

Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis – Call to Action

Teil 1: Definition, Epidemiologie, Problematik in der ärztlichen Praxis

Kurt April, Präsident*; Johannes Bitzer, wissenschaftlicher Beirat*

* Dr. Sexual Health, Ärzte für sexuelle Gesundheit.

Quintessenz

- Probleme mit der sexuellen Gesundheit sind häufig, werden aber in der ärztlichen Praxis selten angesprochen.
- Die Ärzte sprechen die Patienten selten auf sexuelle Probleme an, Patienten erwarten aber vom Arzt die Initiative dafür.
- Im Bereich der Sexualmedizin werden Diagnosen häufig verpasst, und Störungen resp. Krankheiten bleiben oft unbehandelt.
- Erkenntnisse der Sexualmedizin werden in Aus-, Weiter- und Fortbildung kaum berücksichtigt. Es besteht ein dringender Nachholbedarf.
- Auch in der Schweiz sollte die sexuelle Gesundheit stärker in den Fokus der ärztlichen Tätigkeit gerückt werden.

Einleitung

Die Ärzteschaft nimmt in der öffentlichen Gesundheit (Public Health) im Hinblick auf sexuelle Probleme eine zentrale Rolle ein. Sie stellt den Hauptakteur dar bei – Diagnosestellung, Planung und Durchführung der Behandlungen von sexuellen Krankheiten, deren Prävention inklusive

- Durchführung von Impfungen und Tests
- Aufklärung und Beratung bei Problemen in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit.

Probleme in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit, wie sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI), sexuelle Funktionsstörungen, unerwünschte Schwangerschaft, Fertilitätsprobleme und sexuelle Gewalt, sind häufig: Gemäss Schätzungen dürfte in unseren Breitengraden jeder Zweite ein oder mehrere Male im Leben davon betroffen sein [1–3]. Paradoxerweise sind sexuelle Probleme bei den Arztkonsultationen kein häufiges Thema [4]. Ärzte sprechen ihre Patienten meist nicht auf sexuelle Störungen, sexuelle Infektionen oder Risikoverhalten an. Praktisch alle Patienten fänden es jedoch normal, vom Arzt auf sexuelle Probleme angesprochen zu werden, und die überwiegende Mehrheit der Patienten hätte es sich sogar gewünscht. Aufgrund dieser Kultur des Schweigens sucht nur eine Minderheit von sich aus deswegen einen Arzt auf. Repräsentative Umfragen zeigen, dass die ärztliche Versorgung in Bezug auf die sexuelle Gesundheit unzulänglich ist [5, 6]. Involviert in diese Problematik sind Grundversorger, aber auch Spezialisten, wie Gynäkologen/Geburtshelfer, Urologen, Psychiater, Dermatologen/Venerologen, Infektiologen und Pädiater.

Die WHO (World Health Organization) sieht im ärztlichen Umgang mit der Sexualität und ihren Störungen schon länger weltweit einen Mangel, weshalb sie bereits mehrmals Handlungsempfehlungen für Ärzte herausgegeben hat [7, 8]. Der leitende Arzt des US-amerikanischen Gesundheitswesens (Surgeon General) wandte sich bereits 2001 an die Ärzteschaft und forderte sie mit einem «call to action» auf, die sexuelle Gesundheit stärker in den Fokus der ärztlichen Tätigkeit zu rücken [9]. Mit diesem Artikel ruft «Dr. Sexual Health, Ärzte für sexuelle Gesundheit» die Ärzteschaft in der Schweiz auf, der sexuellen Gesundheit in der ärztlichen Praxis mehr Beachtung zu schenken («call to action»). Ziel des ersten Teils des Artikels ist, auf die Unterversorgung und das mangelnde Problembewusstsein aufmerksam zu machen und die Hintergründe zu beleuchten. Auch die Ärzte in der Schweiz haben im Bereich Sexualmedizin noch viel aufzuholen. In einem zweiten Teil sollen Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung auf dem Gebiet der sexuellen Gesundheit aufgezeigt und deren Umsetzung angeregt werden. Angesichts der Bedeutung der Sexualanamnese in der täglichen ärztlichen Praxis wird diesem Thema am Schluss ein spezieller Teil gewidmet.

