

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
(Direktorin: Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**Umgang von Urologinnen und Urologen mit Patientinnen und Patienten
mit sexuellen Problemen**

Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von

Adam Gawlik
aus Groß Strehlitz

Kiel 2023

1. Berichterstatter/in: Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz

2. Berichterstatter/in: Priv.-Doz. Dr. Marion van Mackelenbergh

Tag der mündlichen Prüfung: 17.12.2024

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 26.08.2024

gez.: Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops

(Vorsitzende/r der Prüfungskommission)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Häufige sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen.....	2
1.1.1 Erektile Dysfunktion	2
1.1.2 Ejaculatio praecox	3
1.1.3. Weitere sexuelle Funktionsstörungen bei Männern	4
1.2 Geschlechtsunterschiede in der Praxis	5
1.3. Interaktion Arzt/Ärztin-Patient/in	5
1.4. Fragestellung	6
2. Methodik	7
2.1 Der Interviewleitfaden.....	7
2.2 Stichprobengewinnung	9
2.3 Datenerhebung	10
2.4 Datenauswertung	10
3. Ergebnisse	11
3.1 Charakteristika der Stichprobe	11
3.2. Ansprache sexueller Probleme durch Patientinnen und Patienten	12
3.3. Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen.....	16
3.4. Schwierigkeiten mit der Ansprache sexueller Probleme.....	18
3.5 Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der urologischen Praxis,nachdem sexuelle Probleme thematisiert wurden	22
3.6. Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der urologischen Praxis	25
3.7. Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten	29
3.8. Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme	31
3.9. Weiteres Thema: die Kosten	33
4. Diskussion	36
4.1 Ansprache sexueller Probleme durch Patientinnen und Patienten	36
4.2 Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen.....	39
4.3 Schwierigkeiten mit der Ansprache sexueller Probleme.....	39
4.4 Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der urologischen Praxis, nachdem sexuelle Probleme thematisiert wurden	40

4.5 Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der urologischen Praxis	40
4.6 Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten	42
4.7 Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme	42
4.8 Die Kosten von Diagnostik und Therapie sexueller Störungen	43
4.9 Stärken und Schwächen der Arbeit	44
4.10 Schlussfolgerungen	45
5. Zusammenfassung	47
6. Literaturverzeichnis.....	49
7. Anhang	52
7.1 Einverständniserklärung.....	52
7.2 Aufwandsentschädigng	54

1. Einleitung

Sexualität wird heute als elementarer Bestandteil von Gesundheit und Lebensqualität angesehen, auch im höheren Lebensalter. Entsprechend definiert die World Health Organisation (WHO, 2006) sexuelle Gesundheit aktuell folgendermaßen: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen [...]“. Diese Definition der sexuellen Gesundheit geht somit über die funktionale Ebene der Sexualität hinaus und lenkt den Fokus auf die psychischen und gesellschaftlichen Ursachen und Folgen von sexuellen Problemen und fordert somit implizit eine adäquate Berücksichtigung.

Wurde früher der Libidoverlust ab einem gewissen Alter als "normal" hingenommen, wird ihm heute vielfach auch von den Patientinnen und Patienten Krankheitswert beigemessen und es wird aktiv nach Möglichkeiten zur Beeinflussung gesucht. In diesem Kontext ist die Markteinführung der PDE-5-Hemmer (z.B. Sildenafil) zu sehen, die Verbesserungen in der Versorgung ermöglichen (Loran et al., 2009), aber noch keine Kassenleistung in Deutschland sind.

Für die deutsche Bevölkerung ergibt sich in Anbetracht der demographischen Entwicklung sowie des Trends zur Kompression der Morbidität für heute und die Zukunft ein steigender Behandlungsbedarf sexueller Probleme, da auch in der Altersgruppe der 70- bis 80-jährigen 71.3% der Männer regelmäßige sexuelle Aktivität angeben (Braun et al., 2000). Bei Frauen über 70 Jahren geben immerhin noch ca. 18% sexuelle Aktivität an, wobei die häufigste Form Masturbation war (Smith et al., 2007).

In dieser Arbeit wurde mittels qualitativer Leitfadeninterviews untersucht, wie Urologinnen und Urologen aus ihrer subjektiven Sicht mit sexuellen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten in der niedergelassenen Praxis umgehen.

In der Einleitung werden zunächst die häufigsten sexuellen Probleme kurz erläutert. Anschließend wird der aktuelle Wissensstand zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen dargestellt.

1.1 Häufige sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen

Eine Übersicht über häufige sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen bietet Tabelle 1. Zu bedenken ist allerdings, dass sexuelle Funktionsstörungen stark vom Alter der Befragten abhängen und Prävalenzangaben sich zwischen den Studien unterscheiden (siehe im Weiteren ab Kapitel 1.1.1).

Tabelle 1: Häufige sexuelle Funktionsstörungen bei Männern und Frauen

Männer	Frauen
1. Vorzeitiger Samenerguss	1. Mangelnde Appetenz
2. Versagensangst	2. Anorgasmie
3. Mangelnde Appetenz	3. Lubrikationsstörungen
4. Erektionsstörungen	4. Dyspareunie

(Rosen et al., 1998)

1.1.1 Erektile Dysfunktion

Die erektile Dysfunktion wurde von der NIH Consensus Conference 1993 definiert als "die fortwährende Unfähigkeit, eine penile Erektion, die für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreicht, zu erreichen oder aufrecht zu erhalten". Diese Problematik sollte über mindestens ein halbes Jahr fortbestehen (Haensch et al., 2018).

Zur Epidemiologie der erektilen Dysfunktion liefert die Massachusetts Male Aging Study (MMAS) Aussagen, bei der zwischen 1986 und 1989 1709 Männer, die zufällig in Städten in der Region um Boston ausgewählt wurden, Blutproben abgaben, physiologisch getestet und befragt wurden (Feldman et al., 1994). Zur Prävalenz lässt sich aus diesen Daten sagen, dass in der Altersgruppe 40-70 Jahre 52% der Männer mindestens eine leichtgradig gestörte Erektionsfähigkeit angaben und sich nur 32% der 70-jährigen als frei von einer erektilen Dysfunktion beschrieben. Des Weiteren verdreifachte sich die Rate einer anamnestisch kompletten Impotenz zwischen 40 und 70 Jahren von ~5% auf ~15% (Feldman et al., 1994).

Aus den Längsschnittdaten der MMAS-Arbeitsgruppe wurden 2000 auch erstmals Inzidenzen der erektilen Dysfunktion extrapoliert. Sie wird global mit 26 pro 1.000 Männerjahre

angegeben, wobei sich eine starke Altersabhängigkeit zeigt. So betrug die Inzidenz in der Altersgruppe 40-49 Jahre 1,2%, für 50-59 Jahre 2,98% und für 60-69 Jahre 4,6% (Johannes et al., 2000). Bezüglich der deutschen Bevölkerung ist die Studie von Braun et al. erwähnenswert, in der fast 5.000 Männer im Großraum Köln befragt wurden (Braun et al., 2000). Hier betrug die Prävalenz der erektilen Dysfunktion in der Altersgruppe 40-49 Jahre 10%, für die 50-59-jährigen 15,4%, für die 60-69-jährigen 35% und für die Altersgruppe 70+ 50%. Selbst eingeschätzt empfanden 3,7%, 6,7%, 18,4% und 33,6% aller Männer der jeweils genannten Altersgruppen diese als behandlungsbedürftig.

Sowohl in der MMAS als auch in der Studie im Kölner Großraum zeigten sich - neben steigendem Lebensalter – Assoziationen der erektilen Dysfunktion zu folgenden Faktoren: Rauchen, Diabetes, arterieller Hypertonus und kardiovaskuläre Erkrankungen bzw. ihre medikamentöse Therapie, z.B. in Form von Vasodilatoren (Beier et al., 2000).

Zur Diagnostik lässt sich sagen, dass Anamnese und klinischer Befund oft bereits wegweisend sind. In manchen Fällen ist zur Abgrenzung eines Testosteronmangels eine Labortestung sinnvoll, bei Verdacht auf vaskuläre Ursachen evtl. eine Duplex-Sonografie der zu- und abführenden Gefäße. Insgesamt jedoch ist die Diagnostik seit der Einführung der PDE-5-Hemmer in den Hintergrund getreten, bei klinischem Verdacht wird oft ein empirischer Therapieversuch ohne apparative Diagnostik angestrebt (Haensch et al., 2018). Weitere Therapieoptionen umfassen die Behandlung eventueller Grunderkrankungen wie eines Diabetes, psychotherapeutische Angebote, physikalische Hilfsmittel wie Vakuum-Penis-Pumpen, lokale Therapien wie die SKAT (Schwellkörper-Auto-Injektions-Therapie; Linet et al., 1996) und MUSE (Medicated Urethral System for Erection; Padma-Nathan et al., 1997) sowie operative Verfahren.

1.1.2 Ejaculatio praecox

Die Ejaculatio praecox ist definiert als "anhaltendes oder wiederkehrendes Einsetzen des Orgasmus vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor es die Person wünscht" (Beier et al., 2000). Als Operationalisierung der Ejaculatio praecox findet sich eine intravaginal ejaculatory latency time (IVELT) von < 2 min, während die durchschnittliche IVELT 7 min beträgt (Jungwirth et al., 2008). Daten zur Prävalenz sind rar und schwankend, zum Beispiel 25% bis 40% in der männlichen US-Bevölkerung (Rosen et al., 1995). Deutsche Leitlinien gehen von 25% bis 30% betroffener Männer aus (Jungwirth et al., 2008). Der Leidensdruck

scheint groß zu sein (Beier et al., 2000), jedoch zeigen Studien konsistent deutlich niedrigere Raten des Ansprechens auf Therapien in der Praxis als in vorselektierten Patientenkollektiven der Zulassungsstudien (Beier et al., 2000; Catalan et al., 1990). An Diagnostik ist leitliniengerecht hauptsächlich eine genaue sexual-, psychosozial- sowie Medikamentenanamnese durchzuführen. Häufig zeigt sich hier zusätzlich zur Ejaculatio praecox eine erektile Dysfunktion sowie eine psychische Komponente. Deshalb stützt sich die Therapie zum Großteil auf die Behandlung dieser Komorbiditäten, zusätzlich kommen unterstützend medikamentöse Therapieverfahren in Betracht.

1.1.3. Weitere sexuelle Funktionsstörungen bei Männern

Hypogonadismus, Testosteronmangel, Libidoverlust

Der männliche Hypogonadismus ist ein durch Androgenmangel verursachtes klinisches Syndrom, welches verschiedene Organfunktionen und die Lebensqualität negativ beeinflussen kann. Diese negative Beeinflussung zeigte sich unter anderem in einer verzögerten Pubertät, verminderten sexuellen Lust und sexueller Aktivität, erektiler Dysfunktion und Gynäkomastie. Dies sind nur einige Symptome eines klinisch manifesten Androgenmangels (Dohle et al., 2019).

Bei Männern im Alter zwischen 40 und 79 Jahren lag der Schwellenwert für eine verminderte Häufigkeit sexueller Gedanken bei einem Gesamt-Testosteron von 8 nmol/L, für eine erektile Dysfunktion bei 8,5 nmol/L, für die verminderte Häufigkeit morgendlicher Erektionen bei 11 nmol/L (Dohle et al., 2019).

Die in der Praxis häufig genutzten Fragebögen (wie der gut untersuchte „ADAM questionnaire“) können Hinweise geben, sind in Sensitivität (88%) und Spezifität (60%) begrenzt, aber liefern weitgehend reproduzierbare Ergebnisse (Morley et al., 2000). Entsprechend sind Inzidenz und Prävalenz schwierig zu schätzen, aktuell wird in der Altersgruppe 40-70 Jahre eine Prävalenz von etwa 6% angenommen. Der Serum-Testosteronspiegel fällt physiologisch um etwa 1-2% pro Jahr ab (Hall et al., 2008; Bhasin et al., 2010).

Nicht-hormonelle Ursachen des Libidoverlustes sind oft in der Psyche und in Partnerschaftskonflikten begründet (Haensch et al., 2018). Diese sind naturgemäß –

insbesondere zu Studienzwecken - schwierig zu messen. Klinisch werden sie oft als Ausschlussdiagnosen oder mögliche Therapieversuche nach Ausschluss körperlicher Ursachen genutzt, was trotz abgeschlossener Diagnostik zur Ablehnung des Krankheitsmodells durch den Patienten führen kann, wenn eine somatische Fixierung vorliegt.

1.2 Geschlechtsunterschiede in der Praxis

In der Allgemeinbevölkerung gilt der Urologe bzw. die Urologin als "Männerarzt". Wie in den unter Punkt 1.1 aufgeführten Krankheiten zu sehen, sind in der Tat einige organische Ursachen der sexuellen Probleme (Ejaculatio praecox, erektile Dysfunktion) männerspezifisch, aber auch unter Frauen sind körperliche Ursachen nicht selten (Dyspareunie, Diabetes, ...). Als primäre Ansprechpartner/innen für Frauen werden die Gynäkologinnen und Gynäkologen gesehen, mit denen rund 55% der Frauen, die sexuelle Probleme haben, bereits von sich aus sexuelle Probleme thematisieren (Ahrendt et al., 2011).

Eine hohe Dunkelziffer von sexuellen Problemen ist trotz der prinzipiell ansprechbaren Ärztinnen und Ärzte für beide Geschlechter zu vermuten, was sich mit den Daten von Shindel et al. deckt. Diese befragten Medizinstudierende in den USA (mittleres Alter 24 Jahre) und sahen bereits in dieser sehr jungen Kohorte 63% der teilnehmenden Frauen als hochgradig gefährdet für eine sexuelle Funktionsstörung. Dies wurde anhand des validierten „Female Sexual Function Index“ (FSFI) gemessen. Die am häufigsten angegebenen Probleme der jungen Frauen waren Schmerzen (39%), Orgasmusstörungen (37%), Störungen des Verlangens (32%), der sexuellen Befriedigung (28%), der Gleitfähigkeit (26%) und der sexuellen Erregung (24%) (Shindel et al., 2008).

