

Originalarbeit

# Weibliche sexuelle Dys

Bis zu 43 Prozent aller Frauen leiden zeitweise oder dauernd an einer sexuellen Dysfunktion. Hauptursachen sind - neben der Menopause - die chirurgische Menopause und eine Vielzahl von chronischen Krankheiten. Auch Urogenitaltrakt-Symptome und Inkontinenz können mit einer weiblichen sexuellen Dysfunktion einhergehen.

Von M. Bayerle-Eder und C. Dadak\*

## Hintergrund

Durch die Zulassung von Flibanserin (Addyi®) zur Behandlung des weiblichen sexuellen Lustdefizites durch die FDA (Food and Drug Administration) in den USA rückt die Sexualproblematik der Frau in den Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Bis zu 43 Prozent der Frauen leiden zeitweise oder ständig an diesem Problem. Der Alterungsprozess, Krankheiten, aber auch deren Therapie mit verschiedenen Medikamenten, Lebensstil und Schwangerschaften beeinflussen die Sexualität.

Zur weiblichen sexuellen Dysfunktion zählen nach der DSM-5-Klassifikation folgende Symptom-Gruppen:

- 1) Schmerz- und Penetrationsstörungen
- 2) Orgasmusstörungen
- 3) Erregungs- und Libidostörungen (siehe auch Abb. 1).

## Prävalenz

Diese Störungen können entweder lebenslang bestehen oder erworben sein und treten entweder generalisiert (immer) oder situations-, partnerbezogen oder in einem bestimmten Kontext auf. Definitionsgemäß sollten die Beschwerden/Störungen länger als sechs Monate

vorhanden sein und für die Patientinnen einen „Distress“ beziehungsweise einen Leidensdruck verursachen. Die Prävalenz der einzelnen Störungen liegt zwischen 16 Prozent bei Schmerzsyndromen und 22 bis 36 Prozent bei Libidoverlust, der häufigsten weiblichen Sexualfunktionsstörung (Abb. 1). Dabei besteht ein persistierender oder wiederkehrender Mangel an sexuellen Phantasien und ein Fehlen des Wunsches nach sexueller Aktivität, unter dem die Frau leidet (American Psychiatric Association). Eine im Alter möglicherweise auftretende Zunahme der sexuellen Probleme ohne persönlichen Leidensdruck wird daher nicht als Störung eingestuft.

## Medikamentöse Therapie

In Österreich gibt es kein Medikament, das für die Therapie der weiblichen sexuellen Dysfunktion zugelassen ist. Im August 2015 wurde Flibanserin - im dritten Anlauf - von der FDA „approved“ und ist seit Anfang Oktober über „trainierte und zertifizierte Ärzte und Apotheker“ erhältlich. Flibanserin wurde ursprünglich als Antidepressivum von einem deutschen Pharma-Unternehmen entwickelt und wurde in der zugelassenen Dosis von 100mg an 2.700 Frauen getestet. Bei der Substanz handelt es sich um

einen Agonisten am Serotonin-Rezeptor 5-HT<sub>1A</sub> und einen Antagonisten an 5-HT<sub>2A</sub>. Am Dopamin-Rezeptor D<sub>4</sub> verhält sich Flibanserin als schwacher Partial-Agonist. So hemmt es einerseits die Freisetzung des sexualitätshemmenden Serotonins und steigert andererseits die Freisetzung der sexualitätssteigernden Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin.

Die aufgetretenen Nebenwirkungen wie Schwindel, Blutdruckabfall und Synkope können durch die abendliche Einnahme weitgehend verhindert werden. Bei richtiger Indikationsstellung und Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen (Cave: Alkohol) stellt Flibanserin eine mögliche Therapieform auch für Betroffene in Österreich dar. Bei vaginaler Atrophie und/oder verminderter Lubrikation und bestehendem Östrogenmangel und dadurch erhöhten Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs ist eine lokale Östrogentherapie gerechtfertigt und erhöht nicht das kardiale Risiko. Testosteron in Kombination mit Östrogen verbessert die sexuelle Zufriedenheit von Patientinnen in der chirurgischen Menopause. Testosteron allein zeigte eine leichte Verbesserung der Sexualität bei postmenopausalen Frauen, wobei Langzeitdaten noch abzuwarten sind.