Sexuelle Gesundheit, Störungen und Probleme

Was ist sexuelle Gesundheit?

Definitionen der sexuellen Gesundheit sind umstritten, auch in der Medizin. Am meisten Beachtung und Zustimmung fand die Definition der WHO, die auch unserer Ansicht nach umfassend ist und alle notwendigen und wichtigen Aspekte berücksichtigt. Die Definition der sexuellen Gesundheit der WHO beinhaltet eine positive Einstellung zur menschlichen Sexualität und die Pflege der sexuellen Gesundheit. Sie umfasst nicht nur die gewünschte Fortpflanzung, die Abwesenheit sexuell übertragbarer Krankheiten, sexueller Störungen und sexuellen Missbrauchs, sondern auch die Verbesserung der Lebensqualität, persönlicher Beziehungen und Liebe [10]. Nach der Definition der WHO «... *bedeutet sexuelle Gesundheit nicht nur [...] die Möglichkeit, lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuelle Beziehungen, die*

In dem vorliegenden Artikel bezeichnet der Ausdruck «Patient» und «Arzt» gleichermassen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte.



Kurt April

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Dr. Sexual Health, Ärzte für sexuelle Gesundheit, ist ein gemeinnütziger, schweizerischer Ärzteverein mit etwa 600 Mitgliedern, politisch und konfessionell neutral. Zweck des Vereins ist es, die sexuelle Gesundheit zu fördern, für sexuelle Rechte einzustehen und mit geeigneten Präventionsmassnahmen sexuell übertragbare Infektionen [STI] (inkl. die HIV-Infektion) zu verhindern. Uns ist es besonders wichtig, dass bei Menschen in der Schweiz eine STI frühzeitig erkannt und rechtzeitig behandelt wird. Wir wenden uns gegen die Tabuisierung und die Stigmatisierung von Menschen mit STI (inkl. HIV) sowie anderen sexuellen Problemen. Dr. Sexual Health erbringt Leistungen insbesondere für die zwei Zielgruppen Ärzte und ihre Patienten sowie die Allgemeinbevölkerung. Der Verein lässt sich dabei von den anerkannten Grundsätzen der medizinischen Wissenschaften und medizinischer Ethik leiten.

www.drsh.ch; sekretariat@drsh.ch



frei von Diskriminierung und Gewalt sind. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden» [11]. Die WHO betont in verschiedenen Veröffentlichungen immer wieder, dass Jugendliche und Menschen jeden Alters das «Recht auf sachgerechte Informationen und Aufklärung» haben [12].

Begriffliche und nosologische Schwierigkeiten

Welchen Begriff soll man wählen, wenn die Kriterien der sexuellen Gesundheit nicht erfüllt sind? Soll man von *sexueller Krankheit*, *Störungen der sexuellen Gesundheit*, *sexuellen Problemen* oder *Abweichungen* sprechen? Jeder dieser Begriffe ist entweder ideologisch aufgeladen, stigmatisierend, unscharf oder einschränkend. In diesem Artikel ziehen wir den umfassenden Laienbegriff *Probleme mit der sexuellen Gesundheit* vor. Zu den Problemen der sexuellen Gesundheit gehören sexuelle Störungen, sexuell übertragbare Infektionen, Probleme mit der Verhütung, der Fertilität (Tab. 1 und 2) sowie sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch. Die psychiatrisch eingeordneten sexuellen Störungen werden wieder in die Unterkapitel *Störungen der sexuellen Funktionen*, *der Geschlechtsidentität* und *der Sexualpräferenzen* sowie *Paraphilien* aufgeteilt.

Gesundheit, Symptome, Störungen und Krankheit sind gerade im Bereich der Sexualität ein *Begriffskontinuum* und werden auch von Experten weniger genau definiert und standardisiert als psychopathologische Befunde oder Symptome in der Somatik [13].

In den diagnostischen Manualen ICD und DSM werden sexuelle Störungen nur dann als Symptom oder Störung gewertet, wenn ein Leidensdruck vorhanden ist oder eine Gefährdung anderer besteht (z.B. Pädophilie). Das

hat den Vorteil, dass Ärzte eine unnötige Pathologisierung vermeiden können. Wird beispielsweise «vorzeitige oder verzögerte Ejakulation» oder «Mangel an sexuellem Interesse» unnötigerweise als psychiatrische Störung diagnostiziert, kann das persönliche und partnerschaftliche Probleme verursachen.