1.3. Interaktion Arzt/Ärztin-Patient/in

Obwohl auf die Arzt-Patienteninteraktion heute bereits in der Ausbildung viel Wert gelegt wird, scheint sie in der Praxis oft problembehaftet. So haben Patientinnen und Patienten beispielsweise das Gefühl, nicht richtig aufgeklärt zu werden oder dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. In einem intimen Bereich wie der Sexualität ist ein gutes Vertrauensverhältnis Grundvoraussetzung, um ins Gespräch zu kommen. Aktuelle Studien,

inwiefern es in der Praxis hierbei Probleme und Interventionsbedarf gibt, sind jedoch nicht vorhanden.

1.4. Fragestellung

In dieser Arbeit soll untersucht werden, wie niedergelassene Urologinnen und Urologen mit sexuellen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten umgehen. Konkret soll untersucht werden, ob, und wenn ja wie, sexuelle Probleme zur Sprache kommen und wie sicher die Urologinnen und Urologen sich in der Beratung und Therapie entsprechender Patientinnen und Patienten fühlen. Weitere Fragestellungen sind mögliche geschlechtsspezifische, altersspezifische und kulturelle Unterschiede im Umgang mit sexuellen Problemen ebenso wie Veränderungen über die letzten Jahre.

2. Methodik

Diese Promotion wurde im Rahmen einer Promotionsgruppe durchgeführt. Das übergeordnete Thema war die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der Allgemeinmedizin, Urologie und Gynäkologie. Diese Arbeit befasst sich mit der ambulanten Versorgung in der Urologie. Es handelt sich um eine explorative, qualitative Studie, da zu diesem Thema bisher keine Erkenntnisse vorlagen und das Ziel war, einen tiefen und differenzierten Eindruck von der Versorgung aus der subjektiven Sicht der Urologinnen und Urologen zu gewinnen. Aufgrund erwarteter Unsicherheiten bei diesem Thema auf ärztlicher Seite wurden persönliche Einzelinterviews durchgeführt, die den Interviewten eher erlauben, selbstkritisch zu berichten - im Unterschied zu einer Fokusgruppendiskussion, in der Kolleginnen und Kollegen ebenfalls zuhören.

Ein positives Votum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel liegt vor (Aktenzeichen: D 450/15).

2.1 Der Interviewleitfaden

Zur Erhebung der Daten wurde von der Promotionsgruppe gemeinsam ein Leitfaden erstellt, anhand dessen die teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Urologie und Gynäkologie interviewt wurden – je nach Fachdisziplin abgewandelt. Die Fragen waren möglichst offen gestellt, damit die Ärztinnen und Ärzte frei erzählen. Auch wurden die Interviewten immer wieder aufgefordert, zu erzählen. In dieser Dissertation bestand der Interviewleitfaden aus den folgenden 7 Fragenkomplexen.

1. Ansprache sexueller Probleme durch Patientinnen und Patienten

- Wenn Patientinnen bzw. Patienten von sich aus sexuelle Probleme ansprechen, welche Themen bringen sie auf?
- Berichten Männer auch von dem Problem Lustlosigkeit?
- Welche Worte benutzen Männer, um ihre Probleme zu schildern?
- Welche Worte benutzen Frauen, um ihre Probleme zu schildern?
- Kommen Patientinnen bzw. Patienten auch mit ungewöhnlichen sexuellen Problemen wie z.B. Paraphilie oder abnormen Praktiken?

2. Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen

- Gibt es Situationen, in denen Sie Ihre Patientinnen und Patienten standardmäßig auf sexuelle Probleme ansprechen? Können Sie mir diese Situationen schildern?
- Gibt es bestimmte Erkrankungen, bei denen Sie die Patientinnen und Patienten auf mögliche sexuelle Probleme ansprechen?
- Gibt es bestimmte Therapien, bei denen Sie die Patienten aktiv ansprechen?
- Gibt es bestimmte Medikamente, bei denen Sie die Patienten aktiv ansprechen?

3. Schwierigkeiten mit der Ansprache sexueller Probleme

- Gibt es Patientinnen bzw. Patienten, bei denen Sie sexuelle Probleme vermuten, bei denen das Thema aber nicht zur Sprache kommt – weder von Ihnen noch von den Patienten? Erzählen Sie mal.
- Wie leicht oder schwer fällt es Ihnen generell, sexuelle Probleme anzusprechen?
- Gibt es Unterschiede zwischen bekannten und nicht bekannten Patienten bzw. Patientinnen?
- Haben Sie das Gefühl, dass sich in den letzten Jahren in Bezug auf das Ansprechen sexueller Probleme etwas geändert hat?

4. Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der urologischen Praxis, nachdem sexuelle Probleme thematisiert wurden

- Wenn Patientinnen bzw. Patienten sexuelle Probleme ansprechen: Wie gehen Sie dann weiter vor?
- Welche sexuellen Probleme bei Ihren Patientinnen und Patienten haben Sie im Blick? Welche Diagnosen stellen Sie am häufigsten?
- Welche Behandlungsangebote machen Sie Ihren Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen?
- Setzen Sie spezifische Medikamente ein? Wenn ja, welche?

5. Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der urologischen Praxis

- Bei welchen sexuellen Problemen fühlen Sie sich in der Beratung sicher?
- Welche sexuellen Probleme bereiten Ihnen in der Beratung Schwierigkeiten?

- Gibt es Patientengruppen, bei denen ein Gespräch über sexuelle Probleme schwierig ist (z.B. Patienten/Patientinnen des jeweils anderen Geschlechts, aus anderen Kulturkreisen, ältere Menschen, Patienten/Patientinnen, die nicht heterosexuell sind)?
- Mit welchen sexuellen Problemen können Sie nichts anfangen? Wie gehen Sie hier weiter vor?
- Überweisen Sie Patientinnen bzw. Patienten mit sexuellen Problemen? Und wenn ja, wohin?

6. Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten

- Wie nehmen die Patientinnen bzw. Patienten die Behandlungsangebote an? Welche eher ja, welche eher nein?
- Wie erfolgreich sind die Behandlungen aus Ihrer Erfahrung?

7. Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme

- Was haben Sie im Studium über sexuelle Probleme, Diagnostik und Therapie gelernt?
- Was haben Sie in der Weiterbildung/Fortbildung über sexuelle Probleme, Diagnostik und Therapie gelernt?
- Sollte das Thema Ihrer Ansicht nach eine größere Rolle in der Ausbildung/Weiterbildung/Fortbildung spielen?
- Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf im Sinne einer Förderung des Arzt-Patienten-Gespräches über sexuelle Probleme?

Am Ende der Interviews wurde den Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit gegeben, Aspekte anzusprechen, die noch nicht Thema waren. So wurde das Interview mit der folgenden Frage beendet:

Gibt es noch irgendein Thema, das ich im Zusammenhang mit dem Ansprechen, der Diagnostik und der Behandlung von sexuellen Problemen nicht angesprochen habe?

2.2 Stichprobengewinnung

Aus einem Verzeichnis aller in Schleswig-Holstein niedergelassenen Urologinnen und Urologen wurden zufällig 25 Urologen ausgewählt und vorerst telefonisch, dann schriftlich um Teilnahme an einem Leitfadeninterview gebeten. Von diesen erklärten sich 15 bereit, an der Studie teilzunehmen.

2.3 Datenerhebung

Die Interviews fanden in den jeweiligen Arztpraxen statt, in allen Fällen nach der Sprechstunde. Voraussetzung war eine vorherige, schriftliche Einverständniserklärung. Nach den Interviews erhielten die Teilnehmer/innen eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro. Die Interviews wurden mittels Sprachrecorder (Model Sony ICD-PX333) aufgezeichnet, die Aufzeichnungen danach wörtlich transkribiert und anonymisiert. Nach der Durchführung von 10 Interviews kamen keine neuen Aspekte mehr hinzu, so dass bei den 15 durchgeführten Interviews eine Datensättigung angenommen werden kann.

2.4 Datenauswertung

Die transkribierten Interviews wurden in die Analyse-Software MAXQDA eingefügt und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Das Codieren erfolgte deduktiv auf Basis der im Interviewleitfaden aufgeführten Fragen sowie induktiv auf Basis der Interviews.

Zwei der Interviews wurden unabhängig von einem anderen Mitglied der Promotionsgruppe (Elisa Dobberkau) codiert und die Codes abgeglichen, um keine Themen zu übersehen. Zusätzlich wurden alle codierten Interviews von einer weiteren Studentin überprüft (Sylvie Marie Butzek). Diese fand aber keine neuen Aspekte.

3. Ergebnisse

3.1 Charakteristika der Stichprobe

Die Teilnehmenden waren alle in Schleswig-Holstein niedergelassen. Aufgrund der Verteilung der kassenärztlichen Sitze mit deutlichem Fokus auf die größeren Städte waren es in Städten praktizierende Urologinnen und Urologen. Die Charakteristika der Interviewten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Charakteristika der interviewten Urologinnen und Urologen (n=15)

Merkmal	Ausprägung
Anteil Urologinnen	33,3%
Niedergelassen in Kiel, Lübeck, Bad Segeberg, Neumünster, Rendsburg, Eckernförde	100%
Durchschnittsalter aller Teilnehmer/innen	52,3 Jahre
min. - max.	41 – 67 Jahre
Jahre seit Niederlassung (Durchschnitt)	13,8 Jahre
min. - max.	1 – 28 Jahre

Die Interviewergebnisse werden entlang der 8 gebildeten Haupt- und 11 Unterkategorien dargestellt. Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Kategorien.

Tabelle 2: Aus den Interviews hervorgegangene Haupt- und Unterkategorien

Hauptkategorien	Unterkategorien
Ansprache durch die Patientinnen und Patienten (Themen, Worte)	<ul style="list-style-type: none">- durch Männer- durch Frauen
Ansprache durch die Urologinnen und Urologen	<ul style="list-style-type: none">- standardmäßiges Ansprechen- Ansprechen bei spezifischer Komorbidität- Ansprechen bei spezifischer Therapie
Schwierigkeiten mit der Ansprache	
Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen	
Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung	
Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten	
Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme	<ul style="list-style-type: none">- Studium- Weiterbildung- Fortbildungsangebote- Wünsche an Fortbildung
Kosten für Diagnostik und Therapie	<ul style="list-style-type: none">- Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung- Individuelle Gesundheitsleistungen

3.2. Ansprache sexueller Probleme durch Patientinnen und Patienten

Das von Patienten am häufigsten angesprochene sexuelle Problem ist nach einhelliger Meinung die erektile Dysfunktion. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Ejaculationsstörungen, hier meist die Ejaculatio praecox. Seltener aufgebracht werden Störungen des sexuellen Verlangens, auch assoziiert mit der Vermutung eines Testosteronmangelsyndroms. Nur selten genannt wurden von den Ärztinnen und Ärzten sexuell übertragbare Krankheiten und unerfüllter Kinderwunsch als von Patientinnen und Patienten aufgebrachte Themen.

Interviewer: Wenn Patienten bzw. Patientinnen von sich aus sexuelle Probleme ansprechen, welche Themen bringen sie auf?

Arzt/Ärztin:

„Vorherrschend erektile Dysfunktion, selten Libidostörungen“ (Code: Ansprache durch die Patienten, Interview 1, Urologe 1, Zeile 2)

„Also bei Männern sind es vorrangig Erektionsbeschwerden, zum Großteil. Dann gibt es natürlich auch den vorzeitigen Samenerguss, also die Ejaculatio praecox...“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Männern angesprochen werden, Interview 15, Urologin 5, Zeile 3)

Ob Männer über Lustlosigkeit berichten, wurde gesondert gefragt. Es zeigte sich eine gewisse Heterogenität in den Antworten. Während manche Interviewte von einem häufigen Symptom sprachen, empfanden andere dieses Thema als selten. Einigkeit herrschte weitestgehend bezüglich der Ursachen der Lustlosigkeit: Neben Stress wurde vor allem auf die Abhängigkeit von der Partnerschaftssituation hingewiesen. So wird eine gewisse Lustlosigkeit in langjährigen Partnerschaften als eher normal verstanden, in kurzen jedoch als pathologisch.

Interviewer: Berichten Männer auch von dem Problem Lustlosigkeit?

Arzt/Ärztin:

"Ja, gehört halt zum großen Schwerpunkt Klimakterium virile - also die Testosteronmangel-Syndrome-, aber auch viel Stress..." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Männern angesprochen werden, Interview 3, Urologe 3, Zeile 12)

„Lustlosigkeit ist schon häufig ein Thema, aber da muss man wirklich unterscheiden. In langjährigen Beziehungen wird Lustlosigkeit doch mal anders empfunden als in kürzeren Beziehungen. Da ist für mich immer die Frage, wenn Männer auf der Straße attraktive Frauen sehen, geht der Blick dorthin? Interessiert die Männer das Thema Sexualität? Und wenn die sagen, ja, wenn ich tolle Frauen sehe, geht mein Blick dorthin, nur in der Partnerschaft nicht - dann weiß man, dass es meistens keine organische Störung ist...“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Männern angesprochen werden, Interview 6, Urologe 5, Zeile 21)

„Selten berichten Männer über eine reine Libidostörung...“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Männern angesprochen werden, Interview 1, Urologe 1, Zeile 7)

Im Gegensatz zu Männern bringen Frauen in der urologischen Praxis nur sehr selten sexuelle Probleme vor, am ehesten Scheidentrockenheit, Schmerzen, Harnwegsinfekte oder Inkontinenz im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr. Die meisten Urologen vermuteten, dass die Ansprache sexueller Probleme eher in der Gynäkologie erfolgt.

Interviewer: Welche Themen werden von Frauen angesprochen?

Arzt/Ärztin:

"Von Frauen werden hier selten sexuelle Probleme angesprochen, wenn dann in Verbindung mit Harnwegsinfekten, die dann zu sexuellen Störungen führen oder eine trockene Scheide...das ist auch eher was für den Gynäkologen..." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Frauen angesprochen werden, Interview 1, Urologe 1, Zeile 10)

„Das wird relativ selten angesprochen. Wenn, dann ist es meistens schmerzhafter Geschlechtsverkehr oder Unterbauchbeschwerden, Harnwegsinfekte nach Geschlechtsverkehr..." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Frauen angesprochen werden, Interview 8, Urologe 7, Zeile 14)

„Also im Rahmen jetzt der direkten Sexualität eigentlich eher gar nicht. Was ganz selten mal kommt, zum Beispiel im Rahmen der Inkontinenzproblematik, dass beim Verkehr Urin verloren wird..." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Frauen angesprochen werden, Interview 10, Urologe 8, Zeile 32)

„In der Urologie gar nicht. Die gehen zum Gynäkologen..." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Themen, die von Frauen angesprochen werden, Interview 12, Urologin 3, Zeile 14)

Männer sprechen sexuelle Probleme selten direkt an. Weder am Telefon, noch am Anmeldetresen nennen sie sexuelle Probleme als Grund für die Konsultation, sondern kommen erstmal z.B. zur Krebsvorsorge. Erst im Laufe des ärztlichen Gesprächs kommen sie darauf zu sprechen, jedoch meist indirekt. Nur eine Minderheit spricht diese Probleme offen an.

