

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Urologie
des Klinikums Rechts der Isar
(Prof. Dr. Jürgen E. Gschwend)

Sexualmedizin im ärztlichen Alltag sowie in der Aus- und
Weiterbildung -
Ergebnisse einer Befragung
urologisch tätiger Ärzte/-innen in Deutschland

Irmengard Gertraud Siegl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Schlegel

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Kathleen Herkommer
2. apl. Prof. Dr. Frank-Michael Köhn

Die Dissertation wurde am 07.01.2019 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.06.2019 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Einleitung..... | 1 |
| 1.1 | Sexualmedizin - sexuelle Gesundheit..... | 1 |
| 1.2 | Sexuelle Störungen..... | 3 |
| 1.2.1 | Sexuelle Funktionsstörungen | 3 |
| 1.2.2 | Geschlechtsidentifikationsprobleme | 5 |
| 1.2.3 | Störungen der Sexualpräferenz..... | 6 |
| 1.3 | Entwicklung der Sexualmedizin in Deutschland..... | 8 |
| 1.4 | Fragestellung..... | 10 |
| 2 | Material und Methoden..... | 11 |
| 2.1 | Fragebogenerstellung | 11 |
| 2.2 | Fragebogen..... | 12 |
| 2.2.1 | Sexualmedizinische Tätigkeit | 12 |
| 2.2.2 | Aus- und Weiterbildungssituation in der Sexualmedizin | 13 |
| 2.2.3 | Fortbildungswünsche in der Sexualmedizin..... | 14 |
| 2.2.4 | Soziodemographische Faktoren..... | 15 |
| 2.3 | Datenerhebung | 15 |
| 2.4 | Statistische Auswertung..... | 16 |
| 3 | Ergebnisse | 17 |
| 3.1 | Kollektiv..... | 17 |
| 3.2 | Sexualmedizinische Tätigkeit | 18 |
| 3.2.1 | Häufigkeit der Thematisierung sexualmedizinischer Themen im ärztlichen Alltag . | 18 |
| 3.2.2 | Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext | 19 |
| 3.2.3 | Erhebung der Sexualanamnese..... | 20 |
| 3.2.4 | Überweisungen von Patienten an spezialisierte Kollegen/-innen | 21 |
| 3.2.5 | Probleme beim Ansprechen von Sexualität | 21 |
| 3.2.6 | Miteinbeziehung des Partners / Partnerin..... | 24 |
| 3.2.7 | Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten..... | 24 |
| 3.3 | Sexualmedizinische Aus- und Fortbildungssituation..... | 26 |
| 3.3.1 | Medizinstudium..... | 26 |
| 3.3.2 | Assistenzarztzeit..... | 26 |
| 3.3.3 | Facharztzeit | 27 |
| 3.3.4 | Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein | 30 |
| 3.4 | Fortbildungswünsche | 32 |

| | | |
|-------|--|------|
| 3.4.1 | Ausbildungsabschnitt | 32 |
| 3.4.2 | Themen..... | 33 |
| 4 | Diskussion..... | 36 |
| 4.1 | Sexualmedizinische Tätigkeit | 36 |
| 4.2 | Sexualmedizinische Aus- und Weiterbildungssituation | 42 |
| 4.3 | Fortbildungswünsche | 45 |
| 4.4 | Geschlechtsspezifische Analyse | 46 |
| 4.5 | Altersspezifische Analyse | 48 |
| 4.6 | Limitationen und Ausblick..... | 49 |
| 5 | Zusammenfassung..... | 52 |
| 6 | Anhang | I |
| 6.1 | Tabellen - Sexualmedizinische Tätigkeit..... | I |
| 6.2 | Tabellen - Sexualmedizinische Aus- und Weiterbildungssituation | VI |
| 6.3 | Tabellen - Fortbildungswünsche | XIV |
| 7 | Literaturverzeichnis..... | XV |
| 8 | Danksagung | XXIV |
| 9 | Publikationen | XXV |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|--|
| Ärztl.: | Ärztlich |
| BDU: | Berufsverband Deutscher Urologen e.V. |
| Bspw.: | Beispielsweise |
| Bzw.: | Beziehungsweise |
| DGA: | Deutsche Gesellschaft für Andrologie e.V. |
| DGU: | Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. |
| DSM: | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder |
| Ggf.: | Gegebenenfalls |
| ICD: | International Classification of Diseases |
| LMU: | Ludwig-Maximilians-Universität München |
| TUM: | Technische Universität München |
| U.a. | Unter anderem |
| Vgl. | Vergleiche |
| WHO: | World Health Organisation |
| Z.B.: | Zum Beispiel |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1: | Häufigkeit der Thematisierung sexueller Funktionsstörungen im ärztl. Alltag | 18 |
| Abbildung 2: | Häufigkeit der Thematisierung von Geschlechtsidentifikationsproblemen und Störungen der Sexualpräferenz im ärztl. Alltag..... | 19 |
| Abbildung 3: | Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext | 20 |
| Abbildung 4: | Probleme beim Ansprechen von Sexualität | 22 |
| Abbildung 5: | Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten.... | 24 |
| Abbildung 6: | Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit | 27 |
| Abbildung 7: | Besuchte Fortbildungen Facharztzeit..... | 28 |
| Abbildung 8: | Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein | 30 |
| Abbildung 9: | Fortbildungswünsche Ausbildungsabschnitt..... | 32 |
| Abbildung 10: | Fortbildungswünsche Themen | 33 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|---|------|
| Tabelle 1: | Beschreibung des Kollektivs | 17 |
| Tabelle 2: | Probleme beim Ansprechen der Sexualität nach Alter / Geschlecht des Arztes | 23 |
| Tabelle 3: | Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten nach Alter / Geschlecht des Arztes | 25 |
| Tabelle 4: | Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein nach Alter / Geschlecht des Arztes | 31 |
| Tabelle 5: | Fortbildungswünsche Themen nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Sexuelle Funktionsstörungen | 34 |
| Tabelle 6: | Fortbildungswünsche Themen nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz | 35 |
| Tabelle 7: | Häufigkeiten der Thematisierung sexualmedizinischer Themen im ärztlichen Alltag nach Alter / Geschlecht des Arztes | I |
| Tabelle 8: | Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext | I |
| Tabelle 9: | Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext nach Alter / Geschlecht des Arztes | II |
| Tabelle 10: | Erhebung Sexualanamnese | II |
| Tabelle 11: | Erhebung Sexualanamnese nach Alter / Geschlecht des Arztes | III |
| Tabelle 12: | Überweisungen an spezialisierte Kollegen/-innen | III |
| Tabelle 13: | Überweisungen an spezialisierte Kollegen nach Alter / Geschlecht des Arztes | IV |
| Tabelle 14: | Probleme beim Ansprechen der Sexualität | IV |
| Tabelle 15: | Einbeziehen des Partners /Partnerin | V |
| Tabelle 16: | Einbeziehung des Partners / Partnerin nach Alter / Geschlecht des Arztes | V |
| Tabelle 17: | Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten | V |
| Tabelle 18: | Fortbildungen Studium | VI |
| Tabelle 19: | Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit | VII |
| Tabelle 20: | Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Sexuelle Funktionsstörungen | VIII |

| | |
|-------------|--|
| Tabelle 21: | Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz . IX |
| Tabelle 22: | Besuchte Fortbildungen Facharztzeit..... X |
| Tabelle 23: | Besuchte Fortbildungen Facharztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Sexuelle Funktionsstörungen XI |
| Tabelle 24: | Besuchte Fortbildungen Facharztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz XII |
| Tabelle 25: | Fortbildungen Form..... XIII |
| Tabelle 26: | Fortbildungen Kongresse XIII |
| Tabelle 27: | Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein XIII |
| Tabelle 28: | Fortbildungswünsche Ausbildungsabschnitt..... XIV |
| Tabelle 29: | Fortbildungswünsche Themen XIV |

1 Einleitung

1.1 Sexualmedizin - sexuelle Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahre 1975 den Begriff sexuelle Gesundheit (World Health Organization, 1975): Die sexuelle Gesundheit ist ein integrativer Bestandteil der Gesundheit im Allgemeinen und verbunden mit Lebensqualität sowie Wohlbefinden. Sie wird nicht nur durch das Fehlen von Störungen bzw. Krankheiten definiert, sondern ist ein Zustand des sexuellen Wohlbefindens, sowohl in körperlicher, emotionaler, sozialer sowie mentaler Hinsicht. Voraussetzung für die sexuelle Gesundheit ist positiv und respektvoll mit dem Thema Sexualität und sexuellen Beziehungen umzugehen und die Möglichkeit zu haben, sichere und positive Erfahrungen frei von Zwang machen zu können. Auch heutzutage hat diese Definition Gültigkeit (World Health Organization, 2011). Gesundheit bedeutet in diesem Bezug nicht nur die Vitalfunktionen zu sichern, sondern die Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern. Dieses Ziel verfolgt die Disziplin der Sexualmedizin.

