Der wirkliche Durchbruch in der medikamentösen ED-Behandlung war jedoch die Einführung der oralen Therapie mit Sildenafil 1998. Sildenafil ist ein Hemmer der Phosphodiesterase-5 (PDE5) im Schwellkörper und bewirkt nach sexueller Stimulation eine Erektion. Heute sind neben Sildenafil noch die PDE5-Hemmer Vardenafil und Tadalafil im Handel, wobei sich diese drei Substanzen nicht in ihrer in zahlreichen Studien nachgewiesenen Wirksamkeit, jedoch in der Wirkdauer, der Zeit bis zum Wirkungseintritt und geringgradig auch im Nebenwirkungsprofil unterscheiden. Die kardiovaskuläre Sicherheit von PDE5-Hemmern wurde besonders in der Anfangsphase häufig diskutiert. Bei genauer

Tabelle 2

### Unterscheidungsmerkmale zwischen organischen und psychischen Sexualstörungen

Kriterium	Organisch	Psychisch
Alter	älter	jünger
Beginn	schrittweise (außer postoperativ oder posttraumatisch)	akut
Begleitumstände	global	situationsabhängig
Symptomverlauf	konsistent oder progredient	intermittierend
Libido	normal	reduziert
Organische Risikofaktoren	vorhanden	fehlend bzw. variabel
Partnerproblem	sekundär	schon zu Beginn
Angstproblematik	sekundär	primär

Modifiziert nach Hengeveld MW, Springer 1991

Beachtung der Kontraindikationen – unter anderem: gleichzeitige Einnahme von Nitraten und NO-Donatoren, instabile Angina pectoris, schwere Herzinsuffizienz, Insult oder Infarkt vor weniger als sechs Monaten, schwere Leberinsuffizienz – sind PDE5-Hemmer als sicher zu betrachten.

Der bisher größte Teil der Sicherheitsstudien von PDE5-Hemmern wurde mit Sildenafil durchgeführt. So zeigten die Ergebnisse der „Prescription Event Monitoring Study“ (Boshier et al. 2002), dass auch in der breiten Anwendung – bei Verordnung von Ärzten in der Praxis ohne formale Ein- und Ausschlusskriterien – Herzinfarkte sowie Todesfälle durch KHK bei Sildenafil-Anwendern nicht häufiger beobachtet wurden als in der vergleichbaren Allgemeinbevölkerung. Typische Nebenwirkungen von PDE5-Hemmern sind Kopfschmerzen, Hitzewallungen („Flush“), Dyspepsie, Nasenverstopfung und Sehstörungen. Weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten von untergeordneter Bedeutung sind MUSE (Einbringung von Prostaglandin in die Harnröhre mittels spezieller Applikationssysteme) und orales Apomorphin. Auch Vakuum-Erektionshilfen können mit bestimmten Einschränkungen bzw. Nebenwirkungen (Petechien, Ekchymosen, Ejakulationsstörungen) verwendet werden. Auf chirurgische Interventionsmöglichkeiten wie Penisimplantate soll hier nicht eingegangen werden.

### Behandlungsoptionen für die Ejaculatio praecox

Selbst wenn seine Bedeutung im Alter etwas zurücktritt, ist der vorzeitige Samenerguss insgesamt die häufigste männliche Sexualstörung. In einer Studie von McMahon und Mitarbeitern, die 2005 publiziert wurde, wurde die Wirkung von Sildenafil in dieser Indikation erprobt. Es zeigte sich unter Sildenafil ein Trend zur Verlängerung der Zeit bis zur Ejakulation, der allerdings keine statistische Signifikanz erreichte. Derzeit werden SSRI als medikamentöse Therapieoption angewendet. Andere Therapieoptionen sind anästhetische Salben und der Einsatz von SSRI, die in dieser Indikation zunächst täglich, dann bei Bedarf genommen werden.

## Allgemeinmedizin und Sexualtherapie

Der Allgemeinmediziner ist oft erster Ansprechpartner für Männer mit Sexualstörungen. Dort, wo es nötig ist, sollten spezifische sexualtherapeutische Angebote in Anspruch genommen werden.

Die Erfahrung lehrt, dass in der Allgemeinpraxis sexuelle Probleme von Männern zumeist gar nicht oder erst im allerletzten Moment (also z.B. knapp vor Ende des Beratungsgesprächs) geäußert werden. Es ist daher notwendig, dieses Thema aktiv anzusprechen.