Interviewer: Welche Worte benutzen Männer, um ihre Probleme zu schildern?

Arzt/Ärztin:

"Sie reden drum herum. Das sagen sie nicht am Telefon, das sagen sie nicht am Tresen." (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Männer an, Interview 5, Urologin 1, Zeile 31)

„Sehr leise, zurückhaltende Worte. Umschreiben das Thema eher gern so ein bisschen als direkt da drauf anzusprechen.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Männer an, Interview 10, Urologe 8, Zeile 36)

„Sie umschreiben es oft sehr schamhaft. Manche sind auch ganz direkt, die sagen klar, dass sie Potenzprobleme haben, aber es sind wenige.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Männer an, Interview 12, Urologin 3, Zeile 17)

„Manche kommen mit einer vorgefertigten Diagnose, reden dann auch gleich schon von der Ejaculatio praecox oder erektilen Dysfunktion - das sind meistens eher die Jüngeren, die im Internet schon viel gelesen haben. Die älteren Männer drücken das meistens gar nicht so konkret aus.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Männer an, Interview 5, Urologin 5, Zeile 39)

Wie bereits erwähnt, ist die Ansprache sexueller Probleme durch Frauen in der Urologie selten. Wenn sie geäußert werden, scheint dies eher gegenüber Ärztinnen zu sein und sehr klar. Von Umschreibungen, wie es von den männlichen Patienten berichtet wurde, berichtete keine/r der Urologen und Urologinnen.

Interviewer: Welche Worte benutzen Frauen, um ihre Probleme zu schildern?

Arzt/Ärztin:

„Die sind relativ direkt, muss man sagen. Also Frauen sind da völlig anders als Männer gestrickt - die sind relativ direkt.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Frauen an, Interview 8, Urologin 7, Zeile 24)

„Die benennen es etwas klarer: ich habe immer wieder Blasenentzündungen, ich habe nach dem Sex Beschwerden in der Scheide.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Wie sprechen die Patienten das an/Wie sprechen es Frauen an, Interview 3, Urologin 3, Zeile 33)

Ungewöhnliche sexuelle Praktiken werden selten thematisiert. Andererseits berichteten viele Urologinnen und Urologen Anekdoten, dass sie z.B. Gegenstände aus dem Enddarm oder der Blase bergen mussten. Letzteres scheint darauf zu beruhen, dass verschiedene Formen der Harnröhrenstimulation eine gewisse Verbreitung haben.

Interviewer: Kommen Patientinnen bzw. Patienten auch mit ungewöhnlichen sexuellen Problemen wie z.B. Paraphilie oder abnormen Praktiken?

Arzt/Ärztin:

"Nein, also Paraphilien habe ich überhaupt nicht." (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Abnorme Neigungen, Interview 13, Urologin 3, Zeile 24)

„Wir haben da selten, aber haben auch mal Einzelfälle, wo sich Patienten im Bereich der Harnröhre manipulieren oder da was reinstecken.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Themen/Abnorme Neigungen, Interview 11, Urologe 9, Zeile 34)

3.3. Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen

Die niedergelassenen Urologen und Urologinnen sprechen die Patienten eher nicht standardmäßig aktiv auf Themen der sexuellen Gesundheit an. Als Grund dafür wird unter anderem Zeitmangel genannt. Nur einige scheinen das Thema aktiv bei neuen Patienten anzusprechen.

Interviewer: Gibt es Situationen, in denen Sie Ihre Patientinnen und Patienten standardmäßig auf sexuelle Probleme ansprechen?

Arzt/Ärztin:

„Nicht bei Patienten, die hier nur zur Vorsorge kommen, da spreche ich das Thema nicht an, aus Zeitgründen.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Nicht-Ansprechen, Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Zeitmangel, Interview 1, Urologe 1, Zeile 63)

„Nein, das mache ich nicht. Wenn mich einer anspricht, ist das gut.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Nicht-Ansprechen, Interview 7, Urologe 6, Zeile 80)

„Anamnese, neue Patienten, da mache ich das eigentlich immer.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 3, Urologe 3, Zeile 102)

Das Ansprechen von sexuellen Störungen als Standard erfolgt eher bei Erkrankungen, die mit sexuellen Störungen assoziiert sind, wie bei Problemen mit der Erektionsfähigkeit, onkologischen und neurologischen Erkrankungen, aber auch bei spezifischen Befundkonstellationen wie z.B. rezidivierenden Zystitiden.

Interviewer: Gibt es bestimmte Erkrankungen, bei denen Sie die Patientinnen und Patienten auf mögliche sexuelle Probleme ansprechen?

Arzt/Ärztin:

„Also Prostatakarzinom und Erektionsfähigkeit ist natürlich Standard, dass das abgefragt wird.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 8, Urologe 7, Zeile 84)

„In erster Linie onkologische Erkrankungen.“ (Code: Erkrankungen, die sexuelle Probleme mit sich bringen, Interview 1, Urologe 1, Zeile 73)

„Bei Prostatakrebs. Da spielen Themen wie Inkontinenz und Impotenz eine wichtige Rolle.“ (Code: Erkrankungen, die sexuelle Probleme mit sich bringen, Interview 5, Urologin 1, Zeile 150)

„In der Regel Patienten mit neurologischen Erkrankungen.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 4, Urologe 4, Zeile 100)

„Ja, gibt es durchaus. Gerade wenn man urologische Vorsorgeuntersuchungen macht und irgendwelche, was weiß ich was, gestaute Samenblasen sieht oder irgendwelche Prostataverkalkungen, dass man es dann sehr wohl dann auch aktiv fragt.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 14, Urologe 10, Zeile 95)

Passend zu den onkologischen Erkrankungen, sind es vor allem onkologische Therapien, bei denen standardmäßig sexuelle Probleme angesprochen werden.

Interviewer: Gibt es bestimmte Therapien, bei denen Sie die Patienten aktiv ansprechen?

Arzt/Ärztin:

„Bei Patienten nach radikalen Beckenoperationen.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 4, Urologe 4, Zeile 122)

„Bei onkologischen Therapien, z.B. Prostatakrebs, Hodenkrebs, Blasenkrebs.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 6, Urologe 5, Zeile 124)

Eine Ansprache auf sexuelle Probleme erfolgt auch bei spezifischer Medikation der Patientinnen und Patienten – wobei hier verschiedene Beispiele genannt wurden und die Ansprache nicht immer standardmäßig erfolgt.

Als Beispiele wurden Medikamente genannt, die nicht nur eine Wirkung auf die Prostata haben, sondern auch bei verschiedenen Grunderkrankungen eingesetzt werden, wie der arteriellen Hypertonie oder dem Diabetes mellitus.

Interviewer: Gibt es bestimmte Medikamente, bei denen Sie die Patienten aktiv ansprechen?

Arzt/Ärztin:

"Bei Medikamenten frage ich das schon mal ab, wenn ich weiß, dass sexuelle Störungen zum Nebenwirkungsprofil des Medikamentes gehören." (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 1, Urologe 1, Zeile 83)

„Onkologische Medikamente, die LH-RH-Analoga, die ganze antiandrogene Therapie.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 2, Urologe 2, Zeile 84)

„Bei den Antihypertensiva und Antidiabetika frage ich das schon mal ab.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 4, Urologe 4, Zeile 124)

„Es sei denn, ich sehe in ihren Medikamentenplänen, dass sie Antidepressiva bekommen zum Beispiel.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 7, Urologe 6, Zeile 100)

„Ja, wie eben erwähnt, bei den Medikamenten zur Therapie der BPH zum Beispiel. Also Medikamente wie 5-alpha-Reduktasehemmer oder Alpha-Blocker.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Standardmäßiges Ansprechen, Interview 13, Urologin 4, Zeile 100)

3.4. Schwierigkeiten mit der Ansprache sexueller Probleme

Bisher ist deutlich geworden, dass die Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen eher in spezifischen Situationen und Konstellationen stattfindet, nicht standardmäßig bei allen Patientinnen und Patienten. Im Weiteren wurden die Gründe dafür untersucht. Neben dem Nichtansprechen seitens der Patientinnen und Patienten wurde Zeitmangel als wichtiger Grund genannt. Entsteht bei den Ärztinnen und Ärzten die Vermutung eines Leidensdrucks, so werden die Patientinnen und Patienten teilweise schon auf das Problem angesprochen. Die aktive Ansprache durch den Patienten bzw. die Patientin wird von der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte gewünscht.

Interviewer: Gibt es Patientinnen bzw. Patienten, bei denen Sie sexuelle Probleme vermuten, bei denen das Thema aber nicht zur Sprache kommt - weder von Ihnen noch von den Patienten?

Arzt/Ärztin:

"Ja, das gibt es nicht selten; die Patienten trauen sich nicht, ich habe keine Zeit, das ist das Problem." (Code: Ansprache durch den Arzt/Werden vom Arzt sexuelle Probleme beim Patienten vermutet, Interview 1, Urologe 1, Zeile 89)

„Ich denke schon, dass es da einige gibt, die eigentlich das nochmal sagen wollten, aber nicht dann direkt von mir da drauf angestoßen werden.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Werden vom Arzt sexuelle Probleme beim Patienten vermutet, Interview 10, Urologe 8, Zeile 100)

„Also ich denke, die Patienten werden schon auf mich zukommen, wenn sie da ein Problem haben.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Werden vom Arzt sexuelle Probleme beim Patienten vermutet, Interview 5, Urologin 1, Zeile 165)

„Das Gefühl habe ich schon manchmal. Ich frage schon mal beiläufig, ob da alles in Ordnung ist.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Werden vom Arzt sexuelle Probleme beim Patienten vermutet, Interview 7, Urologe 6, Zeile 106)

„Also ich glaube, ich kann behaupten, wenn ich darauf komme, das zu vermuten, würde ich auch einen Weg finden, da ein bisschen anzuklopfen und es versuchen, herauszuhören.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Werden vom Arzt sexuelle Probleme beim Patienten vermutet, Interview 13, Urologin 4, Zeile 111)

Die Urologinnen und Urologen wurden gefragt, wie sicher sie sich bei der Ansprache sexueller Probleme fühlen, da Unsicherheit eine Barriere des Ansprechens sein kann. Unsicherheit wurde grundsätzlich verneint, da sexuelle Störungen in der Urologie dazu gehören. Lediglich zu Beginn der Tätigkeit in der Urologie sei es schwer gewesen, aber die ärztliche Routine hätte Sicherheit gebracht.

Interviewer: Wie leicht oder schwer fällt es Ihnen generell, sexuelle Probleme anzusprechen?

Arzt/Ärztin:

„Da habe ich keine Probleme damit. Das gehört zur Urologie dazu.“ (Code: Ansprache durch den Arzt, Interview 1, Urologe 1, Zeile 93)

„Also, wenn ich da drauf angesprochen werde, fällt es mir sehr leicht.“ (Code: Ansprache durch den Arzt, Interview 10, Urologe 8, Zeile 103)

„Nicht schwer. Aber das hat sozusagen die Zeit oder die Arbeit in der Praxis gebracht und viele Fortbildungen da drüber, dass man sehr viel offener darüber spricht.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Woher stammen Wissen und Fertigkeiten des Arztes/Berufserfahrung, Interview 9, Urologin 2, Zeile 133)

Das Ansprechen sexueller Probleme bei bekannten und bisher nicht bekannten Patientinnen und Patienten wurde von einigen Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich nicht als unterschiedlich schwer bewertet. Mehrheitlich wurde allerdings angemerkt, dass es leichter sei, wenn bereits eine Vertrauensbasis da sei.

Interviewer: Gibt es Unterschiede zwischen bekannten und nicht bekannten Patienten bzw. Patientinnen?

Arzt/Ärztin:

„Das ist für mich immer rein fachlich. Patient ist Patient.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Mit wem fällt es leichter/schwerer über sexuelle Probleme zu reden/Bekanntenkreis, Interview 15, Urologin 5, Zeile 149)

„Für mich ist es nicht so relevant, für den Patienten ist es sicherlich einfacher, wenn ein Vertrauensverhältnis da ist.“ (Code: Ansprache durch die Patienten/Was erleichtert den Patienten das Ansprechen/Langjähriges Arzt-Patienten-Verhältnis, Interview 1, Urologe 1, Zeile 101)

„Also, wenn ich mit einem Patienten schon eine Kommunikationsebene habe, ist es irgendwo ein Stück weit leichter.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Mit wem fällt es leichter/schwerer über sexuelle Probleme zu reden/Bekanntenkreis, Interview 13, Urologin 4, Zeile 129)

Die Urologinnen und Urologen berichteten, dass in den letzten Jahren das Ansprechen sexueller Probleme deutlich leichter geworden sei. Es würde häufiger seitens der Patientinnen und Patienten erfolgen, aber auch die Ärztinnen und Ärzte selbst seien offener geworden. Ein

Grund dafür sei die bessere Therapiebarkeit mit PDE-5-Hemmern. Auch würden sexuelle Störungen und ihre Behandlungen in den Medien kommuniziert, was dazu führe, dass Patienten wüssten, dass sie diese Themen mit ihrem Urologen bzw. ihrer Urologin besprechen könnten.

Die zunehmende Thematisierung der Sexualität habe aber auch negative Auswirkungen, z.B. dass vor allem jüngere Patienten denken würden, dass sie immer funktionieren müssten. Auch kämen junge Männer mit Erektionsstörungen – was man eigentlich nur bei Älteren erwarten würde.

Interviewer: Haben Sie das Gefühl, dass sich in den letzten Jahren in Bezug auf das Ansprechen sexueller Probleme etwas geändert hat?