Epidemiologie von sexuellen Problemen/Störungen

Die epidemiologischen Studien zu sexuellen Problemen bzw. Störungen sind umstritten und fehleranfällig. Das liegt zum einen daran, dass die Probleme und Störungen unterschiedlich definiert sind, was zum Beispiel bei den Funktionsstörungen zu stark differierenden Ergebnissen führt. Ausserdem handelt es sich meist um Umfragen, denen eine gewisse Unsicherheit über die Korrektheit der Angaben der Probanden anhaftet. Bei einigen sexuellen Problemen gibt es keine Prävalenzangaben, zum Beispiel bei Paraphilien, Störungen der Geschlechtsidentität, sexuellem Missbrauch oder ungewollten Schwangerschaften (Tab. 1 und 2).

Bei den *sexuellen Funktionsstörungen* wird das Problem von *Overdiagnosing* und *Underdiagnosing* besonders deutlich. Eine vielzitierte Studie von Laumann et al. [14] ergab in den USA hohe Prävalenzraten sexueller Funktionsstörungen von 43% bei Frauen und 31% bei Männern. Werden die Probanden aber gefragt, ob sie unter diesen Funktionsstörungen auch leiden, sind es nur knapp halb so viel, nämlich 10 bis 15% der Bevölkerung [15, 16]. Andererseits wird dem neuen psychiatrischen Diagnosemanual DSM-5 [17] vorgeworfen, dass durch hochangelegte Ausschlusskriterien zu wenig sexuelle Störungen diagnostiziert werden [18].

Sexueller Missbrauch und Gewalt unter Jugendlichen werden meist unterschätzt. In einer Studie aus Holland gaben 15,8% der weiblichen und 7,5% der männlichen Jugendlichen an, schon einmal sexuelle Gewalt durch andere Jugendliche erfahren zu haben [19]. In Schweden waren es 13,5% der Mädchen und 5,5% der Jungen [20].

Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis

Sexualmedizin, zwar den Kinderschuhen entwachsen, aber (noch) nicht (überall) in den Arztpraxen angekommen

Kaum ein Lebensbereich hat sich in den letzten 150 Jahren so verändert wie die Sexualität. Der Wertewandel, der im Bereich Ehe, Familie, Mann und Frau offensichtlich stattfand, hat sich direkt auf die Sexualität ausgewirkt. Vor 150 Jahren waren auch in Ärztekreisen viele Vorurteile und realitätsfremde Meinungen über die Sexualität (Masturbation oder sexuelle Lust bei Frauen sei pathologisch und führe zu Krankheiten etc.) vorhanden. Damit sind wir auch mitten in der *gesellschaftlichen Kontroverse*, was in Bezug auf die Sexualität als «krank oder gesund», was als «normal oder deviant» angesehen werden soll. Aus der Medizingeschichte lernen wir, dass sich Ärzte und Wissenschaftler nicht von Politik, Ideologie und Religion einnehmen lassen und sexuelle Verhaltensweisen und Präferenzen nicht abwerten oder pathologisieren dürfen. Vieles, was noch im letzten Jahrhundert als krank angesehen wurde, wie zum Bei-

Tabelle 1

Sexuelle Probleme, mit denen sich Menschen in der ärztlichen Praxis vorstellen.
Quelle: Sigusch 2007, Briken u. Berner 2013.