Beier definiert in seinem 2005 veröffentlichten Buch „Sexualmedizin“ diesen Fachbereich wie folgt:

„Die Sexualmedizin befasst sich mit der Sexualität des Menschen und ihren Störungen. Zu ihren Aufgaben gehört die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen der Sexualität. Diese können die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten (auch infolge von Krankheiten und/oder deren Behandlung) sowie die geschlechtliche Identität betreffen und/oder mit sexuellen Traumatisierungen verbunden sein. Hinsichtlich Ätiologie, Diagnostik und Behandlung dieser Störung berücksichtigt die Sexualmedizin unter besonderer Einbeziehung der Paardimension sowohl die Erkenntnisse und Verfahren der medizinischen als auch der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen.“

(Beier *et al.*, 2005)

Um eine adäquate Betreuung von Patienten, die an sexuellen Störungen leiden, sicher zu stellen, ist ein umfangreiches Verständnis über Sexualität und dessen Vielschichtigkeit essentiell (Binik & Meana, 2009). Ein in diesem Zusammenhang oft genanntes Prinzip ist das biopsychosoziale Modell der menschlichen Sexualität, das die biomedizinische Sichtweise erweitert (Beier, 2006; Engel, 1977; Engel, 1978; McCarthy & McDonald, 2009). Die unterschiedlichen Ebenen werden hier als Ganzes betrachtet. Das Körperliche (biologischer Aspekt), die Persönlichkeit (psychologische Aspekte) sowie die Partnerschaft bzw. soziale Normen (soziale Aspekte) stehen in enger Wechselwirkung zueinander.

Überdies werden drei Dimensionen der Sexualität beschrieben: Die Beziehungs-, Fortpflanzungs- und Lust-Dimension (Beier, 2006). In der Beziehungs-Dimension (syndyastische Dimension (Beier & Loewit, 2004)) steht der Mensch als Beziehungswesen im Mittelpunkt. Er hat Bedürfnisse nach zwischenmenschlichem Kontakt, Zuwendung sowie dem Gefühl sich angenommen und geschützt zu fühlen. Diese Anliegen sind grundlegend und bestehen von Geburt an. Die Fortpflanzungs-Dimension dient als phylogenetisch älteste Dimension der Reproduktion. Für Frauen ist sie zeitlich begrenzt (Menarche bis Menopause). Heutzutage gilt diese Dimension der Sexualität als fakultativ, so haben es die Entwicklung von Kontrazeptiva bzw. die Möglichkeit künstlicher Befruchtungen ermöglicht, diese Dimension von den beiden anderen zu separieren. Die Lust-Dimension umfasst die Aspekte der sexuellen Stimulation, Erregung und Befriedigung, die dem Lustgewinn dienen. (Beier *et al.*, 2005; Beier, 2011)

Störungen der Sexualität unterliegen ebenfalls dieser Vielschichtigkeit und sollten somit nicht auf ihre funktionelle Problematik beschränkt werden. Die beschriebene Mehrdimensionalität menschlicher Sexualität sollte bereits bei der Erhebung der Sexualanamnese berücksichtigt werden (Rösing *et al.*, 2009). Eine gezielte Sexualanamnese kann Störungen aufdecken und eventuell bereits Aufschluss über Ursachen und Therapieansätze bringen. So kann ggf. aufgezeigt werden, dass sexuelle Störungen mit weiteren Störungen bzw. Krankheiten assoziiert sind, bspw. mit schweren Allgemeinerkrankungen, neurologischen oder psychiatrischen, endokrinen und metabolischen Erkrankungen, kardiovaskulären oder urogenitalen Ursachen (z.B. Fehlbildungen, Trauma, Erkrankungen) bzw. iatrogen verursacht (z.B. postoperativ) oder medikamentös-toxisch bedingt sind (Lewis *et al.*, 2004; McCabe *et al.*, 2016).

Die Anamnese dient durch die Auseinandersetzung mit dieser Thematik bereits als Teil der Behandlung. Die klassische Sexualtherapie geht auf Master und Johnson 1970 (Masters & Johnson, 1970) zurück, die eine intensive Auseinandersetzung des Paares mit ihrer Sexualität beschreibt. Diese wurde im Verlauf modifiziert (Arentewicz *et al.*, 1980) und mehrfach weiterentwickelt (Hartmann, 2018; Sigusch, 2000). Durch die Entwicklung und Erforschung neuer Untersuchungsmethoden sowie Medikamente (z.B. Phosphodiesterase-5 Hemmer), Injektionen, chirurgischer Eingriffe und mechanischer Therapien steht nun ein breites Spektrum zur Behandlung der körperlichen Komponenten sexueller Störungen zur Verfügung.

Zusammenfassend ist ein interdisziplinärer Ansatz für die Diagnostik sowie für eine adäquate und zufriedenstellende Therapie sexueller Störungen notwendig. Die urologische Sprechstunde spielt hierbei als erste Anlaufstelle für Patienten eine Schlüsselrolle.

1.2 Sexuelle Störungen

Sexuelle Störungen werden durch unterschiedliche Klassifikationen eingeteilt. Das meist benutzte System ist die *International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10)* (World Health Organization, 1992) der Weltgesundheitsorganisation sowie das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V)* (American Psychiatric Association, 2013) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft. Beide Klassifikationen erlauben durch Definitionen eine Diagnosestellung. Die DSM-V-Klassifikation beschreibt psychiatrische Krankheitsbilder, während bei der ICD-10-Klassifikation medizinische Störungen beschrieben werden. Bei DSM-V gibt es keine Nummerierungen der Störungen, jedoch kann jede Diagnose durch einen ICD-10 Code beschrieben werden. Da in der aktuellen Studie in der Urologie tätige Ärzte/-innen beteiligt waren, wurde im Folgenden die ICD-10 Klassifikation verwendet.

1.2.1 Sexuelle Funktionsstörungen

Eine oft verwendete Klassifikation der sexuellen Funktionsstörungen orientiert sich am sexuellen Reaktionszyklus. Dieser wurde erstmals von Masters und Johnson 1966 beschrieben und gliedert sich in vier Phasen: Erregungs-, Plateau-, Orgasmus- und Rückbildungsphase (Masters & Johnson, 1966). 1979 wurde dieses Modell von Kaplan um die Appetenzphase ergänzt (Kaplan, 1979).

In der ICD-10 Klassifikation (World Health Organization, 1992) sind primäre sexuelle Funktionsstörungen unter dem Abschnitt *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* im Kapitel F52.- *Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit* aufgeführt (ICD-10-GM-2018). Im Folgenden werden die Störungen, dem Reaktionszyklus zugeordnet, definiert.

Störungen der Appetenzphase:

- *Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen* (F52.0): Das primäre Problem ist das verminderte Verlangen, das jedoch nicht sekundär durch andere Störungen (z.B. Erektionsstörungen) bedingt ist.
- *Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung* (F52.1): Sexuelle Interaktion wird mit negativen Gefühlen oder Angst assoziiert, sodass sexuelle Aktivitäten vermieden werden (sexuelle Aversion) bzw. es wird keine adäquate Lust bei ungestörten sexuellen Reaktionen empfunden.
- *Gesteigertes sexuelles Verlangen* (F52.7): Die exzessive sexuelle Begierde wird an sich als Problem gesehen.

Störungen der Erregungsphase:

- *Versagen genitaler Reaktionen* (F52.2): Das häufigste Problem ist bei Männern die erektile Dysfunktion (Probleme beim Erreichen oder Aufrechterhalten einer für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichenden Erektion). Bei Frauen hingegen ist eine Störung der vaginalen Lubrikation verbreitet.

Störungen der Orgasmusphase:

- *Orgasmusstörungen* (F52.3): Ein Orgasmus wird nicht adäquat erlebt.
- *Ejaculatio praecox* (F52.4): Die Kontrolle der Ejakulation ist unzureichend, sodass der Geschlechtsverkehr nicht für beide Partner befriedigend ist.