# funktion

Tipp:

[www.sexualmedizin.or.at](http://www.sexualmedizin.or.at)



## Risikofaktoren

Als Risikofaktoren, die zu einer weiblichen sexuellen Dysfunktion führen können, gelten neben der Menopause insbesondere die chirurgische Menopause und eine Vielzahl von chronischen Krankheiten. Auch Urogenitaltrakt-Symptome und Inkontinenz können mit einer weiblichen sexuellen Dysfunktion einhergehen. Die Depression kann als Symptom

die weibliche sexuelle Dysfunktion haben oder umgekehrt kann die weibliche sexuelle Dysfunktion durch Antidepressiva (SSRI) verursacht werden. Bei mehr als 50 Prozent der Patientinnen mit Diabetes mellitus ist die Sexualfunktion entweder durch eine Depression oder durch Störung der Endothelfunktion und damit verbundener verminderter Schwellung der vaginalen Corpora cavernosa und

verminderter Lubrikation oder aufgrund der diabetischen Neuropathie die genitale Empfindung gestört und kann durch mediterrane Ernährung und Sport verbessert werden (siehe Tab. 1). Bei Patienten mit morbidem Adipositas konnte nach bariatrischer Chirurgie eine signifikante Verbesserung der Sexualfunktion gesehen werden. Mehr als 63 Prozent aller Patientinnen mit koronarer Herzkrankheit ►►

## Krankheiten, die eine weibliche sexuelle Dysfunktion verursachen können

Formenkreis	
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Insult
Neurologische und psychiatrische Erkrankungen	Multiple Sklerose, Depression, Angstzustände, Demenz, Parkinson, Querschnittslähmung
Endokrinologische Erkrankungen	Hyperthyreose, Hypothyreose, Prolaktinom, Diabetes mellitus
Gynäkologische Probleme	Postpartal, postmenopausal, Menstruationsstörungen, Genitalprolaps
Urologische Erkrankungen	Chronische Zystitis, Inkontinenz, sexuell übertragbare Krankheiten, chronische Niereninsuffizienz, Dialyse
Chronische Erkrankungen	Mammakarzinom, Rheumatische Erkrankungen
Stoffwechselstörungen	Diabetes, Adipositas, Fettstoffwechselstörungen

Tab. 1

## Kategorien der Female Sexual Dysfunction

Sexuelle Funktionsstörung		Prävalenz in %
Hypoactive sexual desire disorder (HSDD) = Libidoverlust	Verminderung oder Abwesenheit von sexuellem Verlangen/sexuellen Phantasien	32
Female sexual arousal disorder (FSAD) = Erregungsstörung	Unfähigkeit, sexuelle Erregung zu erreichen oder aufrechtzuerhalten, um bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität eine ausreichende Schwellung/Feuchtigkeit der Vagina zu gewährleisten.	
Female orgasmic disorder (FOD) = Orgasmusstörung	Verzögern oder Ausbleiben des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase	26
Dyspareunia = Schmerzen	Genitale Schmerzen, die mit Geschlechtsverkehr verbunden sind	16
Vaginismus = Penetrationsprobleme	Unwillkürliche Kontraktion der perinealen Muskulatur um das äußere Drittel der Vagina; eine vaginale Penetration mit dem Penis, dem Finger oder dem Tampon ist nicht/schwer möglich	6

Laumann 1999, n= 1.749, Alter 17 bis 59 Jahre

Abb. 1

▶▶ leiden an einer Sexualfunktionsstörung. Libidoverlust ist auch das Leitsystem der Hyperprolaktinämie, welche durch einen Hypophysentumor oder durch eine Vielzahl von Medikamenten verursacht werden kann (siehe Tab. 1 und 2).

## Diagnostik und Management

In jedem Fall sollte die Sexualfunktion vom behandelnden Arzt als Teil der „vegetativen“ oder allgemeinen Anamnese angesprochen werden. Mit dem PLISSIT-

Modell wird bei Patienten die Erlaubnis (Permisson) eingeholt, über Sexualität zu sprechen. In weiterer Folge werden begrenzte Informationen (Limited Information) über physiologische und pathophysiologische Vorgänge gegeben wie zum Beispiel: „Ein Östrogenmangel kann zu Scheidentrockenheit führen!“ Durch konkrete Vorschläge (Specific Suggestions) wird auf die Beschwerden des Patienten eingegangen (beispielsweise: „Sport und gesunde Ernährung verbessern Ihr Sexualeben“). Im Anschluss kann mit einer intensivierten Therapie

(Intensive Therapie) begonnen werden (Sexualtherapie/Pharmakologische Therapie/Mindfulness/Verhaltenstherapie/Psychotherapie). Basisdiagnostik siehe Tab. 3.