Problembereich	Probleme, Diagnose nach ICD-10	Prävalenz
	Sexuelle Funktionsstörungen F52 Treten in der Mehrzahl sexueller Kontakte auf und bestehen seit mindestens einem halben Jahr. Es besteht ein relevanter Leidensdruck oder führt zu Beziehungsproblemen. Dürfen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor, andere psychische Störungen oder Einnahme von Medikamenten zurückzuführen sein.	10–15% der Bevölkerung
Sexuelles Begehren, sexuelle Annäherung	Störung der sexuellen Appetenz F52.0 Sexuelle Lustlosigkeit, eingeschränkte sexuelle Aktivität F52.0 Sexuelle Aversion, Ekelgefühle bei sexuellen Handlungen F52.1 Gesteigertes sexuelles Verlangen und/oder Verhalten F52.7	7–12%
Sexuelle Stimulation	Störung der sexuellen Erregung F52.2 ♀ (meist Lubrikationsstörungen) ♂ Erektionsstörung	♀ 6–7% ♂ 17%, >25% bei über 60-Jährigen
Orgasmus und Ejakulation	Weibliche Orgasmusstörungen F52.3 Verzögerter oder ausbleibender Orgasmus/Ejakulation F52.3 Ejaculatio praecox F52.4	5–8%
Koitus, Einführen des Penis	Vaginismus F52.5 (unwillkürliche, schmerzhafteste Verkrampfung des Beckenbodens/der Vagina) Dyspareunie F52.6 (Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr)	0,4% ♀ 1–3%, ♂ 0,1%
Geschlechtsidentität	Störungen der Geschlechtsidentität F64	Epidemiologische Daten fehlen
Der Wunsch und die Überzeugung, dem anderen Geschlecht anzugehören; Wunsch nach Geschlechtsumwandlung	Transsexualismus F64.0	bei Männern 6x häufiger als bei Frauen
Das Bedürfnis, die Kleider des Gegengeschlechts zu tragen, ohne Wunsch nach Geschlechtsumwandlung	Transvestitismus F 64.1	fast nur Männer betroffen
Sexuelles Interesse	Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) F65	Epidemiologische Daten fehlen
	Fetischismus F65.0 Fetischistischer Transvestitismus F65.1 Exhibitionismus F65.2 Voyeurismus F65.3 Pädophilie F65.4 Sadomasochismus F65.5	
Ungewollte Kinderlosigkeit	Sterilität (N46/N97)	10–15% der Paare, Ursache bei ♀ 50%, ♂ 35% ♀ und ♂ 10–15% [40]
Sexueller Missbrauch/Gewalt	Sexueller Missbrauch T74.2	Vor allem das weibliche Geschlecht betroffen: 9% Mädchen bis 14 Jahre 13% Frauen über 16 Jahre [41]

spiel Homosexualität, ist aus den diagnostischen Klassifikationen herausgestrichen worden. Das hippokratische Prinzip *primum nil nocere* (lat.: zuerst einmal nicht schaden) sollte bei sexuellen Problemen auch im Sinn der Vermeidung von Stigmatisierungen und Diskriminierungen (z.B. bei der HIV-Infektion oder sexuellen Orientierung) berücksichtigt werden [21]. Dass Fragen nach sexuellen Störungen/Krankheiten so kontrovers und emotional behandelt wurden, liegt wohl auch daran, dass es lange Zeit nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen gab. In den letzten 100 Jahren engagierten sich unter anderem viele Ärzte als Wegbereiter einer natürlichen Betrachtungsweise der

Sexualität und gewannen fundierte Erkenntnisse, auch unter Einbezug verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen [22, 23]. Mit der Sexualmedizin gibt es heute einen eigenen Fachbereich, der über einiges an gesichertem Wissen verfügt [24, 25]. Leider sind diese Erkenntnisse bisher kaum in die Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte eingeflossen, so dass sie im Allgemeinen über zu wenig Kenntnisse der Sexualmedizin verfügen und veralteten oder falschen Vorstellungen von Sexualität anhängen. Ärzte bilden ihre Meinungen über die Sexualität und deren Störungen häufig unter Einbezug derselben unsicheren oder inadäquaten Quellen wie die Patienten [26].

Tabelle 2

Sexuell übertragbare Infektionen. Quelle: Bundesamt für Gesundheit.