Störungen nicht näher dem Reaktionszyklus zuordenbar:

- *Nichtorganischer Vaginismus* (F52.5): Die Beckenbodenmuskulatur wird spastisch, sodass ein Eindringen in die Vagina nicht möglich oder schmerzhaft ist.
- *Nichtorganische Dyspareunie* (F52.6): Es werden Schmerzen während dem Geschlechtsverkehr (sowohl bei Männern als auch bei Frauen) empfunden. Unter diese Kategorie fallen Störungen, die nicht primär durch andere nichtorganische Ursachen (z.B. Vaginismus) erklärt werden können.

Die Prävalenz sexueller Funktionsstörungen bei Männern ist hoch (Laumann *et al.*, 2005; Laumann *et al.*, 1999; Lewis *et al.*, 2004; Metz & Seifert, 1990). Sie unterscheidet sich in der

Literatur je nach Definition der Störung und Alter des untersuchten Kollektivs zum Teil erheblich. Es wird beschrieben, dass 20 % bis 30 % der Männer an mindestens einer manifesten sexuellen Funktionsstörung leiden (Lewis *et al.*, 2010).

1.2.2 Geschlechtsidentifikationsprobleme

Geschlechtsidentitätsprobleme sind in der ICD-10 Klassifikation (World Health Organization, 1992) unter dem Abschnitt *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* im Kapitel F6 *Persönlichkeitsstörungen* zu finden. Unter F64.- sind die *Störungen der Geschlechtsidentität* beschrieben (ICD-10-GM-2018). Nachfolgend sind die wesentlichen Störungen aufgelistet:

- **Transsexualismus (F64.0):** Personen haben den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören und so anerkannt zu werden. In den meisten Fällen fühlen sich diese Personen ihrem geburtlichen Geschlecht nicht zugehörig und unbehaglich. Um sich dem gewünschten Geschlecht anzugleichen, besteht bei ihnen der Wunsch, sich einer Behandlung (hormonell und chirurgisch) zu unterziehen.

Die Prävalenzraten von Transsexualismus variieren in der Literatur je nach Definition. In Deutschland ergab eine Auswertung der Vornamens- und Personenstandsänderungen laut Transsexuellengesetz im Zeitraum 1991 bis 2000 eine Zehnjahresprävalenzrate von 3,36 Transsexuelle pro 100.000 Personen. Die Raten für Mann-zu-Frau Transsexuelle war mit 4,14 pro 100.000 höher als die Frau-zu-Mann Prävalenz mit 2,63 pro 100.000. (Meyer zu Hoberge, 2009) Im Vergleich zu Osburg und Weitze, die nach gleicher Methode den Zeitraum 1981 bis 1990 untersuchten, war die Zehnjahresprävalenz in dieser Studie höher (Weitze & Osburg, 1996).

- **Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechterrollen (F64.1):** Um vorübergehend dem anderen Geschlecht anzugehören, wird Kleidung des anderen Geschlechts getragen. Es besteht kein dauerhaftes Verlangen nach einer Geschlechtsumwandlung bzw. einer operativen Korrektur. Sexuelle Erregung spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle.

- *Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalters* (F64.2): Dies betrifft Kinder, die sich vor ihrer Pubertät befinden. Sie fühlen sich dauerhaft dem anderen Geschlecht zugehörig und haben das starke Gefühl des Unbehagens gegenüber ihrem geburtlichen Geschlecht.

Die Ausprägungsform zeigt sich hierbei sehr variabel. Die Prävalenz einer manifesten Störung im Kindesalter ist eher selten. (Bosinski *et al.*, 1996; Di Ceglie, 1995)

1.2.3 Störungen der Sexualpräferenz

Ebenso wie *Störungen der Geschlechtsidentifikation* sind *Störungen der Sexualpräferenz* in der ICD-10 Klassifikation unter dem Abschnitt *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* beschrieben (F65.-) (ICD-10-GM-2018). Im Folgenden sind die wesentlichen Störungsbilder definiert:

- *Fetischismus* (F65.0): Tote Objekte dienen als Stimulus für sexuelle Erregung und sexuelle Befriedigung. Oftmals werden Objekte wie z.B. Kleidungsstücke als Erweiterung des Körpers benutzt. Die Bedeutung von Fetischobjekten ist individuell verschieden.
- *Fetichistischer Transvestitismus* (F65.1): Personen tragen Kleidung des jeweils anderen Geschlechts, um sexuelle Erregung zu erreichen. Es soll der Eindruck einer Person des anderen Geschlechts erweckt werden. Durch eine klare Kopplung an eine sexuelle Erregung und dem starken Wunsch, die Kleidungsstücke nach dem sexuellen Höhepunkt wieder abzulegen unterscheidet sich der *fetichistische Transvestitismus* vom *transsexuellen Transvestitismus*.
- *Exhibitionismus* (F65.2): Hierunter wird die Neigung, sich anhaltend bzw. wiederkehrend in der Öffentlichkeit auszuziehen bzw. zu entblößen, verstanden. Dabei werden die eigenen Genitalien meist Fremden des anderen Geschlechts präsentiert, jedoch ohne einen engeren Kontakt zu wünschen oder zu fordern. Dieses Darstellen ist meist mit sexueller Erregung verbunden, in der Regel auch mit einer folgenden Masturbation.
- *Voyeurismus* (F65.3): Voyeurismus beschreibt das Verlangen, anhaltend bzw. wiederkehrend andere Menschen zu beobachten, während diese sexuell aktiv sind oder inti-

men Tätigkeiten (z.B. Entkleiden) nachgehen. Dies geschieht ohne Wissen des Beobachteten. Meist sind diese Beobachtungen von sexueller Erregung und Masturbation begleitet.

- *Pädophilie* (F65.4): Es besteht eine sexuelle Vorliebe für Kinder (Mädchen bzw. Jungen oder beiderlei Geschlechts). Diese Kinder befinden sich meist in einer vorpubertären oder frühen pubertären Phase.
- *Sadomasochismus* (F65.5): Personen bevorzugen es, Erniedrigung oder Schmerz mit ihrer sexuellen Aktivität zu verbinden. Es wird zwischen *Masochismus*, den passiven Partner und *Sadismus*, den aktiven Partner betreffend, unterschieden.
- *Frotteurismus* unter *Sonstige Störungen der Sexualpräferenz* (F65.8): Personen werden in Menschenansammlungen durch das Pressen bzw. Reiben ihres Körpers an Andere sexuell stimuliert.

Die Erfassung der Prävalenz von Sexualpräferenzstörungen gestaltet sich schwierig. Die Beurteilung unterliegt hierbei kulturellen und zeitlichen Gegebenheiten (Bhugra *et al.*, 2010). Eine Akzentuierung der Sexualpräferenz, das Ansprechen auf Reize ohne sich selbst oder andere zu beeinträchtigen, gilt hierbei noch nicht als behandlungsbedürftig. Erst wenn hierdurch ein Leidensdruck besteht oder weitere Personen beeinträchtigt werden, liegt eine Störung der Sexualpräferenz vor (American Psychiatric Association, 2013). In einer 2010 veröffentlichten deutschen Studie wurde die hohe Anzahl solcher Akzentuierungen der Sexualpräferenz (bis 40 %) beschrieben, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist (Ahlers, 2010).

In einer Studie unter 40- bis 79-jährigen Männern in Deutschland berichteten 62,4 % mindestens ein Paraphilie-assoziiertes Erregungsmuster zu haben, 1,7 % beschrieben hierunter zu leiden. Am häufigsten wurden voyeuristische (38,7 %) und fetischistische (35,7 %) Erregungsmuster gefolgt von sadistischen (24,8 %), masochistischen (18,5 %), und frotteuristischen (15,0 %) genannt. Andere wurden seltener beschrieben (pädophile (10,4 %), transvestitische (7,4 %) und exhibitionistische (4,1 %) Muster). (Ahlers *et al.*, 2011)

In einer schwedischen Studie berichteten 2,8 % der 18- bis 60-jährigen Männer mindestens einmal Frauenkleidung zur sexuellen Erregung angezogen zu haben, das definitionsgemäß dem fetischistischen Transvestitismus zuzuordnen ist (Långström & Zucker, 2005). 3,1 %

wurden durch Zeigen ihres Genitals gegenüber Fremden (exhibitionistisches Erregungsmuster) und 7,7 % durch Beobachten Fremder (voyeuristisches Erregungsmuster) sexuell erregt (Långström & Seto, 2006).