## Medikamenten-Anamnese und Umstellung

In jedem Fall sollte eine genaue Medikamentenanamnese durchgeführt werden, die Sexualfunktion vom behandelnden Arzt angesprochen und im Einzelfall auf ein anderes Präparat umgestellt werden. So weist etwa das Antidepressivum „Bupropion“ im Gegensatz zu den SSRIs einen positiven Effekt auf die Sexualfunktion (siehe Tab. 2). Bei Frauen kann es unter Thiazid-Therapie und Spironolacton zu Lubrikationsstörungen beziehungsweise Zyklusveränderungen kommen, was eine Umstellung auf Eplerenon sinnvoll machen könnte. Von der Substanzklasse der AT II-Antagonisten scheint Valsartan einen eher positiven Effekt auf die sexuelle Funktion auszuüben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die weibliche sexuelle Dysfunktion eine ernst zu nehmende Störung ist, die bis zu 43 Prozent aller Frauen betrifft. Sie stellt eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität der Patientin aber auch ihres Partners dar; allerdings gibt es eine Vielzahl von therapeutischen Interventionen. Eine Basisabklärung sollte im Rahmen einer allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Untersuchung routinemäßig durchgeführt werden und bei Bedarf zu einer intensivierten Therapie zum Spezialisten überwiesen werden. Bis zu 80 Prozent aller sexualmedizinischen Probleme können vom behandelnden Arzt gelöst werden.

*\*) Univ. Prof. Dr. Michaela Bayerle-Eder, Universitätsklinik für Innere Medizin III, AKH Wien; E-Mail: michaela.bayerle-eder@meduniwien.ac.at; Univ. Prof. Dr. Christian Dadak, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, AKH Wien; Tel. 01/40400/29100; E-Mail: christian.dadak@meduniwien.ac.at*

## Medikamente, die eine Störung der Sexualfunktion verursachen können

Psychopharmaka	SSRIs, Barbiturate, Benzodiazepine, Lithium, Tricyclische Antidepressiva, Neuroleptika
Antihypertensiva	Clonidin, Alpha-Methyl-Dopa, Thiaziddiuretika
Hormonpräparate	Antiöstrogene, Gestagene, Antiandrogene (orale Kontrazeptiva ?)
Anticholinergika	Ipratropiumbromid, Scopolamin
Antihistaminika	Cimetidin (antiandrogene Wirkung)
Medikamente, die die Hormonsynthese/ Hormonachsen beeinflussen:	Spironolacton, Ketokonazol, Statine, nicht selektive Betablocker, 5 $\alpha$ -Reductase-Inhibitoren LHRH-Analoga/Antagonisten, Glycoside
Alle Medikamente, die zu einer Prolaktinerhöhung führen können	Antipsychotika (v.a. Dopaminrezeptorblocker), Antidepressiva, Opiate, Verapamil, Reserpine u.v.a.
Andere Medikamente/Interventionen	Chemotherapeutika, Strahlentherapie

Tab. 2

## Basisdiagnostik

Anamnese	Sexualanamnese; allgemeinmedizinische, psychologische, partnerbezogene und Medikamenten-Anamnese
Untersuchungen	Körperliche Untersuchung Blutdruck, Gewicht, Behaarungstyp, gynäkologische Untersuchung
Laboruntersuchungen	Östrogen, FSH, LH, DHEA, Gesamt und freies Testosteron, SHBG, Prolaktin, TSH, Nüchtern BZ, Blutfette, BB, Leberwerte
Fragebögen	Female Sexual Function Index, Female Sexual Distress Score
Weiterführende Diagnostik für Forschungszwecke	Vaginal-Gefäß doppler, Thermographie, Vaginale Photoplethysmographie
Ergebnisse zeigen zum Beispiel Depression, Endokrinopathie, schwere Partnerschaftprobleme, Missbrauch etc.	
Überweisung zu einem Spezialisten: intensive Therapie nach dem PLISSIT-Modell	

Tab. 3