Erreger	Krankheiten/mögliche Spätfolgen	Häufigkeit/Fälle
Chlamydia trachomatis (D-K)	Urethritis, Zervizitis, ascendierende Infektionen, Infertilität	3–10% der Bevölkerung Jährlich >8000 gemeldet
Neisseria gonorrhoeae	Urethritis, Zervizitis, ascendierende Infektionen, Infertilität	Jährlich >1500 gemeldet, davon 60% MSM*
Herpes-simplex-Viren Typ 1+2	Urethritis, Vaginitis, Zervizitis, ascendierende Infektionen, Infertilität	60–70% der Bevölkerung, davon 20% HSV-2-Träger
Trichomonas vaginalis	Vaginitis	Häufig, keine Daten
Candida albicans	Vaginitis	Häufig, keine Daten
Gardnerella vaginalis	Vaginitis	Häufig, keine Daten
Humane Papillomaviren	Genitalwarzen, Karzinome (Gebärmutterhals, anal, oral, Penis)	70% einmal im Leben infiziert, davon 10% chronisch
Haemophilus ducreyi	Ulcus molle	Selten, keine Daten
Ureoplasma ureolyticum	Urethritis, Zervizitis, ascendierende Infektionen, Infertilität	Häufig, keine Daten
Treponema pallidum	Ulcus durum, Syphilis-Stadium II+III	Jährlich >1000 gemeldet, 70% Männer, 27% MSM
HIV	Primoinfektion, Aids	Jährlich 5–600 gemeldet
Hepatitis-B-Virus	Akute Virushepatitis, chronische Infektion mit Leberzirrhose/Leberkarzinom	Jährlich >1400 gemeldet, davon 40–70% sexuell übertragen
Chlamydia trachomatis L 1–3 (Lymphogranuloma venereum)	Nicht schmerzhaftes Genitalulkus, später Anschwellen und Vereitern der inguinalen Lymphknoten	Selten, vor allem MSM, keine Daten

* MSM: Männer, die Sex mit Männern haben.

(Anmerkung: Diese Tabelle wurde in der Online-Version des Artikels korrigiert.)

Sexualprobleme, immer noch ein schwieriges Thema

Trotz aller Fortschritte in der Sexualmedizin und der heute allgemein verbreiteten liberalen Einstellung zur Sexualität ist das Arzt-Patienten-Gespräch über sexuelle Probleme immer noch ein Stiefkind. Es ist aber das A und O, um sexuelle Probleme zu erkennen, zu diagnostizieren und zu behandeln bzw. im Idealfall zu heilen [27, 28]. In einer Studie aus Lausanne mit 1452 männlichen Patienten von 18 bis 70 Jahren wurden nur 40% von ihnen irgendwann von einem Arzt auf die Sexualität im Allgemeinen angesprochen, und nur 20% der Patienten wurden nach sexuell übertragbaren Infektionen, die Anzahl der Sexualpartner oder die sexuelle Orientierung gefragt [29]. Umgekehrt fanden es 95% der Patienten normal, von ihrem Arzt auf Sexualprobleme angesprochen und beraten zu werden. 90% wünschten, dass der Arzt eine Sexualanamnese erhebt, 60% gar bei der Erstkonsultation im Rahmen einer ausführlichen medizinischen Anamnese. 85% wären durch Fragen nach der Sexualität keineswegs peinlich berührt. Nur 15% hätten sich bei diesen Fragen geniert, von denen es aber 75% trotzdem geschätzt hätten, vom Arzt darauf angesprochen zu werden. Nur etwa ein Viertel der Patienten mit sexuellen Problemen suchte von sich aus einen Arzt auf.

Verschiedene internationale Studien aus hochentwickelten Ländern [30] zeigen, dass es sich um kein spezifisch schweizerisches Problem handelt. Erhebungen aus der Schweiz und Deutschland ergeben übereinstimmend vier Hauptgründe für dieses Defizit: Ärzte gehen davon aus, dass

1. das Sprechen über Sexualität den Patienten unangenehm sei;
2. es nicht möglich sei wegen Zeitmangel;

3. es schwierig sei wegen eigener Unsicherheit;
4. ihre Ausbildung und ihr Wissen über Sexualmedizin unzulänglich seien (über 80%) [31].

Viele verpasste Diagnosen und Behandlungen

Nehmen Ärzte die Sexualanamnese nicht auf, werden viele Sexualstörungen [32] und sexuell übertragbare Infektionen nicht diagnostiziert und Probleme bei der Verhütung oder mit sexueller Gewalt nicht erkannt.

Gut dokumentiert sind die Mängel auch bei der Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Bei 30 bis 50% der Betroffenen werden HIV-Infektionen erst spät diagnostiziert [33]. Bei den Syphilisdiagnosen zeigt sich ein ähnliches Bild: In der Schweiz wurden 2012 bei den Heterosexuellen nur 34% der Diagnosen im ersten Stadium gestellt; bei Männern, die mit Männern Sex haben, waren es mit 43% nur wenig mehr. Laut Schätzungen werden auch viele Gonorrhoe-, Chlamydien- und HPV-Infektionen übersehen [34, 35].