Ein Aufdecken bzw. eine Primär- und Sekundärprävention solcher Störungen der Sexualpräferenz ist vor allem dann essentiell, wenn eine andere Person in Mitleidenschaft gezogen wird. So ist vor allem ein Augenmerk auf pädophile Störungen gelegt. Ein Beispiel sexuellen Missbrauch von Kindern durch Männer mit pädophilen Neigungen vorzubeugen ist die Berliner *Dunkelfeldstudie* (Beier *et al.*, 2009).

1.3 Entwicklung der Sexualmedizin in Deutschland

Als ein Meilenstein in der Sexualmedizin gilt das von dem deutschen Iwan Bloch veröffentlichte Buch mit dem Titel „Das Sexualleben unserer Zeit“ (Bloch, 1907), das die Disziplin der Sexualwissenschaft prägt. 1919 wurde von Magnus Hirschfeld in Berlin das weltweit erste Institut für Sexualwissenschaften gegründet, das 1933 unter dem Nationalsozialismus zerstört wurde (Magnus Hirschfeld Gesellschaft, 1919-1933).

1995 wurde von der Akademie für Sexualmedizin ein Vorschlag für ein sexualmedizinisches Curriculum vorgebracht (Vogt *et al.*, 1995). Dieses Curriculum sollte Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen auf die Behandlung sexueller Funktionsstörungen (primäre sowie sekundäre), Störung der Geschlechtsidentifikation sowie des soziosexuellen Verhaltens vorbereiten. Seit 1997 wird auf der Basis dieses Vorschlags eine berufsbegleitende Fortbildung vom Institut für Sexualwissenschaften und Sexualmedizin der Charité zusammen mit der Berliner Ärztekammer angeboten. Dieses Curriculum, das 100 Stunden theoretische Kenntnisse und 120 Stunden praktische Erfahrungen und Fertigkeiten vermittelt, ermöglicht Ärzten aus verschiedenen Fachbereichen ein Zertifikat in Sexualmedizin zu erlangen (Beier, 1999).

Beier analysierte im Jahr 2000 in einer deutschen Studie den Bedarf an sexualmedizinischer und -psychologischer Versorgung sowie die Angebotsabdeckung adäquater Therapien. Es wurde eine Unterversorgung und zum Teil eine Fehlversorgung von Patienten mit Sexualstörungen sowie mit Geschlechtsidentifikationsstörungen und paraphilen Störungen gezeigt. Um dieser Unterversorgung entgegen zu steuern, wurde ein Vorschlag für eine curriculare Ausbildung für Ärzte bzw. Psychotherapeuten unterbreitet. (Beier *et al.*, 2000)

Berlin war 2007 die erste Landesärztekammer, die die Zusatzbezeichnung Sexualmedizin einführt (Ärztekammer Berlin, 2004, 5. Nachtrag 2007). Diese ist in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin auch in der neuesten Fassung von 2014 verankert (Ärztekammer Berlin, 2014). In dieser heißt es wörtlich: „Die Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen, welche die sexuellen Funktionen, das sexuelle und/oder partnerschaftliche Erleben und Verhalten, die sexuellen Präferenzen sowie die geschlechtliche Identität betreffen. [...] Die Störungen und Erkrankungen können auch Folge von anderen Erkrankungen und/oder deren Behandlung sein.“ (Ärztekammer Berlin, 2014)

In der Musterweiterbildungsordnung ist die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin bisher nicht aufgenommen. Sexualmedizinische Aspekte sind in den einzelnen Fachgebieten zu finden. Speziell im Gebiet Urologie werden z.B. als Weiterbildungsinhalte die „Erkennung und Behandlung der erektilen Dysfunktion einschließlich der Erkennung andrologischer Störungen und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung“, „Sexualberatung des Mannes und des Paares“ sowie „psychogene Symptome, somatopsychische Reaktionen und psychosoziale Zusammenhänge“ aufgeführt (Bundesärztekammer, 2003 in der Fassung vom 23.10.2015).

Es gibt weiterhin Bestrebungen, die Zusatzbezeichnung Sexualmedizin bundesweit einzuführen. Dadurch soll eine gute Qualität der breitgefächerten sexualmedizinischen Betreuung von Patienten in der Bundesrepublik sichergestellt werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaften (DGSMTW) wurde 2011 aus der Fusion von der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualtherapie und der Akademie für Sexualmedizin gegründet (Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, 2011). Diese hat sich zum Ziel gesetzt, die sexualmedizinische und sexualtherapeutische Forschung und Lehre wie auch die Prävention und Betreuung zu fördern. Außerdem soll die Fort- bzw. Weiterbildung auf diesem Gebiet für unterschiedliche Berufsgruppen, u.a. Ärzte und Ärztinnen unterstützt werden. Ein weiteres Hauptziel ist die ganzheitliche Sicht der Sexualität zu stärken und so die sexuelle Gesundheit zu fördern. Es soll eine hohe Qualität sexualmedizinischer Beratungen und Behandlungen gesichert werden. (Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, 2011)

Ein europaweites Beispiel für solche Bemühungen ist die Einführung des Titels „Fellow of the European Committee on Sexual Medicine“ (FECSM), den sexualmedizinisch interessierte Ärzte erwerben können (Reisman *et al.*, 2013).

1.4 Fragestellung

Die Prävalenz sexueller Störungen bei Männern ist hoch (siehe 1.2). Ärzte aus unterschiedlichen Disziplinen, darunter vor allem Allgemeinmediziner (Sadovsky & Nusbaum, 2006) sowie Urologen (van Lunsen, 1998) werden von Betroffenen diesbezüglich aufgesucht.

Eine adäquate Ausbildung im Bereich Sexualmedizin ist gerade für diese Ärzte essentiell, um sich im Patientengespräch sicher zu fühlen und dadurch mögliche Barrieren abzubauen. (Coleman *et al.*, 2013; Ford *et al.*, 2013; Haboubi & Lincoln, 2003; Shindel, 2015; Tsimtsiou *et al.*, 2006). Hierdurch wird dem Patienten ein geeigneter und sicherer Rahmen für Erörterung und Behandlung sexueller Störungen gegeben.

In mehreren Studien in unterschiedlichen Ländern wurden jedoch Probleme beim Ansprechen von Sexualität aufgezeigt, u.a. bei Allgemeinmedizinern (Alarcão *et al.*, 2012; Cedzich & Bosinski, 2010; Gott *et al.*, 2004; Humphery & Nazareth, 2001; Temple-Smith *et al.*, 1996) und Gynäkologen (Abdolrasulnia *et al.*, 2010; Ahrendt & Friedrich, 2011; Vieira *et al.*, 2015).

Eine Studie unter deutschen Gynäkologen (Ahrendt & Friedrich, 2011) sowie unter deutschen Allgemeinmedizinern (Cedzich & Bosinski, 2010) zeigte ein Ausbildungsdefizit sowie den Fortbildungsbedarf der Ärzte im Bereich Sexualmedizin auf. Bezüglich der Situation deutscher Urologen/-innen in diesem Kontext sind bisher keine Studien verfügbar.

Ziel der aktuellen Studie ist eine Bestandsaufnahme der sexualmedizinischen Tätigkeit im ärztlichen Alltag sowie die Ausbildungssituation im Bereich Sexualmedizin in verschiedenen Abschnitten der urologischen Weiterbildung zu erfassen. Zudem sollen Probleme beim Ansprechen der Sexualität gegenüber dem Patienten und der Fortbildungsbedarf in diesem Bereich evaluiert werden. Aufgrund der steigenden Anzahl von Ärztinnen (Bundesärztekammer, 2017) soll bei der Auswertung besonders auf die geschlechtsbezogenen Unterschiede eingegangen werden.

2 Material und Methoden

2.1 Fragebogengenerierung

Es wurde ein Fragebogen generiert, der sich inhaltlich an veröffentlichte Studien mit einem ähnlichen Schwerpunkt unter Allgemeinärzten (Cedzich & Bosinski, 2010) und Gynäkologen (Ahrendt & Friedrich, 2011) anlehnt.