Arzt/Ärztin:

"Ja, es wird von Jahr zu Jahr für die Patienten einfacher, ihren Hausarzt oder Urologen anzusprechen." (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte, Interview 2, Urologe 2, Zeile 168)

„Ja, viel mehr geworden, es kommen auch ältere Leute und sprechen darüber.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren, Interview 4, Urologe 4, Zeile 196)

„Ja! Klar! Die machen sich ja im Internet schlau, gerade die Jüngeren.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte, Interview 9, Urologin 2, Zeile 200)

„Ja, ich glaube, wir reden heute offener darüber. Die Angebote sind da, wir haben aber auch tatsächlich mehr Möglichkeiten, gute Therapien zu machen.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte/Bessere Therapiebarkeit, Interview 6, Urologe 5, Zeile 168)

„Ich glaube, dass die Patienten da offener geworden sind, sie trauen sich eher, sowas anzusprechen. Es wird nicht mehr so tabuisiert, wie es vor 20 Jahren gewesen wäre.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte, Interview 14, Urologe 10, Zeile 241)

„Ja, auf jeden Fall! Das Thema Sexualität ist in allen Medien, egal welche Zeitschriften wir hier nehmen; wir haben auch einen Lesezirkel ausliegen und da steht das überall drin.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte, Interview 6, Urologe 5, Zeile 242)

„Rückblickend auf die letzten 25 Jahre spreche ich das Thema schon häufiger an.“ (Code: Veränderung in den letzten 20 Jahren/Offenheit der Patienten, bzw. der Ärzte, Interview 4, Urologe 4, Zeile 211)

„Zum anderen sehe ich gerade bei manchen jüngeren Patienten so eine Art ‚Erektionshype‘.

Dass manche sagen, man muss jeder Zeit, also zu jeder Tages- und Nachtzeit, können und wenn das nicht immer klappt, dann muss da was Körperliches dahinterstecken. Die denken oft nicht an Psyche, Hinterkopf, Stress und das sind Phänomene, die durchaus bei Jüngeren auch eine Rolle spielen.“ (Code: Wissen/Einstellung der Ärzte zu sexuellen Problemen, Interview 4, Urologe 4, Zeile 253)

„Das hat zugenommen, dass junge Patienten, also ich sage jetzt mal im Alter zwischen zwanzig und dreißig, wo man eigentlich nicht vermutet, dass zum Beispiel Erektionsstörungen vorliegen, dass die sich hier an die Praxis wenden - wegen Erektionsstörungen.“ (Code: Ansprache durch die Patienten, Interview 8, Urologe 7, Zeile 221)

3.5. Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der urologischen Praxis, nachdem sexuelle Probleme thematisiert wurden

Als wichtigster nächster Schritt wurde die allgemeine und gezielte Anamnese benannt. Zeit sei dafür wichtig, so dass manche Praxen spezielle Sprechstundenzeiten anbieten. In der Anamnese würde besonderes auf Vorerkrankungen, Medikamente und den Beziehungsstatus geachtet. Als Hilfsmittel wurden die Verwendung von Fragebögen erwähnt, apparative Diagnostik sowie Gespräche unter Hinzuziehung der Partnerin/des Partners. Ziel ist die Abklärung organischer bzw. psychosozialer Ursachen – und beides sei ernst zu nehmen.

Interviewer: Wenn Patientinnen bzw. Patienten sexuelle Probleme ansprechen: Wie gehen Sie dann weiter vor?

Arzt/Ärztin:

„Wir haben spezielle Sprechstundenzeiten; damit meinen wir, dass wir Beratungszeiten von 20-30 Minuten haben, also größere Zeitfenster, wo wir dann hier in Ruhe reden.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes, Interview 6, Urologe 5, Zeile 67)

„Indem ich das Gespräch erstmal versuche, zu öffnen. Also dass man dann über diese Probleme im sexuellen Bereich, wo viele Patienten/Patientinnen Schwierigkeiten haben, das zu äußern, dass man das versucht, auf so eine offene Ebene zu bringen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes, Interview 8, Urologe 7, Zeile 43)

„Ich lasse die Patienten erstmal ausreden, bis sie zum Punkt kommen, dann versuche ich das, was ich gehört habe, weiter zu vertiefen, also genau herauszufinden, was das Problem ist, die

Sexualanamnese zu erfragen. Gibt es irgendwelche Noxen? Rauchen? Alkohol? Stoffwechselerkrankungen? Diabetes? (...) gibt es spezielle Fragebögen, die man dann gemeinsam durchgehen kann.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Erkrankungen, die sexuelle Probleme mit sich bringen, Interview 3, Urologe 3, Zeile 53)

„Dass ich denen Fragebögen gebe. Ich finde bei Fragebögen, da haben die immer die Möglichkeit, ganz in Ruhe sich zurück zu nehmen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes, Interview 15, Urologin 5, Zeile 57)

"Professionelle Anamnese, Fragebogen, Sonographie, körperliche Untersuchung, Labordiagnostik, Gesprächsmöglichkeiten - auch gern mit der Partnerin, wenn gewünscht." (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Diagnostik bei Verdachts-Diagnosen/Therapie/Paartherapie, Interview 3, Urologe 3, Zeile 190)

„Es gibt das Angebot der ausführlichen Anamnese und der speziellen Ultraschalluntersuchung mit Farbduplexuntersuchung der Penisgefäße, mit so genannter SKAT-Testung.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Behandlung organischer Probleme, Interview 8, Urologe 7, Zeile 134)

„Erstmal muss man die natürlich erst mal abklären. Wenn man dann eben feststellt, dass es nichts Organisches ist, ...“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie, Interview 15, Urologin 5, Zeile 168)

„Zum einen, was die erektile Dysfunktion angeht: Das ist schon etwas, was man ernst nehmen muss. Dass bei erektilen Dysfunktionen, die aufgrund von Durchblutungsstörungen auftreten, natürlich auch an anderen Organen die Durchblutung nicht mehr in Ordnung sein kann und folglich Herzinfarkt, TIA etc. folgen können.“ (Code: Wissen/Einstellung der Ärzte zu sexuellen Problemen/ihrer Behandlung, Interview 4, Urologe 4, Zeile 250)

Die häufigsten Diagnosen, die bei Patienten mit sexuellen Störungen gestellt werden, sind die erektile Dysfunktion, gefolgt von der Ejaculatio praecox, rezidivierende Harnwegsinfekte und das Testosteronmangel-Syndrom.

Interviewer: Welche sexuellen Probleme haben Sie im Blick? Welche Diagnosen stellen Sie am häufigsten?

Arzt/Ärztin:

„Erektionsstörungen, Libidostörungen, Testosteronmangel-Syndrome.“ (Code: Erkrankungen, die sexuelle Störungen mit sich bringen, Interview 1, Urologe 1, Zeile 105)

Zur Therapie werden Medikamente, aber auch Gespräche eingesetzt, zum Teil wird Psychotherapie empfohlen.

Interviewer: Welche Behandlungsangebote machen Sie Ihren Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen?

Arzt/Ärztin:

„Wenn man dann eben feststellt, dass es nichts Organisches ist, dann bekommen die erst mal PDE-5-Hemmer zum Beispiel.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie, Interview 15, Urologin 5, Zeile 168)

„Ideal ist ein Gespräch mit beiden Partnern, wenn es um eine einigermaßen feste Partnerschaft geht.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Paartherapie, Interview 4, Urologe 4, Zeile 164)

„Medikamentös, teilweise auch psychotherapeutisch, zumindest empfehle ich das.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Behandlung organischer Probleme/Behandlung psychischer Probleme, Interview 1, Urologe 1, Zeile 121)

Die medikamentösen Behandlungsoptionen sind vielfältig, die PDE-5-Hemmer zur Behandlung der häufigen Erektionsstörungen besonders wichtig. Bei der Ejaculatio praecox wird Priligy® verordnet, Testosteronsubstitution wurde auch erwähnt.

Interviewer: Setzen Sie spezifische Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Arzt/Ärztin:

"PDE-5-Hemmer, Alprostadil, zur Ejaculationsverzögerung, Testosteronsubstitution." (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie, Interview 1, Urologe 1, Zeile 127)

„(...) das Priligy® bei der Ejaculatio praecox - man kann auch mit Lokalanästhetika bei der Ejaculatio praecox arbeiten.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie, Interview 2, Urologe 2, Zeile 135)

„PDE-5-Hemmer selbstverständlich. Eines der verschreibungshäufigsten Medikamente. Dann natürlich Testosteron, sowohl als Gele als auch als Depotpräparate. Die SKAT-Therapie, Prostaglandin.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Behandlung organischer Probleme, Interview 8, Urologe 7, Zeile 145)

3.6. Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der urologischen Praxis

Alle befragten Urologen und Urologinnen gaben an, sehr sicher in der Diagnostik und Behandlung somatischer Probleme zu sein. Bei möglichen psychischen Ursachen war die Sicherheit geringer und es wurde zum Teil eine klare Abgrenzung vorgenommen, dass für diese Probleme andere Fachkolleginnen und –kollegen zuständig wären. Beklagt wurde, dass es manchmal schwierig sei, Sexualtherapeuten zu finden.

Interviewer: Bei welchen sexuellen Problemen fühlen Sie sich in der Beratung sicher?

Arzt/Ärztin:

„Zum Ausschluss organischer Ursachen, da fühle ich mich sicher.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Sicherheit in der Behandlung/Schwierigkeiten in der Behandlung, Interview 7, Urologe 6, Zeile 56)

„Sicher fühle ich mich sowohl in der erektilen Dysfunktion als auch in der Ejaculatio praecox.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/ Bei welchen Krankheitsbildern, Interview 10, Urologe 8, Zeile 52)

„Wenn die Gründe einer erektilen Dysfunktion relativ sicher sind, dann fällt mir die Beratung auch einfacher und sicherer.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/ Bei welchen Krankheitsbildern, Interview 4, Urologe 4, Zeile 75)

„Bei Erektionsstörungen, vorzeitiger Samenerguss, Libidoverlust, also sobald das noch eine deutliche psychische Komponente hat, die mit anzugehen ist, ist dann natürlich Schluss bei uns.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch, Interview 11, Urologe 9, Zeile 55)

Interviewer: Welche sexuellen Probleme bereiten Ihnen in der Beratung Schwierigkeiten?

Arzt/Ärztin:

„Ich habe insgesamt wenig Schwierigkeiten damit.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch, Interview 13, Urologin 4, Zeile 47)

„Also fällt mir jetzt gerade nicht ein. Aber wenn es da jetzt irgendetwas wäre, wo ich unsicher werden sollte, dann überweise ich an Kollegen weiter.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung, Interview 12, Urologin 3, Zeile 56)

„Das Problem entsteht immer an der Stelle, wenn ich weiß, dass die Patienten eher psychosomatische Probleme haben.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Psychischen Ursachen, Interview 5, Urologin 1, Zeile 84)

„Also bei psychischen Störungen, oder wenn sexuelle Störungen sich auf psychischer Ebene sich abspielen, dann ist es natürlich immer relativ problematisch, einen versierten Sexualtherapeuten zu empfehlen.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung, Interview 8, Urologe 7, Zeile 57)

„Wenn es tatsächlich jetzt neigungsbedingte Problematiken sind, wenn es vielleicht psychisch bedingte Problematiken sind, dann bin ich teilweise auch nicht der richtige Ansprechpartner; dann fühle ich mich da auch unsicher.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Individuelle des

Arztes, Interview 1, Urologe 1, Zeile 43)

„Unsicher wäre ich bei Pädophilen, ganz klar, bei Missbrauch, ansonsten gibt es wenig, wo ich nicht drüber reden kann.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch, Interview 3, Urologe 3, Zeile 63)

Mit der Frage nach Schwierigkeiten in der Beratung zu sexuellen Problemen wurden als Beispiele Gruppen genannt, mit denen es schwerer sein könnte: Patienten/Patientinnen des jeweils anderen Geschlechts, aus anderen Kulturkreisen, ältere Menschen, Patienten/Patientinnen, die nicht heterosexuell sind. Zum Thema Kulturkreis wurde von den Teilnehmenden öfter die Problematik der Verständigung geschildert. Sprachliche Probleme bei der Anamneseerhebung standen hier im Vordergrund. Was die Anspruchshaltung angeht, so erwähnten einige Urologen und Urologinnen Männer aus Südeuropa und orientalischen Ländern als fordernd. Andere Urologen und Urologinnen empfanden Südeuropäer offen und direkt. Alter und die sexuelle Ausrichtung stellten nach Ansicht der Urologinnen und Urologen kein Hindernis dar, insofern eine vertrauensvolle Situation für den Patienten geschaffen würde. Bestünde ein Leidensdruck von Seiten der Patienten/Patientinnen, so wären diese bereit, sich ihrem Urologen bzw. ihrer Urologin zu öffnen.

Interviewer: Gibt es Patientengruppen, bei denen ein Gespräch über sexuelle Probleme schwierig ist (z.B. Patienten/Patientinnen des jeweils anderen Geschlechts, aus anderen Kulturkreisen, ältere Menschen, Patienten/Patientinnen, die nicht heterosexuell sind)?

Arzt/Ärztin:

"Also es ist natürlich schwieriger, wenn eine Sprachbarriere da ist." (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Sprachbarriere, Interview 8, Urologe 7, Zeile 69)

„Da ist weniger die Kultur das Problem, sondern die Kommunikation.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Mit wem fällt es leichter/schwerer über sexuelle Probleme zu reden/Patienten aus anderen Kulturkreisen/Sprachbarriere, Interview 15, Urologin 5, Zeile 110)

„Andere Kulturkreise, die haben eine andere Bewertung von Sexualität, allen ist es wichtig, aber die gehen da anders mit um. Sie gehen teilweise viel fordernder damit um.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch/Mit wem fällt es leichter/schwerer über sexuelle Probleme zu reden/Patienten aus anderen Kulturkreisen, Interview 3, Urologe 3, Zeile 94)

„Bei älteren Patienten und Homosexuellen gibt es keine Probleme.“ (Code: Sicherheit des Arztes

im Gespräch/Mit wem fällt es leichter/schwerer über sexuelle Probleme zu reden/Alter der Patienten/Homosexualität, Interview 9, Urologin 2, Zeile 89)

„Ich glaube, eine vertrauensvolle Situation und eine vertrauensvolle Beziehung öffnen eigentlich die Gesprächstüren.“ (Code: Sicherheit des Arztes im Gespräch, Interview 6, Urologe 5, Zeile 90)

Die Urologinnen und Urologen wurden dezidiert nach sexuellen Problemen gefragt, mit denen sie „nichts anfangen“ könnten. Hier wurden nur vereinzelt Probleme benannt, insbesondere ging es in Richtung psychischer Probleme, für deren Behandlung die Urologinnen und Urologen nicht ausgebildet seien. Gelegentlich wurden Gewalt, abnorme Praktiken und Missbrauch erwähnt. Bei einem solchen Verdacht suchten die Urologen/Urologinnen Hilfe bei Sexualmediziner*innen bzw. überweisen dorthin.