Eine frühzeitige Diagnose und rechtzeitige Therapie von STI sind sowohl für den Betroffenen wie auch für die öffentliche Gesundheit von grösster Bedeutung. Verpasste oder verzögerte Diagnosen gefährden die Gesundheit von Infizierten und verhindern Verhaltensänderungen zum Schutze der Sexualpartner. Dies erkannten Fachleute und Behörden schon vor längerer Zeit, so dass auch das *Schweizer Bundesamt für Gesundheit* 2007 die Empfehlungen zum «HIV-Test auf Initiative des Arztes, der Ärztin» herausgab [36]. Trotz mehrfacher Veröffentlichung im offiziellen Bulletin [37] war diesen Anstrengungen kein Erfolg beschieden: Weder gingen die neuen HIV-Infektionen zurück, noch kannten die Ärzte diese Empfehlungen oder wendeten sie an [38].

Gründe für diesen Misserfolg dürften sein, dass – wie bereits ausgeführt – die Ärzte es vermeiden, ihre Patienten auf Sexualität und sexuelle Risiken anzusprechen, um nicht ins Fettnäpfchen zu treten, und dass sie zu wenig Kenntnisse über die Notwendigkeit von HIV-Tests in gewissen klinischen Situationen haben [39].

Mehr Engagement der Ärzteschaft ist gefordert

Die Sexualmedizin ist bei der Ärzteschaft ein zu Unrecht vernachlässigtes Gebiet. Auf dem Boden einer positiven Einstellung zur Sexualität ist mehr Engagement und Offenheit gegenüber Problemen in diesem Bereich von uns Ärzten gefordert. Wir müssen uns allerdings hüten, Menschen, deren sexuelle Funktionen oder Interessen nicht im Durchschnitt der statistischen Norm liegen (z.B. mangelndes sexuelles Bedürfnis oder vorzeitiger Samenerguss), automatisch zu pathologisieren. Selbstverständlich sind auch die Persönlichkeitsrechte unserer Patienten (Tests und Diagnosen) zu berücksichtigen. In diesem Sinne sollte dem hippokratischen Grundsatz ärztlichen Handelns *primum nil nocere* bei diesem Thema besondere Beachtung geschenkt werden. Es müsste zu unserem Praxisalltag gehören, sexuelle Probleme anzusprechen, darüber zu informieren, aufzuklären und allenfalls weitere Beratung zu vermitteln, damit die Patienten in die Lage kommen, selbstbestimmt Verantwortung für sich und den (oder die) Sexualpartner zu übernehmen und eine für sie befriedigende Sexualität zu leben. Zweifellos gehört die Linderung von Beschwerden oder die Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen sowie sexueller Störungen zur primären ärztlichen Tätig-

keit. Allerdings fühlen sich viele Ärzte in der Sexualmedizin unzulänglich ausgebildet. Auf allen Ebenen der Ausbildung besteht denn auch Nachholbedarf. Auch das Gespräch über Sexualität und die Erhebung der Sexualanamnese kann und muss gelernt werden.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer,
FMH Gynäkologie und Geburtshilfe
Dr. med. Kurt April, FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Dr. Sexual Health
Ärzte für sexuelle Gesundheit
Postfach 24
CH-8810 Horgen
[kurt.april\[at\]hin.ch](mailto:kurt.april[at]hin.ch)
www.drsh.ch

Empfohlene Literatur

- Meystre-Agostoni G, Jeannin AJ, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann PK, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
- Hartmann U, Niccolosi A, Glasser DB., Gingell C, Buvat J, Moreira E, Lauman EO. Sexualität in der Arzt-Patienten Kommunikation. Ergebnisse der «Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen». *Sexuologie.* 2002;9:50–60.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762–74.
- Briken P, Berner M. Praxisbuch sexuelle Störungen. Stuttgart: Thieme Verlag; 2013.
- Buddeberg C. Sexualberatung, eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater. Stuttgart: Thieme Verlag; 2005.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.