Der Fragebogen beinhaltete Fragen zur sexualmedizinischen Tätigkeit sowie zur Fortbildungssituation in verschiedenen Abschnitten der Ausbildung. Im letzten Abschnitt wurden zudem Fortbildungswünsche abgefragt. Es wurden drei Hauptbereiche der Sexualmedizin, sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentifikationsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz, behandelt. Mit Ausnahme der ersten Frage, in der die Häufigkeit sexualmedizinischer Themen im Alltag abgefragt wurde, wurden die Antworten mit Hilfe einer 6-Punkte Likert-Skala erfasst: „Trifft überhaupt nicht zu“ - „trifft überwiegend nicht zu“ - „trifft eher nicht zu“ - „trifft eher zu“ - „trifft überwiegend zu“ - „trifft voll und ganz zu“. Dieses Vorgehen ließ eine aussagekräftigere Auswertung und eine bessere Abbildung der Meinung der Befragten als bei dichotomen Antwortmöglichkeiten zu. Zur besseren Vergleichbarkeit mit Studien mit dichotomen Antwortmöglichkeiten und um alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Gruppen zu untersuchen, wurden die Antwortmöglichkeiten bei speziellen Fragestellungen bei der Auswertung dichotomisiert. Eine neutrale mittlere Antwortmöglichkeit stand bei dieser Befragung bewusst nicht zur Auswahl, damit die Befragten eine Entscheidung in Richtung negativ bzw. positiv treffen. Es wurden überwiegend geschlossene Fragen verwendet, da diese bei einer schriftlichen Befragung vorzuziehen sind und die Auswertung erleichtern. (Bortz & Döring, 2013)

Der nächste Schritt der Fragebogengenerierung beinhaltete die Festlegung der Zielgruppe (Bühner, 2011). Diese bestand in diesem Fall aus urologisch tätigen Ärzten und Ärztinnen in Deutschland. Das Bildungsniveau dieser Gruppe ist somit als hoch und das Alter zwischen 25 und 67 Jahren einzuordnen.

Dem Fragebogen wurde ein personalisiertes Begleitschreiben beigefügt, aus dem ersichtlich wurde, dass dies eine Befragung der Klinik und Poliklinik für Urologie der Technischen Universität München ist. Es beinhaltete Informationen über die verantwortlichen Personen

mit Telefon-, Faxnummer und E-Mail-Adresse für eventuelle Rückfragen sowie eine persönliche Unterschrift. Es wurde kurz und prägnant das Forschungsvorhaben dargestellt mit dem Ziel, das Interesse der Befragten zu erwecken. Zudem wurde ausdrücklich auf die Anonymität bei der Auswertung der Ergebnisse hingewiesen. In dem einseitigen Begleitschreiben wurde zudem die in dem Vortest abgeschätzte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens angegeben. Der Adressat wurde namentlich gebeten, den Fragebogen auszufüllen und bis zu einem spätesten Rücksendetermin zurückzuschicken. Am Ende des Anschreibens wurde dem Befragten für seine Mithilfe gedankt. (Atteslander, 2010; Bortz & Döring, 2013; Porst, 2001).

Auf der Rückseite des Anschreibens wurden Definitionen der im Fragebogen abgehandelten Themen beigelegt, um eventuelle Missverständnisse vorzubeugen:

- Sexuelle Funktionsstörungen: Libidoverlust, erektile Dysfunktion, Ejaculatio praecox, Orgasmusstörungen, genitale Schmerzen (ICD-10 F52) sowie Sexualität und Medikamente, Sexualität und urologische Operationen, Sexualität und Vorerkrankungen
- Geschlechtsidentitätsstörungen (ICD-10 F64)
- Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10 F65)

2.2 Fragebogen

Der 5-seitige Fragebogen wurde in vier thematisch zusammenhängende Abschnitte unterteilt: Sexualmedizinische Tätigkeit, Aus- und Weiterbildung in der Sexualmedizin, Fortbildungswünsche und soziodemographische Daten. Im Folgenden sind wörtlich die gestellten Fragen aufgelistet.

2.2.1 Sexualmedizinische Tätigkeit

- Wie oft kommen die jeweiligen sexualmedizinischen Themen in Ihrem ärztlichen Alltag durchschnittlich zur Sprache?
<1x pro Jahr, 1x pro Jahr, 1x pro Monat, 1x pro Woche, mehrmals pro Woche, täglich
- In welchem Kontext fragen Sie Ihre Patienten nach sexuellen Funktionsstörungen?
Ansprechen durch den Patienten, Ansprechen durch Sie als Arzt/Ärztin, aufgrund von Erkrankung, Medikamenten, Voroperationen

- Wie erheben Sie bei Ihren Patienten eine Sexualanamnese?
Fragebogen, anamnestisch in normaler Sprechstunde, anamnestisch in gesonderter Sprechstunde
- Patienten mit folgenden sexualmedizinischen Problemen überweise ich an spezialisierte Kollegen/-innen.
Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz
- Was sind für Sie Probleme beim Ansprechen der Sexualität im klinischen Alltag?
Fehlende Notwendigkeit, unterschiedliches Geschlecht Arzt-Patient, unzureichende Ausbildung, mangelnde Zeit, ungenügende Vergütung, Arzt fühlt sich unwohl, Gefühl der Patient fühle sich unwohl
- Ich binde in eine sexualmedizinische Beratung regelmäßig den jeweiligen Partner/Partnerin mit ein.
- Ich fühle mich sicher bei der medizinischen Betreuung von Patienten mit...
Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz

2.2.2 Aus- und Weiterbildungssituation in der Sexualmedizin

- In welcher Form wurde Sexualmedizin während Ihres Studiums gelehrt?
Vorlesungen, Seminare, Bedside Teaching (am Patientenbett)
- Welche Themen wurden während Ihres Studiums behandelt?
Sexuelle Funktionsstörungen, Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz
- In welchem Fach wurde Sexualmedizin in Ihrem Studium gelehrt?
Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Psychiatrie, Psychosomatik/Psychologie, Rechtsmedizin, Innere Medizin, Pharmakologie, Allgemeinmedizin, Pädiatrie
- Haben Sie Weiterbildungsangebote zum Thema Sexualmedizin im Rahmen von Kongressen wahrgenommen?
DGU, DGA, sexualmedizinische Kongresse

- Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer Assistenzarztzeit sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?
Sexuelle Funktionsstörungen (Untergruppen, siehe Begleitschreiben), Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz (Untergruppen, siehe Begleitschreiben)
- Welche Form sexualmedizinischer Weiterbildungsangebote haben Sie während Ihrer Assistenzarztzeit besucht?
Vorlesungen/Vorträge, Seminare/Workshops, curriculare Ausbildung
- Für Fachärzte/-ärztinnen: Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer Facharztzeit sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?
Sexuelle Funktionsstörungen (Untergruppen, siehe Begleitschreiben), Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz (Untergruppen, siehe Begleitschreiben)
- Für Fachärzte/-ärztinnen: Welche Form sexualmedizinischer Weiterbildungsangebote haben Sie während Ihrer Facharztzeit besucht?
Vorlesungen/Vorträge, Seminare/Workshops, curriculare Ausbildung
- Ich fühle mich genügend ausgebildet für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit...
Sexuellen Funktionsstörungen, Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz

2.2.3 Fortbildungswünsche in der Sexualmedizin

- In welchem Ausbildungsabschnitt wünschen Sie sich Weiterbildungsangebote?
Studium, Assistenzarztzeit, Facharztzeit
- Ich würde gerne Fortbildungsveranstaltungen in folgenden Bereichen besuchen...
Sexuelle Funktionsstörungen (Untergruppen, siehe Begleitschreiben), Geschlechtsidentifikationsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz

2.2.4 Soziodemographische Faktoren

- Geschlecht (m/w), Alter (Jahre)
- Ärztliche Tätigkeit:
Assistenz- bzw. Facharzt, angestellt in Klinik bzw. Praxis, niedergelassen
- Größe des Tätigkeitsortes (Einwohnerzahl):
< 20.000, 20.000 – 100.000, 100.000 – 500.000, > 500.000
- Studienort (klinischer Abschnitt), Abschlussjahr
- Facharzt/-ärztin bzw. in Weiterbildung für
- Zusatzbezeichnungen: Andrologie, andere

2.3 Datenerhebung

Der Fragebogen wurde zunächst in einem Vortest überprüft (Richter, 1970). Hier können eventuell auftretende Verständnisprobleme bzw. Fehler aufgedeckt werden. Zudem kann so die Bearbeitungszeit abgeschätzt werden. Im Anschluss wurde der Fragebogen in der Testphase an eine kleine Stichprobe gesendet, um die Rücklaufquote einschätzen zu können und um einen reibungslosen Ablauf sicher zu stellen. Es wurde ein postalisches Versenden des Fragebogens gewählt, da in einer kürzlich veröffentlichten Studie unter Ärzten durch dieser Art der Befragung eine höhere Rücklaufquote als bei einem Online Fragebogen erzielt werden konnte (Korzilius, 2015):

- Vortestphase: 50 Fragebögen an Ärzte/-innen, die in der urologischen Abteilung der Universitätsklinik der LMU und TUM tätig sind, sowie 200 Bögen an Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung *Männermedizin*.
- Testphase: 322 Fragebögen an urologisch tätige Ärzte/-innen in München und Umgebung.
- Bundesweite Umfrage: 5383 Fragebögen bundesweit an urologisch tätige Ärzte/-innen und Andrologen.