Interviewer: Mit welchen sexuellen Problemen können Sie nichts anfangen? Wie gehen Sie hier weiter vor?

Arzt/Ärztin:

"Eigentlich kann ich mit allen Problemen etwas anfangen." (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 14, Urologe 10, Zeile 167)

„Schwierig ist die Ejaculatio praecox oder die sehr, sehr rasche Ejakulation.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung, Interview 4, Urologe 4, Zeile 153)

„Das sind die Therapieresistenten oder wo die Therapie frustriert ist, wo man dann sagt, hier ist die Organmedizin eher fehl am Platze.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 10, Urologe 8, Zeile 115)

„Also, wenn das wirklich in die Gesprächstherapie reingeht, also in die Sexualmedizin, diese klassische Psychotherapie, also in diese Richtung.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu/Psychische Ursachen/Schwierigkeiten in der Behandlung, Interview 12, Urologin 3, Zeile 123)

„Es gibt nix, wo ich nicht zumindest 'ne Idee hätte und wenn es dann in Richtung Pädophilie geht, dann würde ich mich zum ersten Mal mit einem Psychotherapeuten kurzschließen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Psychischen Ursachen, Interview 3, Urologe 3, Zeile 183)

An verschiedenen Stellen der Interviews hatten die Urologinnen und Urologen von sich aus angesprochen, dass sie ihre Patientinnen und Patienten zu Psycho- oder Sexualtherapeuten überweisen würden, wenn die Ursache der sexuellen Probleme keine organische wäre. Die konkrete Frage nach ihrem Überweisungsverhalten ergab zusätzlich die Gruppen der Hausärzte, Gynäkologen und Kardiologen.

Interviewer: Überweisen Sie Patientinnen bzw. Patienten mit sexuellen Problemen? Und wenn ja, wohin?

Arzt/Ärztin:

„Das können Sexualtherapeuten, Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Sexualmedizin sein.“

(Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 6, Urologe 5, Zeile 184)

„Zu den Hausärzten, um Begleiterkrankungen abzuklären.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 15, Urologin 5, Zeile 180)

„(...) auch zum Kardiologen zur Abklärung von kardiovaskulären Störungen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 2, Urologe 2, Zeile 141)

„Zum Gynäkologen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Überweisung aufgrund von/Überweisung zu, Interview 14, Urologe 10, Zeile 195)

3.7. Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten

Grundsätzlich nehmen die Patientinnen und Patienten die Behandlungsangebote gut an, weil sie motiviert sind, eine gute Sexualität zu leben. Medikamentöse Therapie würde besser angenommen als invasive Maßnahmen. Bei der Übernahme der Kosten gäbe es Unterschiede: manche Patientinnen und Patienten würden über die Kosten klagen. Die Überweisung zur Psychotherapie würde teilweise nicht gut akzeptiert.

Interviewer: Wie nehmen die Patientinnen bzw. Patienten die Behandlungsangebote an? Welche eher ja, welche eher nein?

Arzt/Ärztin:

"Die Behandlungsangebote werden gut angenommen, zumal das keine Kassenmedizin ist, d.h. dass die Diagnostik und die Beratung im Selbstzahler-Bereich liegt und auch die Therapie müssen sie selbst zahlen." (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 2, Urologe 2, Zeile 146)

„Die nehmen das alle sehr wohlwollend an. Stören sich aber oft an den damit verbundenen Kosten.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 14, Urologe 10, Zeile 206)

„Also die Tabletteneinnahme wird natürlich schon bevorzugt angenommen als irgendwelche invasiven Maßnahmen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 13, Urologin 4, Zeile 186)

„Überweisung Psychotherapie läuft nicht so gut. Orale Medikationen werden bevorzugt.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 3, Urologe 3, Zeile 215)

„Die nehmen die Angebote sehr gerne an. Beim Thema Sexualtherapeuten zucken die Patienten schon mal zusammen, so nach dem Motto: ‚Ich bin doch nicht verrückt!‘“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 7, Urologe 6, Zeile 176)

Die medikamentöse Therapie bei der erektilen Dysfunktion wirkt nach Auffassung der Interviewten zu einem hohen Prozentsatz sehr gut. Die medikamentöse Therapie bei der Ejaculatio praecox wirke nicht so überzeugend. Immer wieder wird der Erfolg der Therapie mit der Ursache der Problematik in Verbindung gebracht. Würden z.B. Partnerschaftskonflikte beseitigt, wäre eine Besserung der Sexualität oft zu erwarten.

Interviewer: Wie erfolgreich sind die Behandlungen aus Ihrer Erfahrung?

Arzt/Ärztin:

"Wenn die Patienten die Angebote annehmen, sind meiner Meinung nach die Behandlungen erfolgreich." (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie, Interview 2, Urologe 2, Zeile 152)

„Die PDE-5-Hemmer sind sehr erfolgreich. Gibt aber auch Patienten, wo es medikamentös nicht ausreicht. Da ist dann oft eine Kombinationstherapie mit Gesprächstherapie die bessere Lösung.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie, Interview 13, Urologin 4, Zeile 197)

„Die Medikation bei Ejaculatio praecox, dieses Priligy©, nicht gut.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie, Interview 3, Urologe 3, Zeile 225)

„Leute kommen mit erektiler Dysfunktion, nach vier Wochen sitzt der Patient wieder da, hat kein Viagra genommen, sondern seine Partnerin gewechselt und mit der neuen Partnerin klappt es wunderbar.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie, Interview 3, Urologe 3, Zeile 228)

„Es gibt sicherlich den einen oder anderen Patienten, der nicht wiederkommt; wobei ich da dann nicht die Rückmeldung bekomme. Das ist absolut verschieden. Es gibt eben Patienten, bei denen vielleicht auch ein Beziehungsproblem dazu führt, dass eine Erektionsstörung oder ein Libidoverlust da ist. Dann bin ich natürlich nicht wirklich erfolgreich, wenn ich da als Somatiker dran rumtherapiere.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie, Interview 6, Urologe 5, Zeile 195)

3.8. Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme

Die Urologinnen und Urologen gaben an, im Studium wenig bis nichts über sexuelle Störungen gelernt zu haben.

Interviewer: Was haben Sie im Studium über sexuelle Probleme, Diagnostik und Therapie gelernt?

Arzt/Ärztin:

„Wenig, gab paar Vorlesungen, bisschen was in der psychiatrischen Vorlesung, bisschen in der urologischen Vorlesung, aber wenig.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Studium, Interview 1, Urologe 1, Zeile 159)

„Ich habe da gar nichts gelernt.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Studium, Interview 5, Urologin 1, Zeile 287)

In der Weiterbildung wurden die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte unterschiedlich intensiv mit sexuellen Störungen konfrontiert. Einige berichteten, dass sexuelle Probleme keine Rolle in ihrer Ausbildung gespielt hätten, z.B. in der klassischen stationären Urologie. Einige berichteten, dass sexuelle Störungen ein fester Bestandteil der Weiterbildung gewesen seien, besonders in der Andrologie. Bei fehlender Thematisierung in der Weiterbildung würden sich viele Urologen/Urologinnen erst im ambulanten Bereich mit Sexualstörungen

beschäftigen, da Patientinnen und Patienten mit diesen Problemen eher die Niedergelassenen aufsuchen und nicht in die Klinik gehen. Insgesamt sei das Fortbildungsangebot zu sexuellen Problemen deutlich größer geworden.

Interviewer: Was haben Sie in der Weiterbildung/Fortbildung über sexuelle Probleme, Diagnostik und Therapie gelernt?

Arzt/Ärztin:

„In der klassischen Facharztausbildung Urologie hat man wenig dazu gehört und gelesen.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 6, Urologe 5, Zeile 248)

„Also in der Urologie als solches im Krankenhaus, nichts!“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 5, Urologin 1, Zeile 289)

„Mit der Thematik Sexualmedizin beschäftigt man sich erst als Urologe klassischerweise, wenn man niedergelassen ist und dann hat man aber vorher keine Ausbildung gehabt.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 6, Urologe 5, Zeile 253)

„Da (bei Fortbildungen, Anm. d. Interviewers) wiederum viel. Ich habe auch die Zusatzbezeichnung Andrologie dann gemacht, aber auch auf Kongressen hört man schon eine Menge über dieses Thema.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 15, Urologin 5, Zeile 230)

„Weiterbildung zum Facharzt, (...) dass man über fünf Tage Männer mit Erektionsstörungen stationär behandelt hat. Im Prinzip SKAT-Therapie, die ganze Diagnostik, Vakuumextraktionspumpe, also in diesen fünf Tagen offeriert hat. (...) Also dort war es ein fester Bestandteil der Weiterbildung.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 8, Urologe 7, Zeile 195)

„Ja, da finde ich mittlerweile ein sehr gutes Angebot; also es gibt zahlreiche sexualmedizinische Fortbildungsangebote.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 3, Urologe 3, Zeile 277)

Der überwiegende Tenor der Interviewteilnehmer/innen war, dass sexuelle Probleme einen größeren Stellenwert in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung haben sollten. Besonders in der ambulanten Urologie und Gynäkologie würde man oft mit diesem Thema konfrontiert und müsste sich auskennen.

Interviewer: Sollte das Thema Ihrer Ansicht nach eine größere Rolle in der Ausbildung/Weiterbildung/Fortbildung spielen?

Arzt/Ärztin:

„Meiner Ansicht nach sollte das Thema nur eine leicht größere Rolle spielen.“ (Code: Wissen/Einstellung der Ärzte zu sexuellen Problemen/ihrer Behandlung, Interview 1, Urologe 1, Zeile 168)

„Grundsätzlich ja, weil ganz viel Leidensdruck da ist, das muss man sagen.“ (Code: Wissen/Einstellung der Ärzte zu sexuellen Problemen/ihrer Behandlung, Interview 3, Urologe 3, Zeile 282)

„Ja! Also bei Urologen und auch angehenden Urologen auf jeden Fall! Bei Gynäkologen auch.“ (Code: Woher stammen Wissen und Fertigkeiten der Ärzte/Weiterbildung/Fortbildung, Interview 5, Urologin 1, Zeile 304)

Konkreten Handlungsbedarf zur Förderung des Arzt-Patienten-Gesprächs über sexuelle Störungen sahen die Interviewten hingegen eher nicht. Angebote seien ausreichend vorhanden. Es unterliege den einzelnen Ärztinnen und Ärzten, diese Angebote auch zu nutzen. Ebenso wurde erwähnt, dass solche Gespräche sehr zeitintensiv seien und oft nicht im Praxisalltag untergebracht werden könnten.

Interviewer: Besteht aus Ihrer Sicht Handlungsbedarf im Sinne einer Förderung des Arzt-Patienten-Gesprächs über sexuelle Probleme?

Arzt/Ärztin:

„Also ich glaube persönlich, dass wir genug Angebote haben sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten. Im Endeffekt muss man die Angebote nutzen.“ (Code: Wissen/Einstellung der Ärzte zu sexuellen Problemen/ihrer Behandlung, Interview 15, Urologin 5, Zeile 199)

„Sagen wir mal so: Gesprächsbedarf besteht ja, wenn man keinerlei Verdacht hat, dass dem Problem eine körperliche Ursache zugrunde liegt und das sprengt leider oft den Zeitrahmen.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Zeitmangel, Interview 4, Urologe 4, Zeile 188)

3.9. Weiteres Thema: die Kosten

Im Interviewleitfaden waren die Therapiekosten nicht explizit thematisiert worden. Das Thema wurde von den Ärztinnen und Ärzten spontan eingebracht bzw. entwickelte sich in

den Gesprächen. Es wird deutlich, dass die Abklärung sexueller Probleme nicht als Kassenleistung betrachtet wird. Die Bereitschaft, aus dieser Abklärung IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) zu machen und die Patientinnen und Patienten privat bezahlen zu lassen, ist bei den Ärztinnen und Ärzten sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Interviewer: Kassen- und IGeL-Leistungen

Arzt/Ärztin:

"Nein, das mache ich nicht. Wenn mich einer anspricht, ist das gut, aber ich forcieren das nicht. Es gibt Kollegen, die ich kenne, die forcieren das, weil damit viel Geld zu verdienen ist. (...) Und viele junge Urologen sehen Patienten als Kunden an. Für mich ist ein Patient kein Kunde, den ich übers Ohr hauen will oder das Geld aus der Tasche ziehen will - deshalb mache ich auch keine IGeL-Leistungen zum Beispiel (...). Ich beantworte ihm seine Fragen, versuche ihm zu helfen, aber ich erzähle ihm nicht, was er noch alles machen könnte, wenn er wollte, gegen Bezahlung.“ (Code: Ansprache durch den Arzt/Nicht-Ansprechen, Interview 7, Urologe 6, Zeile 80)

„Ja klar, aber doch eher in einem kleinen Rahmen, das muss ich schon sagen. Wir haben auch überlegt, ob wir die Abklärung sexueller Funktionsstörungen im Rahmen von IGeL

Behandlung hier durchführen, hat sich aber letztendlich nicht durchgesetzt.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes, Interview 11, Urologe 9, Zeile 50)

„Was die erektile Dysfunktion angeht, das hört man auch immer wieder auf Fortbildungen, dass die ED (erektile Dysfunktion, Anm. d. Interviewers) eine Gefäßproblematik ist und man auch mit den Patienten übers Rauchen, Diabetes, Bluthochdruck etc. reden muss. Über Testosteronmangel, was übrigens IGeL ist. Man muss mit denen reden, das geht oft nicht in der normalen Sprechstunde und Geld bekommt man da auch nicht für.“ (Code: Wissen/Einstellung d. Ärzte zu sex. Problemen/ihrer Behandlung, Interview 5, Urologin 1, Zeile 308)