### Allgemeinmedizinische Beobachtungen

Zwar gibt es aus der Allgemeinmedizin wenig „wissenschaftliche Evidenz“ zum Thema Sexualstörungen, jedoch verfügt jeder Hausarzt, der sich länger in der Praxis befindet, über einen persönlichen Erfahrungsschatz zu diesem Thema. Eine dieser Erfahrungen besteht darin, dass altersbedingte Veränderungen der sexuellen Funktion – wie vieles andere auch – in einer liebevollen Partnerschaft besser zu bewältigen sind. Diese Tatsache soll jedoch zu keiner parteiischen Haltung führen.

Auch Männern, die ihre Sexualität außerhalb einer stabilen Partnerschaft (aus)leben wollen, muss mit der gleichen ärztlichen Obsorge begegnet werden. Schließlich belastet alle Männer, wie auch immer sie ihre Partnerschaft gestalten, die Versagensangst in gleicher Weise. Immer wieder wird Hausärztinnen und Hausärzten von Ehefrauen versichert, die nachlassende genitale Leistungsfähigkeit ihrer Männer störe sie überhaupt nicht. Die betroffenen Männer sind hingegen vielfach nicht in der Lage, das zu glauben, und fühlen sich von ihren Frauen lediglich getröstet, jedoch nicht verstanden. Die Einführung der PDE5-Hemmer als wirksame und relativ einfache, weil oral verabreichbare pharmakologische Therapie zur Behandlung der ED hat sicherlich den Weg zu entkrampfteren ärztlichen Gesprächen über das Thema männliche Sexualstörungen geebnet und ermöglicht nicht medikamentöse Problemlösungsversuche in aller Gelassenheit.

### Sexualtherapeutische Ansätze

Sexualität ist ein menschliches Grundbedürfnis, das unabhängig vom Alter besteht. Die wichtigste Voraussetzung für die Behandlung von Sexualstörungen ist eine offene und respektvolle Haltung gegenüber dem Hilfe suchenden Patienten sowie die Anerkennung sexueller Bedürfnisse unabhängig vom Alter. Für Patienten – aber auch für Ärzte! – ist Sexualität oft tabuisiert, emotional belegt und mit Angst besetzt. Viele Patienten erwarten, dass der Arzt die Initiative zu einem Gespräch über ihre Sexualstörung ergreift.

Grundsätzlich können zwei Situationen voneinander unterschieden werden. Zum einen kann der Patient wegen einer Sexualstörung in die Ordination kommen. In diesem Fall sollte zunächst eine Sexualanamnese erhoben werden. Dann sind mögliche Ursachen für die Störung zu besprechen. Als nächstes ist der Therapiewunsch zu erfragen, dann sollten die vorhandenen Therapieoptionen erörtert werden. Wichtig ist es auch, die Partnerin bzw. den Partner einzubeziehen, sofern das möglich ist.

Die zweite Situation besteht in einem Arztbesuch wegen anderer Erkrankungen. Hier sollte auf das Risiko für Sexualstörungen hingewiesen werden. Wichtig ist, das Thema so anzusprechen, dass der Patient antworten kann, aber nicht antworten muss. Der Arzt sollte lediglich Gesprächsbereitschaft signalisieren, aber keinen Druck auf den Patienten ausüben. In jedem Fall sind die in der Regel in hausärztlichen Karteien bereits vorhandenen somatischen und psychosozialen Informationen eine unschätzbare Hilfe.

Behandlungsmöglichkeiten sind neben Information und Beratung sowie der bereits erwähnten pharmakologischen Therapie einerseits supportive Therapie (begrenzte Begleittherapie im Rahmen der somatotherapeutischen Behandlung) und andererseits Sexualtherapie im engeren Sinne bei chronifizierten Sexualstörungen.

Grundlage jeder Therapie sollte ein Aufklärungsgespräch hinsichtlich falscher Vorstellungen über die sexuelle Leistungsfähigkeit sein. ■

<sup>1</sup>Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol* 2005 Mar; *Epub* 2004 Dec. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S., Department of Urology and Andrology, Donauespital im SMZ Ost, Langobardenstraße 122, A-1220 Vienna, Austria.