Nach Genehmigung wurden die Mitglieder der DGU (Deutschen Gesellschaft für Urologie), BDU (Bund Deutscher Urologen) sowie DGA (Deutsche Gesellschaft für Andrologie) kontaktiert mit der Bitte zur Teilnahme an der Befragung. Zusätzlich wurde der Fragebogen an die

Mitglieder der GeSRU (German Society of Residence in Urology) per E-Mail versandt. Es wurden im Zeitraum April bis Mai 2015 insgesamt 5955 Fragebögen an Urologen (inklusive Assistenzärzte) und Andrologen in Deutschland verschickt.

2.4 Statistische Auswertung

In einer hierfür programmierten Datenbank (Database management system MS Access 2010) wurden die gesammelten Daten eingegeben und gespeichert. Mit Hilfe des Statistikprogramms SAS 9.3 (statistic analyses software) wurden die benötigten statistischen Analysen berechnet. Unterschiede zwischen den Antworten von männlichen und weiblichen sowie älteren und jüngeren Ärzten wurden mittels Chi-Quadrat Test untersucht. Zu diesem Zweck wurden die Antwortmöglichkeiten dichotomisiert. Es wurden die ersten drei (trifft überhaupt nicht zu / trifft überwiegend nicht zu / trifft eher nicht zu) sowie die letzten drei Antwortmöglichkeiten (trifft eher zu / trifft überwiegend zu / trifft voll und ganz zu) zusammengefasst. Die Ärzte wurden in vier Altersklassen eingeteilt: <40 Jahre, 40-49 Jahre, 50-59 Jahre und >59 Jahre. Das Signifikanzniveau lag bei $p \leq 0,05$. Graphiken und Tabellen wurden mit Hilfe von Microsoft Office 2013 (Microsoft Word und Microsoft Excel) erstellt.

Alle Daten wurden auf eine Dezimalstelle und die p-Werte auf drei Dezimalstellen gerundet. Bedingt durch das Runden sind Abweichungen zu erwarten.

3 Ergebnisse

Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in der Zeitschrift *Andrologia* (Schloegl *et al.*, 2017) und *Urologe* (Schloegl *et al.*, 2017) veröffentlicht.

Nach der Vortest- und Testphase waren keine Änderungen des Fragebogens notwendig, sodass dieser ohne Änderungen zur bundesweiten Hauptbefragung herangezogen wurde.

3.1 Kollektiv

Insgesamt wurden 955 beantwortete Fragebögen zurückgesendet (Rücklaufquote ca. 16,0 %). Nach Ausschluss von 50 Fragebögen von Ärzten, die nicht in der Urologie tätig waren, entspricht dies einem finalen Datensatz von 905 Fragebögen. Der Altersdurchschnitt betrug 47,7 Jahre. Weitere Charakteristika der Antwortenden sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Beschreibung des Kollektivs

| | % | (n) |
|-------------------------------------|------|-------|
| Geschlecht | | |
| Männlich | 78,9 | (710) |
| Weiblich | 21,1 | (190) |
| Ausbildungsstand | | |
| Assistenzarzt | 13,3 | (120) |
| Facharzt | 86,7 | (780) |
| Tätigkeitsort | | |
| Klinik | 39,9 | (340) |
| Praxis | 60,1 | (512) |
| Einwohnerzahl Tätigkeitsort | | |
| < 20.000 Einwohner | 10,4 | (94) |
| ≥ 20.000 Einwohner | 89,6 | (806) |
| Studienort | | |
| Deutschland | 97,0 | (849) |
| Andere | 3,0 | (26) |
| Zusatzbezeichnung Andrologie | | |
| Ja | 37,7 | (341) |
| Nein | 62,3 | (564) |

In der Auswertung der Fragen zu Fortbildungen während der Studienzeit wurden nur in Deutschland studierte Ärzte berücksichtigt, um gezielt die Ausbildungssituation während des Studiums in der Bundesrepublik zu erfassen.

3.2 Sexualmedizinische Tätigkeit

In dem ersten thematisch zusammenhängenden Themenblock wurden Fragen rund um die sexualmedizinische Tätigkeit der Ärzte/-innen gestellt. Hierbei wurde ein besonderes Augenmerk auf die Thematisierung sexualmedizinischer Störungen im ärztlichen Alltag (Häufigkeit, Kontext, Probleme, Miteinbeziehung des Partners und Überweisungsraten) sowie das Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten gelegt.

3.2.1 Häufigkeit der Thematisierung sexualmedizinischer Themen im ärztlichen Alltag

Sexuelle Funktionsstörungen werden verglichen mit den zwei weiteren großen Bereichen der Sexualmedizin (Geschlechtsidentifikationsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz) am häufigsten im ärztlichen Alltag thematisiert. So gaben 36,2 % bzw. 36,5 % der Befragten an, dass dies täglich bzw. mehrmals die Woche im Durchschnitt bei ihnen der Fall sei (siehe Abbildung 1).

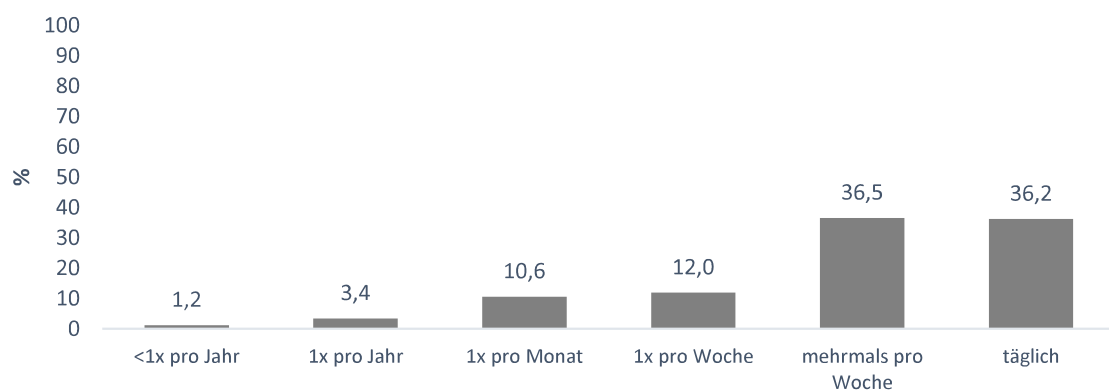


Abbildung 1: Häufigkeit der Thematisierung sexueller Funktionsstörungen im ärztl. Alltag

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Wie oft kommen die jeweiligen sexualmedizinischen Themen in Ihrem ärztlichen Alltag durchschnittlich zur Sprache?“ Thema: Sexuelle Funktionsstörungen. Modifiziert nach (Schloegl *et al.*, 2017)

Geschlechtsidentifikationsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz wurden weniger oft in diesem Zusammenhang genannt. Für 60,4 % (Geschlechtsidentifikationsstörungen) bzw. 62,8 % (Störungen der Sexualpräferenz) sei dies weniger als einmal pro Jahr, für 29,1 % bzw. 24,3 % ca. einmal im Jahr im Durchschnitt Thema in ihrem ärztlichen Alltag. Für 7,3 % bzw. 9,9 % kämen diese Themen im Durchschnitt einmal pro Monat zur Sprache (siehe Abbildung 2).