„Es gibt ja keine Abrechnung eines Gespräches in dem Sinne außer einer Psychosomatikziffer. Und wenn der Patient für / unser Punktzahlvolumen ist begrenzt, wir kriegen pro Patient pro Quartal zweiundzwanzig Euro. Dann ist natürlich eine sehr umfassende Sexualanamnese für zweiundzwanzig Euro, das sprengt mir hier den Rahmen. Es ist einfach auch so, erektile Dysfunktion im Rahmen der Kassenmedizin beinhaltet lediglich, dass ich sage (...): „Es gibt Viagra®“. Das kann ich ihm aufs Privatrezept schreiben und das

wars. Alles andere ist IGeL- Leistung, also hat mit Krankenkassenleistung nichts zu tun. (...)Aber jetzt also wirklich eine ausführliche Sexualanamnese geht nur als IGeL, also individuelle Gesundheitsleistung.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Finanzielle Aspekte, Interview 9, Urologin 2, Zeile 46)

„Ganz selten. (...) Das kommt vielleicht einmal im Jahr vor, dass einer sagt, gut ich gebe jetzt für eine Gesprächsleistung, was weiß ich, dreißig Euro aus für eine halbe Stunde, das ist ja auch nicht viel.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Finanzielle Aspekte, Interview 9, Urologin 2, Zeile 65)

„Die Behandlungsangebote werden gut angenommen, zumal das keine Kassenmedizin ist, d.h. dass die Diagnostik und Beratung im Selbstzahler-Bereich liegt und auch die Therapie müssen die Patienten selbst zahlen.“ (Code: Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Erfolgsrate der Therapie/Wie wird die Therapie angenommen, Interview 2, Urologin 2, Zeile 146)

„Also das lasse ich dem Patienten offen, weil es eben auch in den Selbstzahlerbereich reingeht.“

(Code: Ansprache durch den Arzt/Nicht-Ansprechen/ Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Finanzielle Aspekte, Interview 8, Urologe 7, Zeile 77)

„Nicht nur die medikamentöse Behandlung, sondern auch die diagnostischen Maßnahmen. Sobald es ein Sexualproblem ist, zahlen die gesetzlichen Kostenträger nichts. Wir dürfen uns das gerne anhören, aber es gibt da keine Leistungsziffer irgendwie dafür. Wenn wir dann hier so Schwellkörpertests und Dopplersonographien und sowas, dann geht das auch einschließlich über individuelle Gesundheitsleistung. Das ist nicht furchtbar teuer, kostet was weiß ich, vielleicht 100 Euro oder irgendwie sowas, aber das zahlt der Patient selbst.“ (Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Finanzielle Aspekte, Interview 14, Urologe 10, Zeile 214)

„In der Regel nehmen die Patienten die Behandlungsangebote gut an. In der Regel übernehmen die Patienten auch selbstständig die Kosten dafür. Und das find ich auch erstaunlich, bis hin zur Testosteronsubstitution, wenn sie nicht in den Kassenbereich fällt, also nicht in den GKV-Bereich.“

(Code: Schwierigkeiten in der Behandlung/Externe Schwierigkeiten/Finanzielle Aspekte/Erstes Vorgehen des Arztes/Therapie/Wie wird die Therapie angenommen? Interview 8, Urologe 7, Zeile 156)

4. Diskussion

4.1 Ansprache sexueller Probleme durch Patientinnen und Patienten

Sexuelle Probleme sind für die Patientinnen und Patienten ein relevantes Thema, wobei es in der Urologie mehrheitlich Männer sind, die über sexuelle Probleme berichten. Erektile Dysfunktion, Ejaculatio praecox, Libidostörungen und Vermutungen von Testosteronmangelsyndromen sind die aus Sicht der Urologinnen und Urologen am häufigsten vorgebrachten Probleme. Selten würden sexuell übertragbare Erkrankungen und unerfüllter Kinderwunsch angesprochen.

Der Eindruck, den die Urologinnen und Urologen von der Häufigkeit sexueller Probleme bei Männern bekommen, entspricht der Epidemiologie, wenn auch in einer etwas anderen Reihenfolge. Briken et al. fanden bei Männern folgende 12-Monats-Prävalenzen: reduziertes sexuelles Verlangen bei 14,7%, Erektionsprobleme bei 13,6%, verfrühte Ejakulation bei 11,7% und Probleme, einen Orgasmus zu bekommen bei 9,7% (Briken et al., 2020).

Der symptomatische Testosteronmangel tritt laut Kliesch eher selten auf: in der European Male Aging Study wurde er bei 2,1% der 50-79-jährigen Männer gefunden, das Risiko stieg mit dem Alter und Komorbiditäten (Kliesch 2015). Eher ist davon auszugehen, dass die Patienten gegenüber den Urologinnen und Urologen einen Testosteronmangel als erste (somatische) Erklärung für sexuelle Probleme verbalisieren.

Frauen sprechen sexuelle Probleme in der Urologie selten an. Wenn, dann am ehesten Scheidentrockenheit, Schmerzen, Harnwegsinfekte oder Inkontinenz im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr. Die Urologinnen und Urologen vermuteten, dass die Ansprache sexueller Probleme durch Frauen eher in der Gynäkologie erfolgt.

Dobberkau zeigte, dass Frauen auch in der hausärztlichen Praxis seltener als Männer sexuelle Probleme ansprechen (Dobberkau 2019). Wissenschaftliche Publikationen zur Frage, wo Frauen sexuelle Probleme ansprechen, liegen nicht vor. Die ICD-10-Diagnosen „Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit“ (F52), „Störungen der Geschlechtsidentität“ (F64) und „Störungen der Sexualpräferenz“ (F65) finden sich nicht unter den 100 häufigsten ICD-10-Diagnosen in der Gynäkologie im 2. Quartal 2022 (KV Nordheim 2022).

Krause et al. zeigten, dass die jährliche Inanspruchnahme der niedergelassenen Gynäkologen bei 18-39-jährigen Frauen bei etwa 80% liegt, ab dem Alter von 40 Jahren aber stetig sinkt: 40-49-Jährige 75,4%, 50-59-Jährige 68,7%, 60-69-Jährige ca. 61%, 70-79-Jährige 44,6%. (Krause et al., 2020). Die jährliche Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin ist zwar konstant hoch bei $\geq 80\%$ in allen Altersgruppen, dass aber sexuelle Probleme dort vermehrt angesprochen werden, ist entsprechend der Ergebnisse von Dobberkau (s.o.) wenig wahrscheinlich. Urologen, Urologinnen und Allgemeinmediziner/innen sollten daher vermehrt auf mögliche gynäkologische und sexuelle Probleme von Frauen ab 40 Jahren achten, insbesondere weil die epidemiologischen Daten zur 12-Monats-Prävalenz sexueller Probleme bei Frauen im Unterschied zu dem, was Niedergelassene in der Urologie und Allgemeinmedizin erleben, bei Frauen höhere Prävalenzen sexueller Probleme aufweisen als bei Männern: reduziertes Verlangen nach Sex bei 27,1%, verringerte Reaktion auf sexuelle Reize bei 23,4%, Probleme, einen Orgasmus zu bekommen bei 23,1%, Verspannungen oder Schmerzen beim Sex bei 10,9% der Frauen. Insgesamt geben 33,4% der Männer und 45,7% der Frauen an, in den letzten 12 Monaten mindestens ein sexuelles Problem erlebt zu haben. Ein gutes Drittel derjenigen, die mindestens ein Problem erlebt haben, fühlten sich dadurch stark beeinträchtigt (Männer und Frauen gleichermaßen) (Briken et al., 2020).

Unter den häufigsten 100 ICD-10 Diagnosen in der Urologie im 2. Quartal 2022 finden sich „Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52)“ mit 9,0% der Behandlungsfälle auf Rang 7. Das bedeutet, dass die sexuellen Funktionsstörungen einen relevanten Anteil der Arbeit der Urologinnen und Urologen ausmachen. Sonstige Krankheiten des Penis (N48), zu denen auch die Impotenz organischen Ursprungs (N 48.4) gehört, finden sich mit 4% aller abgerechneten Behandlungsfälle auf Platz 16 der Rangliste der urologischen Praxen. Diese Häufigkeiten waren im 1. Quartal 2015 (also ungefähr zur Zeit der Interviews) vergleichbar: F52 bei 8,6%, N48 bei 4,6% der Behandlungsfälle. (KV Nordheim 2022/Docplayer 2015).

Dass Männer und Frauen als Probleme eher „somatische“ sexuelle Probleme anbringen deutet auf eine Tabuisierung derjenigen sexuellen Probleme hin, die eine Konnotation zu Schwäche bzw. psychischer Bedingtheit aufweisen.

Auch sind es gesellschaftlich anerkannte Erkrankungen, die in der Urologie thematisiert werden, ungewöhnliche sexuelle Praktiken eher nicht. Dieser Eindruck der Urologinnen und Urologen passt zu den Abrechnungsdiagnosen.

Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64) finden sich nicht unter den 100 häufigsten Diagnosen der Urologie (bezogen auf die ambulanten Behandlungsfälle), auch nicht Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10: F65). F64- und F65-Diagnosen zeigen sich unter den 100 häufigsten Diagnosen im ambulanten Bereich nur in der Nervenheilkunde und bei den Psychotherapeuten. (KV Nordheim 2022).

Die Tabuisierung sexueller Probleme seitens der Patienten zeigt sich auch darin, dass die Ansprache sexueller Probleme durch Patienten meist indirekt im Rahmen einer Konsultation aus anderem Grund erfolgt, selten offen.

Die Urologinnen und Urologen berichten, dass Frauen die Probleme direkter ansprechen. Dies kann allerdings damit zusammenhängen, dass sie weniger Lust und Potenz ansprechen, als vielmehr Entzündungen und Beschwerden.

Studien zeigen, dass Patientinnen und Patienten sich mehrheitlich wünschen, von ihren Ärztinnen und Ärzten auf ihre sexuelle Gesundheit angesprochen zu werden. So befragten Meystre-Agustoni et al. 1.452 erwachsene Männer in Krankenhausambulanzen in Lausanne, Rücklaufquote: 53%. 60,0% der Antwortenden wünschten sich, von ihren Ärztinnen und Ärzten auf die Sexualität angesprochen zu werden, 30,9% antworteten mit „eher ja“ (Meystre-Agustoni G et al., 2011). In die Deutsche Stichprobe der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen (GSSAB)“ waren 751 Männer und 750 Frauen eingeschlossen, 40-80 Jahre alt. Von den 40-69-jährigen Frauen berichteten (je nach Altersgruppe) 12-19%, in den letzten drei Jahren ärztlicherseits zu sexuellen Problemen befragt worden zu sein, bei den Männern waren es 8-12%. Rund die Hälfte der Befragten 40-69-jährigen stimmte der Aussage: „Ein Arzt sollte seine Patienten regelmäßig nach sexuellen Problemen fragen.“ zu (je nach Altersgruppe 41-53% der Frauen und 52-56% der Männer) (Hartmann et al., 2002).

4.2 Ansprache sexueller Probleme durch Urologinnen und Urologen

Die niedergelassenen Urologen und Urologinnen sprechen die Patienten eher nicht standardmäßig aktiv auf Themen der sexuellen Gesundheit an. Es gibt eher Trigger für das Ansprechen, wie onkologische und neurologische Erkrankungen, Prostataerkrankungen, rezidivierende Zystitiden, Hypertonus und Diabetes. Auch nach onkologischen Therapien und bei der Einnahme spezifischer Medikamente mit sexuellen Störungen als Nebenwirkungsprofil thematisieren die Urologinnen und Urologen mögliche sexuelle Probleme, wie z.B. bei antiandrogener Therapie, Medikamenten zur Behandlung der Benignen Prostatahypertrophie, Antidiabetika, Antihypertensiva und Antidepressiva. Ein Teil der Urologen und Urologinnen spricht neue Patientinnen und Patienten standardmäßig auf das Vorliegen sexueller Probleme an.

Welcher Standard der Ansprache sexueller Probleme in der Urologie gelten sollte, ist derzeit nicht schriftlich fixiert – wäre aber hilfreich. Ähnlich wie bei Cedzich und Bosinski, die Hausärztinnen und Hausärzte nach ihrem Ansprechverhalten befragt hatten, scheint die Ansprache auch bei den niedergelassenen Urologinnen und Urologen individuell sehr unterschiedlich zu sein (Cedzich und Bosinski, 2010).

4.3 Schwierigkeiten mit der Ansprache sexueller Probleme

Als Grund für die Nicht-Ansprache seitens der Urologinnen und Urologen wird die fehlende Ansprache seitens der Patientinnen und Patienten genannt sowie Zeitmangel. Unsicherheit in Bezug auf das Thema wurde seitens der Urologinnen und Urologen verneint. Ihre praktische ärztliche Erfahrung würde ihnen helfen, zudem seien sexuelle Probleme in den letzten Jahren deutlich enttabuisiert worden. Zur Enttabuisierung hätten sowohl die wirksamen medikamentösen Therapien, als auch die Thematisierung des Themas in den Medien beigetragen. Dass Patientinnen und Patienten sexuelle Probleme mittlerweile häufiger ansprechen als früher ist in dem Sinne eine passende Entwicklung, als dass die Ärztinnen und Ärzte das Thema gerne aufgreifen, wenn es von den Patienten kommt, nicht immer aber von selbst thematisieren.

Im Unterschied zu den Ergebnissen einer Befragung bei Hausärztinnen und Hausärzten (Cedzich und Bosinski, 2010) verneinten die Urologinnen und Urologen Ansprechprobleme durch unterschiedliche Geschlechtszugehörigkeit von Patient/in und Arzt/Ärztin. Auch wurde

seitens der Urologinnen und Urologen nicht thematisiert, dass eine Ansprache dem Patienten bzw. der Patientin unangenehm sein könnte. Eigene Unsicherheit sei nur zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit da gewesen und wäre durch Routine abgelöst. Diese Verneinung von Problemen mag damit zusammenhängen, dass sexuelle Probleme ein wichtiger Arbeitsbereich der Urologie und damit tatsächlich Routine sind. Sexuelle Funktionsstörungen bei 9,0% der Behandlungsfälle stehen immerhin auf Rang 7 der in der Urologie vergebenen Diagnosen (siehe Kapitel 4.1). In wieweit die wahrgenommene Nichtabrechenbarkeit der Abklärung sexueller Funktionsstörungen (siehe Kapitel 4.8) bei der Nicht-Ansprache eine Rolle spielt, ist unklar.