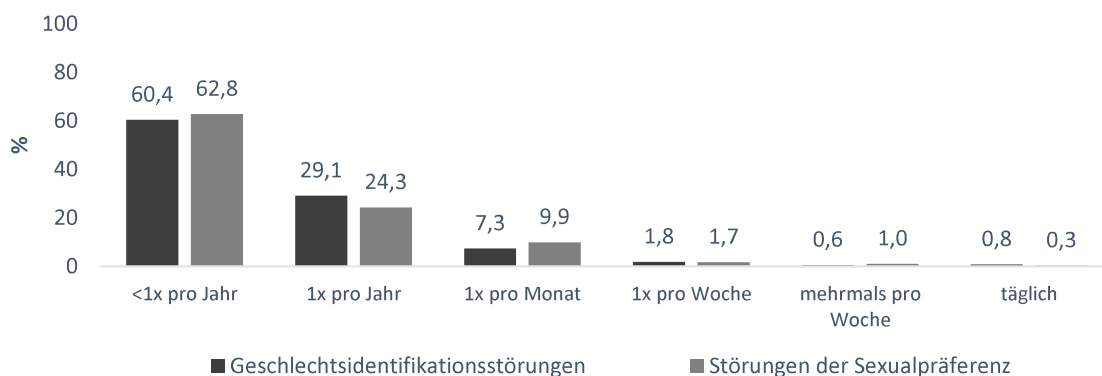


Abbildung 2: Häufigkeit der Thematisierung von Geschlechtsidentifikationsproblemen und Störungen der Sexualpräferenz im ärztl. Alltag

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Wie oft kommen die jeweiligen sexualmedizinischen Themen in Ihrem ärztlichen Alltag durchschnittlich zur Sprache?“ Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz. Modifiziert nach (Schloegl *et al.*, 2017)

Bedingt durch Alter und Geschlecht des antwortenden Arztes zeigten sich signifikante Unterschiede bei der Beantwortung dieser Frage. Männliche Befragte gaben signifikant häufiger an, dass sexuelle Funktionsstörungen in ihrem ärztlichen Alltag zur Sprache kommen ($\geq 1x$ pro Woche: $p < 0,001$). Ältere Ärzte berichteten dies ebenfalls signifikant häufiger als ihre jüngeren Kollegen ($p < 0,001$). Dieser signifikante geschlechts- und altersspezifische Unterschied wurde auch im Zusammenhang mit den Angaben zu Störungen der Sexualpräferenz berichtet (Geschlecht: $p = 0,028$; Alter: $p = 0,010$). (Siehe Anhang Tabelle 7)

3.2.2 Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext

85,9 % (23,8 % voll und ganz / 35,6 % überwiegend / 26,5 % eher) der Antwortenden gaben an, dass sie den Patienten auf sein Ansprechen hin nach sexuellen Funktionsstörungen befragen. Die Antwort „Ansprechen durch Sie als Arzt“ gaben 75,6 % (19,2 % voll und ganz /

26,9 % überwiegend / 29,5 % eher) als zutreffend an. In dem Kontext Erkrankungen berichteten 90,5 % (21,0 % voll und ganz / 36,7 % überwiegend / 32,8 % eher), gefolgt von Voroperationen (87,0 %: 23,0 % voll und ganz / 36,0 % überwiegend / 28,0 % eher) und Medikamenten (63,2 %: 9,8 % voll und ganz / 21,4 % überwiegend / 32,0 % eher), ihre Patienten auf sexuelle Funktionsstörungen anzusprechen. (Siehe Abbildung 3, siehe Anhang Tabelle 8)

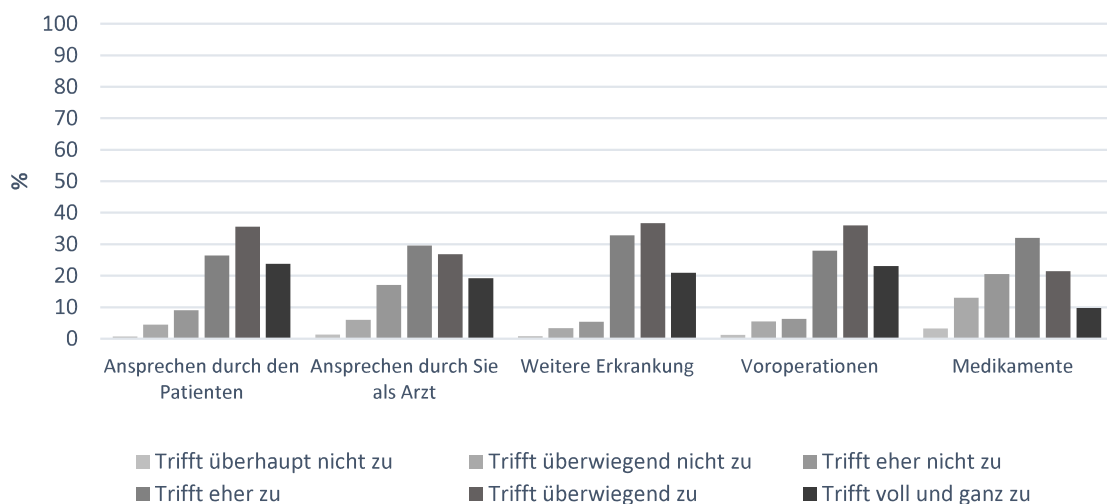


Abbildung 3: Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext

Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „In welchem Kontext fragen Sie Ihre Patienten nach sexuellen Funktionsstörungen?“ (Schloegl *et al.*, 2017)

Zwischen den Angaben weiblicher und männlicher Ärzte gab es in diesem Zusammenhang keinen signifikanten Unterschied. Jüngere gaben die Antworten „Ansprechen durch den Patienten“ sowie „Medikamente“ signifikant weniger oft an als ältere Kollegen (jeweils $p < 0,001$). (Siehe Anhang Tabelle 9)

3.2.3 Erhebung der Sexualanamnese

Etwa die Hälfte der antwortenden Ärzte (49,8 %: 16,7 % voll und ganz / 19,3 % überwiegend / 13,9 % eher) gaben an, die Sexualanamnese mit Hilfe eines Fragebogens zu erheben. Die Mehrheit (88,5 %: 40,8 % voll und ganz / 33,1 % überwiegend / 14,5 % eher) erhebe die Anamnese in der normalen Sprechstunde, rund ein Viertel (27,8 %: 12,8 % voll und ganz /

9,4 % überwiegend / 5,6 % eher) in einer gesonderten Sprechstunde. (Siehe Anhang Tabelle 10).

Es zeigte sich zwischen den Antworten weiblicher und männlicher Ärzte kein signifikanter Unterschied. Jüngere Ärzte gaben signifikant häufiger an, die Sexualanamnese mittels Fragebogen zu erheben ($p < 0,001$), wohingegen ältere Ärzte diese häufiger in der normalen Sprechstunde erfragen. (Siehe Anhang Tabelle 11)

3.2.4 Überweisungen von Patienten an spezialisierte Kollegen/-innen

12,4 % der Befragten berichteten, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen an spezialisierte Kollegen/-innen zu überweisen (2,8 % voll und ganz / 3,9 % überwiegend / 5,7 % eher). Ca. vier Fünftel gaben dies in Bezug auf Geschlechtsidentifikationsprobleme (82,2 %: 53,1 % voll und ganz / 19,4 % überwiegend / 9,7 % eher) und Störungen der Sexualpräferenz (78,2 %: 48,6 % voll und ganz / 19,3 % überwiegend / 10,4 % eher) an. (Siehe Anhang Tabelle 12)

Weibliche Ärztinnen zeigten hierbei eine höhere Überweisungsrate als ihre männlichen Kollegen (sexuelle Funktionsstörungen: $p < 0,001$, Geschlechtsidentifikationsprobleme: $p = 0,059$, Störungen der Sexualpräferenz: $p = 0,043$). Unter 40-Jährige gaben signifikant häufiger an, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen ($p < 0,001$), 40-59-Jährige gaben hingegen vermehrt an, Patienten mit Geschlechtsidentifikationsproblemen ($p = 0,024$) zu überweisen. (Siehe Anhang Tabelle 13)