4.4 Weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der urologischen Praxis, nachdem sexuelle Probleme thematisiert wurden

Die Abklärung organischer bzw. psychosozialer Ursachen ist laut den Berichten der Interviewten umfassend. Gelegentlich werden Fragebögen eingesetzt. Ob und ggf. welche Fragebögen standardmäßig eingesetzt werden sollten, ist derzeit unklar.

Die medikamentöse Therapie der Erektionsstörungen steht an erster Stelle. Die Medikation bei Ejaculatio praecox wird als nicht überzeugend wirksam beschrieben.

4.5 Sicherheiten und Unsicherheiten bei der Beratung von Patientinnen und Patienten mit sexuellen Problemen in der urologischen Praxis

Die Diagnostik und Behandlung organischer Ursachen bereitet den Urologinnen und Urologen nach eigenem Bekunden keinerlei Probleme. Schwieriger würde es bei psychosozialen Ursachen der sexuellen Probleme. Die Patientinnen und Patienten würden da meist weitergeschickt zu Psychotherapeuten oder Sexualmediziner:innen.

Laut Statistik der KV Nordrhein des 2. Quartals 2022 sind „Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52)“ die siebthäufigste Diagnose der niedergelassenen Urologinnen und Urologen (KV Nordrhein 2022).

All diese Patientinnen und Patienten weiter zu schicken, erscheint kaum möglich. Die Abrechnungsdiagnosen der Niedergelassenen legen zumindest nahe, dass die Patientinnen

und Patienten bei den Psychotherapeuten kaum ankommen. So wurde F52 im 2. Quartal 2022 nur bei 0,3% der Behandlungsfälle der Psychologischen Psychotherapeuten (analytische Verfahren), bei 0,1% der Behandlungsfälle der Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) und bei 0,2% der Behandlungsfälle der Psychotherapeutisch tätigen Ärzte codiert (KV Nordheim 2022).

Die Codiermöglichkeiten des ICD-10 schaffen weitere Unsicherheiten. Wenn die niedergelassenen Urologinnen und Urologen sich in erster Linie für die somatische Abklärung sexueller Probleme zuständig fühlen, erscheint es unglücklich, dass Sexuelle Funktionsstörungen im Wesentlichen in Kapitel F des ICD-10, d.h. bei den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ zu finden sind. Das Kapitel F52, indem sexuelle Funktionsstörungen codiert werden können, hat zudem den Zusatz „nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit“. Die Erektionsstörung lässt sich dichotom als F52.2 „Versagen genitaler Reaktionen“ (explizit nicht organisch bedingt) codieren oder als „Impotenz organischen Ursprungs (N48.4)“. Die häufigen anderen sexuellen Probleme, wie z.B. „Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen“ (F52.0), die „Orgasmusstörung“ (F52.3) oder die „Ejaculatio praecox“ (F52.4) sind praktisch nur im F-Kapitel codierbar.

Die dichotome Verortung der Erektile Dysfunktion entweder als organischen oder nicht-organischen Ursprungs und die Codiermöglichkeit der meisten anderen sexuellen Störungen nur in Kapitel F des ICD-10 entsprechen nicht der Alltagsrealität, in der häufig ein Zusammenspiel von psychischen und organischen Ursachen zu beobachten ist.

Im ICD-11 (zurzeit liegt nur die deutsche Entwurfssfassung vor; ICD-11 Entwurfssfassung) sollen „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ ein eigenes Kapitel erhalten. So ist zu hoffen, dass sexuelle Probleme in Zukunft besser klassifiziert werden können – was letztlich auch einen Einfluss auf den diagnostischen und therapeutischen Umgang mit diesen Störungen haben dürfte (KV Nordheim 2022).

Sprachbarrieren erschweren laut der Interviewten Anamnese und Beratung. In Bezug auf kulturelle Unterschiede wurde in erster Linie eine erhöhte Anspruchshaltung muslimischer und afrikanischer Männer an die eigene sexuelle Leistungsfähigkeit genannt. Hierzu gibt es bislang keine wissenschaftliche Literatur.

4.6 Annahme der Behandlungsangebote durch die Patientinnen und Patienten

Verständlicherweise nehmen die Patientinnen und Patienten medikamentöse Therapieoptionen besser an als invasive Maßnahmen. Überweisungen zur Psychotherapie würden von den Patientinnen und Patienten teilweise nicht gut akzeptiert. Dieses Thema wurde schon in Kapitel 4.5 angeschnitten. Analysen, wer zur Psychotherapie überwiesen wird und wer, wann diese tatsächlich in Anspruch nimmt, fehlen bislang.

4.7 Ausbildung zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme

Die Urologinnen und Urologen gaben an, im Studium wenig bis nichts über sexuelle Störungen gelernt zu haben. Auch in der Weiterbildung wurden die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte unterschiedlich intensiv mit sexuellen Störungen konfrontiert. Der überwiegende Tenor der Interviewteilnehmer/innen war, dass sexuelle Probleme einen größeren Stellenwert in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung haben sollten. Besonders in der ambulanten Urologie und Gynäkologie würde man oft mit diesem Thema konfrontiert und müsse sich auskennen.

Im aktuellen „Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Urologie“ der Bundesärztekammer (Weiterbildungsplan Urologie der Bundesärztekammer) findet die Diagnostik und Therapie sexueller Probleme bei Frauen wenig Berücksichtigung. So beschränkt sich die Gebietsdefinition der Urologie bei Frauen auf die weiblichen Harnorgane: „Das Gebiet Urologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Funktionsstörungen, Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane.“ Im Kapitel „Sexualmedizinische Störungen“ wird als in der Weiterbildung zu lernendes Thema explizit die „Diagnostik und Therapie von sexuellen Funktionsstörungen beim Mann“ erwähnt, nicht aber bei der Frau. Dieses Thema findet sich im fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Weiterbildungsplan Gynäkologie der Bundesärztekammer).

Die in der täglichen Routine vorkommenden Überschneidungen zwischen Gynäkologie und Urologie sollten zwischen den Fachgesellschaften geklärt werden.

Zudem wäre für die Weiter- und Fortbildung, wie auch für die Standardisierung von Diagnostik und Therapie Sexueller Funktionsstörungen die Entwicklung von Leitlinien wünschenswert. Unter den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet sich aktuell keine Leitlinie zu Sexuellen Funktionsstörungen (Urologenportal 2006). Auch bei der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe finden sich weder aktuelle, noch angemeldete Leitlinien zur Frage der Sexuellen Funktionsstörungen (Urologenportal 2006). (Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe).

Lediglich eine S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie existiert zur „Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion“ (Haensch C.-A. et al 2018).

Diese soll von der seitens der Deutschen Gesellschaft für Urologie angemeldeten S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion abgelöst werden. Die S3-Leitlinie soll Ende November 2023 fertiggestellt sein (S3-Leitlinie voraussichtlich 2023).

Konkreten Handlungsbedarf zur Förderung des Arzt-Patienten-Gespräches über sexuelle Störungen sahen die Interviewten hingegen eher nicht. Angebote seien ausreichend vorhanden. Es unterliege den einzelnen Ärztinnen und Ärzten, diese Angebote auch zu nutzen. Ebenso wurde erwähnt, dass solche Gespräche sehr zeitintensiv seien und oft nicht im Praxisalltag untergebracht werden könnten.

4.8 Die Kosten von Diagnostik und Therapie sexueller Störungen

Im Interviewleitfaden waren Behandlungskosten nicht explizit thematisiert worden. Das Thema wurde von den Ärztinnen und Ärzten spontan eingebracht bzw. entwickelte sich in den Gesprächen. Es wird deutlich, dass die Abklärung sexueller Probleme eher nicht als Kassenleistung betrachtet wird und die Bereitschaft, daraus IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) zu machen und die Patientinnen und Patienten privat bezahlen zu lassen, bei den Ärztinnen und Ärzten sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

In wie weit die Nichtberücksichtigung der Abklärung sexueller Funktionsstörungen als Kassenleistung eine objektive Tatsache oder eher eine subjektive Sicht ist, muss diskutiert werden. Möglicherweise wird die Abklärung sexueller Funktionsstörungen als „nicht abrechenbar“ in Relation zu anderen, besser vergüteten Leistungen in der Urologie angesehen.

So können laut Abrechnungstipps der Zeitschrift „der niedergelassene Arzt“ abklärende Untersuchungen der Diagnosen Libidoverlust und erektile Dysfunktionen als GKV-Leistungen abgerechnet werden, auch z.B. der PW-Doppler der Gefäße des männlichen Genitalsystems.

Zudem hat laut „der niedergelassene Arzt“ etwa die Hälfte der urologischen Vertragsärzte die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (35100 und 35110). Bei der Abklärung und Abrechnung psychosomatischer Probleme im Zusammenhang mit den sexuellen Problemen können also auch Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet werden. Wichtig dabei ist, dass neben einer urologischen eine psychosomatische Diagnose angegeben wird.

Privat abzurechnen sind laut der Abrechnungstipps lediglich weitere abklärende Untersuchungen bei anderen Gebietsärzten, wenn sie nur zum Zweck der Verordnung von Mitteln zur Behandlung der Erektile Dysfunktion erfolgen (der-niedergelassene-Arzt).

Auf der anderen Seite finden sich im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum 4. Quartal 2022 mit dem Suchbegriff „sex“ lediglich Informationen zur Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität. Keinerlei Einträge finden sich zu den Suchworten bzw. -abkürzungen „Ejaculatio“, „Ejakulatio“, „Erektion“, „Orgas“, „Libido“. Daher muss davon ausgegangen werden, dass die Abklärung sexueller Probleme im Rahmen allgemeiner Pauschalen vergütet wird (Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Parallel zur Entwicklung von Diagnose- und Behandlungsleitlinien müssten die offenen Abrechnungsfragen zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme besser geklärt werden.

4.9 Stärken und Schwächen der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit war, einen detaillierten Einblick in die Arbeitsweise von Urologinnen und Urologen im Umgang mit sexuellen Störungen von Patientinnen und Patienten zu bekommen. Da es hierzu keine wissenschaftliche Literatur gab, wurde der qualitative Forschungsansatz mit leitfadengestützten Interviews gewählt.

Eine Stärke des qualitativen Ansatzes ist, dass die Interviewten selbstständig Themen aufbringen können, die im Leitfaden nicht berücksichtigt sind. Dies war z.B. bei dem Thema Kosten der Fall.

Eine Schwäche des qualitativen Forschungsansatzes ist die fehlende Repräsentativität und Quantifizierbarkeit.

Die Zahl von 15 durchgeführten Interviews erscheint klein, ist aber für qualitative Forschung adäquat. Da nach 10 Interviews eine Datensättigung erreicht wurde, kann man davon ausgehen, dass weitere Interviews keinen (großen) weiteren Erkenntnisgewinn erbracht hätten.

4.10 Schlussfolgerungen

Sexuelle Funktionsstörungen stellen laut der befragten Urologinnen und Urologen, wie auch gemäß der Statistik der häufigsten ICD-10 Diagnosen in der Urologie einen relevanten Anteil der Konsultationsanlässe in der Urologie dar. Frauen sprechen sexuelle Funktionsstörungen seltener an als Männer, obwohl aktuelle Daten zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz sexueller Störungen bei Frauen höher ist als bei Männern. Die allgemeine Auffassung, Frauen würden sexuelle Probleme in der Gynäkologie thematisieren, kann durch wissenschaftliche Untersuchungen derzeit nicht bestätigt werden. Entsprechende Diagnosen finden sich nicht unter den 100 häufigsten ICD-10 Diagnosen in der Gynäkologie. Urologinnen und Urologen sollten daher vermehrt auf mögliche gynäkologische und sexuelle Probleme von Frauen achten.

Das ärztliche Ansprechen von Patientinnen und Patienten auf die sexuelle Gesundheit erfolgt bei den niedergelassenen Urologinnen und Urologen individuell sehr unterschiedlich. Leitlinien, die aufzeigen, unter welchen Umständen eine Ansprache erfolgen sollte und die ggf. Screeninginstrumente vorschlagen, wären hier hilfreich. Momentan existiert lediglich eine S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur „Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion“. Diese soll von der seitens der Deutschen Gesellschaft für Urologie angemeldeten S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion Ende November 2023 abgelöst werden. Das erscheint als ein guter erster Schritt. Wünschenswert wären weitere Leitlinien zu den häufigsten Beratungsanlässen zu sexueller Gesundheit bei Frauen und Männern (z.B. Lustlosigkeit, Ejaculatio praecox). In den

Leitlinien und den Weiterbildungsplänen für Gynäkologie und Urologie sollten auch die in der täglichen Routine vorkommenden Überschneidungen zwischen Gynäkologie und Urologie geklärt werden.

Die lediglich dichotome Codiermöglichkeit der Erektile Dysfunktion entweder als organischen oder nicht-organischen Ursprungs und die Codiermöglichkeit der meisten anderen sexuellen Störungen nur in Kapitel F des ICD-10 entsprechen nicht der Alltagsrealität, in der häufig ein Zusammenspiel von psychischen und organischen Ursachen zu beobachten ist. Im ICD-11 sollen „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ ein eigenes Kapitel erhalten. So ist zu hoffen, dass sexuelle Probleme in Zukunft besser klassifiziert werden können – was letztlich auch einen Einfluss auf den diagnostischen und therapeutischen Umgang mit diesen Störungen haben dürfte.

Parallel zur Entwicklung von Diagnose- und Behandlungsleitlinien müssten auch Abrechnungsfragen zur Diagnostik und Behandlung sexueller Probleme geklärt werden. Denn unter den Urologinnen und Urologen herrscht die Auffassung vor, die Abklärung sexueller Probleme sei nicht über die GKV abrechenbar.

Folgende Fragestellungen für die weitere Forschung können aus dieser Studie abgeleitet werden:

- Welche Anteile von Frauen sprechen sexuelle Probleme in der Allgemeinmedizin, Gynäkologie und/oder Urologie an?
- Welche Anteile von Patientinnen und Patienten werden wegen der sexuellen Probleme zu Psychotherapeuten überwiesen – und wie viele beginnen tatsächlich eine Behandlung?
- Welche kulturellen Unterschiede gibt es in Bezug auf die sexuelle Gesundheit – und welche Konsequenzen sind daraus für den Umgang damit in ärztlichen Praxen zu ziehen?

5. Zusammenfassung

Einführung und Fragestellung

Sexualität ist ein wichtiger Teil von Gesundheit und Lebensqualität. Störungen der Sexualität sind häufig. Neben der hausärztlichen Versorgung sind niedergelassene Urologinnen und Urologen erste Ansprechpartner/innen. In dieser Studie wurde untersucht, wie niedergelassene Urologinnen und Urologen aus ihrer subjektiven Sicht mit sexuellen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten umgehen.

Methodik

Bei der vorgelegten Arbeit handelt es sich um eine explorative, qualitative Studie mittels leitfadengestützter, persönlicher Einzelinterviews mit 5 Urologinnen und 10 Urologen aus Schleswig-Holstein. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Patienten sprechen am häufigsten eine erektile Dysfunktion an, gefolgt von Ejakulationsstörungen, deutlich seltener vermindertes sexuelles Verlangen und vermuteten Testosteronmangel. Frauen bringen in der Urologie nur sehr selten sexuelle Probleme auf, am ehesten Scheidentrockenheit, Schmerzen, Harnwegsinfekte oder Inkontinenz im Zusammenhang mit Geschlechtsverkehr. Die Befragten vermuteten, dass sich Patientinnen mit sexuellen Problemen eher an die Gynäkologie wenden. Die Befragten sprechen die Patientinnen und Patienten nicht standardmäßig aktiv auf die Sexualität an, sondern eher bei Erkrankungen und Therapien, die mit sexuellen Störungen assoziiert sind. Das Ansprechen sei durch bessere Medikamente und die mediale Thematisierung deutlich einfacher geworden. Die Sicherheit in Diagnostik und Therapie somatischer Probleme ist groß, bei möglichen psychischen Ursachen geringer, zum Teil werden andere Fächer als zuständig angesehen.

Sexuelle Störungen seien im Studium kaum thematisiert worden, in der Weiterbildung unterschiedlich. Das Fortbildungsangebot sei in den letzten Jahren deutlich gewachsen.

Zeitmangel für intensive Gespräche und die Nicht-Abrechenbarkeit sexueller Probleme als Kassenleistung wurden vielfach als Barrieren einer Thematisierung genannt. Die Abklärung als Privatleistung ist unterschiedlich implementiert.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Sexuelle Funktionsstörungen stellen einen relevanten Anteil der Konsultationsanlässe in der Urologie dar. Trotz einer höheren Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei Frauen, sprechen Frauen diese seltener in der Urologie an als Männer. Ob Frauen sexuelle Probleme mehrheitlich in der Gynäkologie ansprechen, ist wissenschaftlich derzeit nicht belegbar. Niedergelassene sollten daher vermehrt auf mögliche sexuelle Probleme von Frauen achten.

Die Thematisierung sexueller Probleme in der urologischen Praxis erfolgt von ärztlicher Seite nicht als Standard und zu wenig. Leitlinien, die aufzeigen, unter welchen Umständen eine Ansprache erfolgen sollte und die ggf. Screeninginstrumente vorschlagen, wären hier hilfreich.

Neue medikamentöse Therapieoptionen und die Thematisierung in den Medien haben eine größere Offenheit gegenüber sexuellen Funktionsstörungen bewirkt. Trotzdem bestehen Unsicherheiten bezüglich der Diagnostik und Therapie insbesondere somatisch nicht gut erklärbarer Störungen. Sexuelle Probleme sollten einen größeren Stellenwert in der Aus- und Weiterbildung haben und Eingang in die Weiterbildungspläne finden.

Es existiert derzeit nur eine Leitlinie zur Erektile Dysfunktion. Wünschenswert wären weitere, idealerweise interdisziplinäre Leitlinien zu den häufigsten Beratungsanlässen zu sexueller Gesundheit bei Frauen und Männern (z.B. Lustlosigkeit, Ejaculatio praecox).

Unter den Urologinnen und Urologen herrscht die Auffassung vor, die Abklärung sexueller Probleme sei nicht über die GKV abrechenbar. Zu dieser Auffassung mag beigetragen haben, dass nur die Erektile Dysfunktion im ICD-10 entweder als organischen oder nicht-organischen Ursprungs codiert werden kann und die meisten anderen sexuellen Störungen in Kapitel F des ICD-10 zu finden sind – dem Kapitel zu psychischen und Verhaltensstörungen. Es ist zu hoffen, dass mit dem ICD-11, in dem „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ ein eigenes Kapitel bekommen werden, sexuelle Funktionsstörungen mehr Aufmerksamkeit erfahren. In dem Zuge sollten auch Klarstellungen zur Abrechenbarkeit von Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen im Rahmen der GKV erfolgen.

6. Literaturverzeichnis

Ahrendt HA, Adolf D, Friedrich C. Inzidenz sexueller Probleme in der gynäkologischen Praxis. *Sexuologie*. 2011;18, 25-29

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. S1-Leitlinie Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion.
www.register.awmf.org/de/leitlinie/detail/030-112 (letzter Zugriff: 05.02.2023)

Beier KM, Hartmann U, Bosinski HAG, Analysis of Health Care in Sexual and Gender Identity Disorders 2000. *Sexuologie* 7: 2000: 63-95

Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, Dekker A. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 Sep 25; 117:653-658.

Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM, Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95:2536-59.

Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res*. 2000;12:305-11.

Bremner WJ, Vitiello MV, Prinz PN. Loss of circadian rhythmicity in blood testosterone levels with aging in normal men. *J Clin Endocrinol Metab*. 1983;56:1278-81.

Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, Dekker A. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. *Dtsch Arztebl Int*. 2020 Sep 25;117:653-658

Bundesärztekammer. Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20201112_13_FEWP_FrauenheilkGeburtshilfe.pdf. (letzter Zugriff: 05.02.2023).

Bundesärztekammer. Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Urologie.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20201112_13_FEWP_Urologie.pdf. (letzter Zugriff am 02.02.2023)

Catalan J, Hawton K, Day A. Couples referred to a sexual dysfunction clinic. Psychological and physical morbidity. *Br J Psychiatry*. 1990 Jan;156:61-7

Cedzich DA, Bosinski HA. Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. *Sexuologie* 2010;17:5–13.

Dagmar A. Cedzich, Hartmut A. Bosinski, Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. *Sexuologie* 2010;17:5-13.

Der-niedergelassene-Arzt. Libidoverlust und erektile Dysfunktionen abrechnen.
<https://www.der-niedergelassene-arzt.de/praxis/news-details/urologie/libidoverlust-und-erektile-dysfunktionen-abrechnen>. (letzter Zugriff am 02.02.2023)

Docplayer. Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztexte (nach Fachgruppen).
<https://docplayer.org/24659105-Die-100-haeufigsten-icd-10-schluessel-und-kurztexte-nach-fachgruppen.html>. (letzter Zugriff am 02.02.2023)

Dohle GR, Arver S, Bettocchi C, Kliesch S, Punab M, de Ronde W. Leitlinie Männlicher Hypogonadismus. J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2020; 17 (2), 66-85

Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Ageing Study. J Urol 1994;151:54–61.

Goldstein I. Sexual dysfunction in women: what can urologists contribute? Curr Urol Rep. 2008;9:475-82.

Gray A, Feldman HA, McKinlay JB, Longcope C. Age, disease, and changing sex hormone levels in middle-aged men: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Clin Endocrinol Metab. 1991;73:1016-25.

Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. Fam Pract. 2004; 21:528-36.

Haensch C.-A. et al., Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion, S1-Leitlinie, 2018; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 06.11.2022)

Hall SA, Esche GR, Araujo AB, Travison TG, Clark RV, Williams RE, McKinlay JB. Correlates of low testosterone and symptomatic androgen deficiency in a population-based sample. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93:3870-7.

Hartmann U, Niccolosi A, Glasser DB, Gingell C, Buvat J, Moreira E, Lauman E. Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen. Sexuologie 2002;9:50–60.

ICD-11 Entwurfsfassung:
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (letzter Zugriff am 21.02.2023)

Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. J Urol. 2000;163:460-3.

Jungwirth A, Thomay G, Scholz M, Danner C, Scrinzi U, Gunzer K
Journal für Urologie und Urogynäkologie. Leitlinie Ejaculatio praecox. 2008;15-16

Kassenärztliche Bundesvereinigung. EBM Urologie.
https://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php (letzter Zugriff am 17.02.2023)

Kassenärztliche Vereinigung Nordheim. Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztexte (nach Fachgruppen) 2. Quartal 2022.
https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/verordnungen/morbiditaetsstatistik/100icd_22-2.pdf (letzter Zugriff am 29.12.2022)

Kliesch S. Testosteronmangel im Alter Normal oder pathologisch? Perspektiven Urologie. Dtsch Arztebl 2005;20-23.

Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I. Impotence. N Engl J Med. 1989;321:1648-59.

Krause L, Dini L, Prütz F. Inanspruchnahme gynäkologischer und allgemeinärztlicher Leistungen durch Frauen ab 50 Jahren. Journal of Health Monitoring 2020;5:15–26.

Urologenportal, 2006:

<https://www.urologenportal.de/fachbesucher/wirueberuns/dgu/leitlinien-der-deutschen-gesellschaft-fuer-urologie.html> (letzter Zugriff: 05.02.2023)

Linnet OI, Ogrinc FG. Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. The Alprostadil Study Group. N Engl J Med. 1996;334:873-7

Loran OB, Ströberg P, Lee SW, Park NC, Kim SW, Tseng LJ, Collins S, Stecher VJ. Sildenafil citrate 100 mg starting dose in men with erectile dysfunction in an international, double-blind, placebo-controlled study: effect on the sexual experience and reducing feelings of anxiety about the next intercourse attempt. J Sex Med. 2009;6:2826-35.

Meystre-Agustoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011 Mar 8;141:13178.

Morley JE, Charlton E, Patrick P, Kaiser FE, Cadeau P, McCready D, Perry HM 3rd. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. Metabolism. 2000;49:1239-42.

Padma-Nathan H, Hellstrom WJ, Kaiser FE, Labasky RF, Lue TF, Noltén WE, Norwood PC, Peterson CA, Shabsigh R, Tam PY, Place VA, Gesundheit N. Treatment of men with erectile dysfunction with transurethral alprostadil. Medicated Urethral System for Erection (MUSE) Study Group. N Engl J Med. 1997;336:1-7.

Ribeiro S, Alarcão V, Simões R, Miranda FL, Carreira M, Galvão-Teles A. General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. J Sex Med. 2014 ;11:386-93.

Rosen RC. Quality of life assessment in sexual dysfunction trials. Int J Impot Res. 1998 May;2:S21-3

Shindel AW, Ferguson GG, Nelson CJ, Brandes SB. The sexual lives of medical students: a single institution survey. J Sex Med. 2008;5:796-803.

Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. J Sex Med. 2007;4:1247-53.

WHO/Europa, Kopenhagen, 2016: Gesundheitsthemen: Lebensphasen: Sexuelle und reproduktive Gesundheit: Sexuelle Gesundheit ein Leben lang: Definition.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2 (letzter Zugriff: 12.01.2023)

Zannoni R, Dobberkau E, Kaduszkiewicz H, Stirn AV. Addressing Sexual Problems in German Primary Care: A Qualitative Study. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec;12

7. Anhang

7.1 Einverständniserklärung

C A U	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Medizinische Fakultät Institut für Allgemeinmedizin
------------------	---	--

Institut für Allgemeinmedizin, Michaelisstr. 5, Gebäude 517, 24105 Kiel,

Direktorin:

Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Michaelisstr. 5, 24105 Kiel

Tel: 0431-597-2226

Fax: 0431-597-1183

E-Mail: office@allgemeinmedizin.uni-kiel.de



Bearbeiter/in, Zeichen

Frau Elisa Dobberkau

Herr Adam Gawlik

Frau Meier-Höfig

E-Mail

elisa_dobberkau@web.de

adamgawlik@gmx.de

hoefig@t-online.de

Datum

Kiel, den 18. Dezember 2024

Wissenschaftliche Untersuchung: Thematisieren sexueller Probleme in der ambulanten hausärztlichen / gynäkologischen / urologischen Versorgung

Einverständniserklärung

Ich wurde über die oben genannte wissenschaftliche Untersuchung von Frau Elisa Dobberkau / Herrn Adam Gawlik / Frau Meier-Höfig (nicht Zutreffendes bitte durchstreichen) ausreichend schriftlich und mündlich informiert und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung erhobenen Daten sowie meine sonstigen mit dieser Untersuchung zusammenhängenden personenbezogenen Daten elektronisch und in Papierform aufgezeichnet werden. Das persönliche Interview wird auf einen Datenträger aufgezeichnet, wörtlich transkribiert, anonymisiert und wissenschaftlich ausgewertet. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitschrift wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin und die Erläuterungen zum Datenschutz erhalten habe und ich zustimme, an diesem Projekt teilzunehmen.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn ich nicht teilnehme, werde ich keine Nachteile haben.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass für mich Nachteile entstehen.

Erläuterungen zum Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern im Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) aufgezeichnet und anonymisiert¹ für die Dauer von insgesamt 4 Jahren gespeichert (ein Jahr während des Projektes und drei Jahre nach Projektende).

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Studienleiterin und ihre Mitarbeiter erfolgt in anonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten anonymisiert¹ (falls noch nicht geschehen) und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Name des/der Interviewten (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des/der Interviewten

Name des/der Doktoranden/in (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum und Unterschrift des/der Doktoranden/in

1 Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Absatz 6 BDSG).

7.2 Aufwandsentschädigng

C A U	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel	Medizinische Fakultät Institut für Allgemeinmedizin
------------------	---	--

Institut für Allgemeinmedizin, Michaelisstr. 5, Gebäude 517, 24105 Kiel,

Direktorin:

Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Michaelisstr. 5, 24105 Kiel

Tel: 0431-597-2226

Fax: 0431-597-1183

E-Mail: office@allgemeinmedizin.uni-kiel.de



Forschungsprojekt „Thematisieren sexueller Probleme in der ambulanten hausärztlichen / gynäkologischen / urologischen Versorgung“

Bitte vervollständigen Sie das Formular, damit wir Ihnen die Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 € für das max. 1-stündige Interview überweisen können.

Datum	
Vorname und Name des Arztes/ der Ärztin (in DRUCKBUCHSTABEN)	
Praxisstempel	
Name des Kontoinhabers	
Bank	
IBAN	
BIC	
Ich bin Mitarbeiter/-in des UKSH	ja / nein

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