3.2.5 Probleme beim Ansprechen von Sexualität

Probleme beim Ansprechen von Sexualität gegenüber dem Patienten sahen über die Hälfte der Befragten (61,0 %: 8,5 % voll und ganz / 21,6 % überwiegend / 30,9 % eher) in der mangelnden Zeit, etwas weniger als die Hälfte (42,5 %: 12,2 % voll und ganz / 15,1 % überwiegend / 15,1 % eher) in der ungenügenden Vergütung. Für 29,9 % (2,0 % voll und ganz / 11,3 % überwiegend / 16,5 % eher) sei eine fehlende Notwendigkeit, für 20,9 % (1,7 % voll und ganz / 5,6 % überwiegend / 13,6 % eher) eine unzureichende Ausbildung ein Problem. 20,9 % der Befragten gaben an, sie hätten das Gefühl der Patient fühle sich unwohl (0,6 %

voll und ganz / 3,0 % überwiegend / 17,3 % eher). Eine unterschiedliche Geschlechterkonstellation Arzt-Patient gaben in diesem Zusammenhang 8,7 % als Problem an (0,1 % voll und ganz / 1,8 % überwiegend / 6,7 % eher). 3,5 % der Ärzte fühlten sich selbst unwohl beim Ansprechen der Sexualität (0,0 % voll und ganz / 0,8 % überwiegend / 2,7 % eher). (Siehe Abbildung 4, siehe Anhang Tabelle 14)

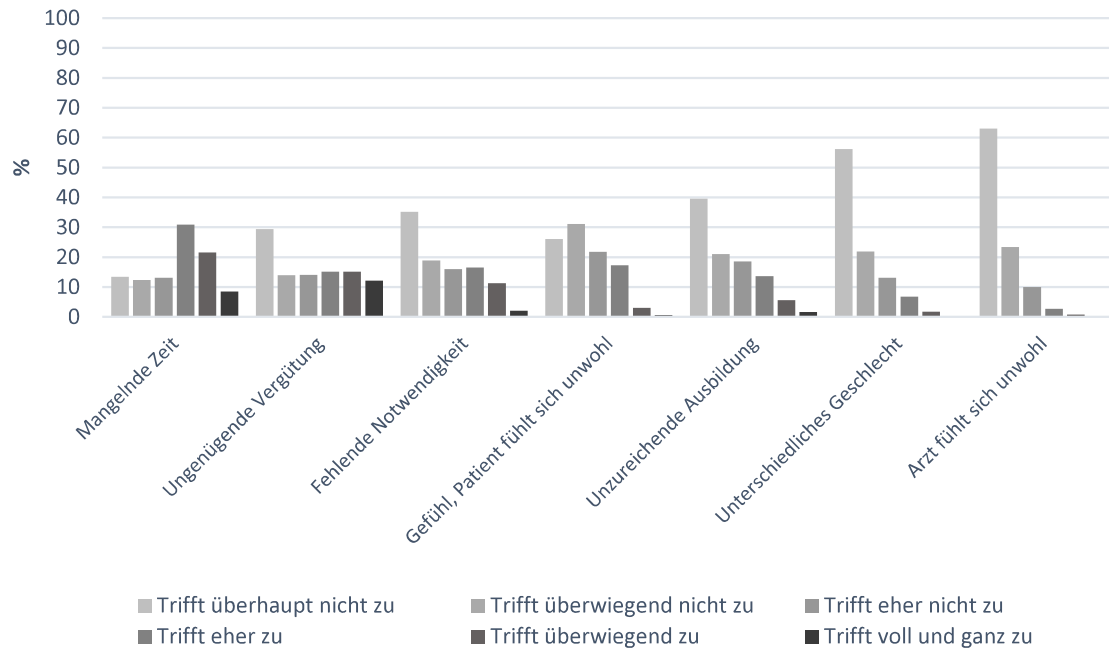


Abbildung 4: Probleme beim Ansprechen von Sexualität

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Was sind für Sie Probleme beim Ansprechen der Sexualität im klinischen Alltag?“

Weibliche Ärzte gaben insgesamt mehr Probleme beim Ansprechen von Sexualität an. Sie berichteten signifikant häufiger, dass mangelnde Zeit ($p=0,002$), unzureichende Ausbildung ($p<0,001$), Gefühl der Patient fühle sich unwohl ($p=0,016$) und eine unterschiedliche Geschlechterkonstellation von Arzt und Patient ($p=0,012$) für sie Probleme darstellen. Ungenügende Vergütung ist hingegen signifikant häufiger für männlichen Kollegen ein Problem in diesem Zusammenhang ($p=0,001$). Mit Ausnahme der unzureichenden Vergütung wurden die aufgelisteten Probleme signifikant häufiger von jüngeren Ärzten angegeben (jeweils $p<0,02$). (Siehe Tabelle 2)

Tabelle 2: Probleme beim Ansprechen der Sexualität nach Alter / Geschlecht des Arztes

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Was sind für Sie Probleme beim Ansprechen der Sexualität im klinischen Alltag?“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst. Modifiziert nach (Schloegl *et al.*, 2017)

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Mangelnde Zeit | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 41,6 (290) | 29,3 (55) | 33,2 (70) | 31,6 (85) | 45,7 (128) | 50,4 (61) |
| Trifft zu | 58,4 (407) | 70,7 (133) | 66,8 (141) | 68,4 (184) | 54,3 (152) | 49,6 (60) |
| P-Wert | 0,002 | | <0,001 | | | |
| Ungenügende Vergütung | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 53,8 (372) | 71,3 (134) | 80,9 (169) | 48,3 (129) | 52,3 (145) | 49,2 (60) |
| Trifft zu | 46,2 (320) | 28,7 (54) | 19,1 (40) | 51,7 (138) | 47,7 (132) | 50,8 (62) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Fehlende Notwendigkeit | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 69,7 (482) | 71,5 (133) | 54,8 (114) | 75,1 (199) | 75,7 (209) | 71,0 (88) |
| Trifft zu | 30,3 (210) | 28,5 (53) | 45,2 (94) | 24,9 (66) | 24,3 (67) | 29,0 (36) |
| P-Wert | 0,624 | | <0,001 | | | |
| Unzureichende Ausbildung | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 83,6 (583) | 61,7 (116) | 55,9 (118) | 83,2 (223) | 87,8 (245) | 88,5 (108) |
| Trifft zu | 16,4 (114) | 38,3 (72) | 44,1 (93) | 16,8 (45) | 12,2 (34) | 11,5 (14) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Gefühl, Patient fühle sich unwohl | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 80,8 (563) | 72,7 (136) | 63,5 (134) | 82,5 (222) | 84,1 (233) | 86,9 (106) |
| Trifft zu | 19,2 (134) | 27,3 (51) | 36,5 (77) | 17,5 (47) | 15,9 (44) | 13,1 (16) |
| P-Wert | 0,016 | | <0,001 | | | |
| Unterschiedliches Geschlecht Arzt-Patient | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 92,5 (644) | 86,7 (163) | 84,4 (178) | 94,4 (253) | 91,4 (254) | 95,9 (117) |
| Trifft zu | 7,5 (52) | 13,3 (25) | 15,6 (33) | 5,6 (15) | 8,6 (24) | 4,1 (5) |
| P-Wert | 0,012 | | <0,001 | | | |
| Arzt fühlt sich unwohl | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,8 (674) | 95,2 (179) | 92,9 (196) | 97,4 (263) | 97,8 (271) | 97,5 (118) |
| Trifft zu | 3,2 (22) | 4,8 (9) | 7,1 (15) | 2,6 (7) | 2,2 (6) | 2,5 (3) |
| P-Wert | 0,282 | | 0,014 | | | |

3.2.6 Miteinbeziehung des Partners / Partnerin

43,4 % (2,8 % voll und ganz / 12,0 % überwiegend / 28,5 % eher) stimmten der Aussage zu, den Partner in eine sexualmedizinische Beratung mit einzubeziehen (siehe Anhang Tabelle 15).

Es gab bei der Beantwortung dieser Frage keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Ärzten. 50- bis 59-jährige Ärzte berichteten signifikant häufiger, in die sexualmedizinische Beratung der Patienten den Partner / Partnerin mit einzubeziehen ($p=0,015$). (Siehe Anhang Tabelle 16)

3.2.7 Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten

Die Mehrheit (89,0 %: 38,8 % voll und ganz / 36,9 % überwiegend / 13,4 % eher) fühlte sich sicher bei der medizinischen Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen. Rund ein Viertel fühlte sich sicher im Umgang mit Patienten mit Geschlechtsidentifikationsproblemen (25,8 %: 5,9 % voll und ganz / 8,1 % überwiegend / 11,8 % eher) und Störungen der Sexualpräferenz (22,9 %: 5,4 % voll und ganz / 8,1 % überwiegend / 9,4 % eher). (Siehe Abbildung 5, siehe Anhang Tabelle 17)

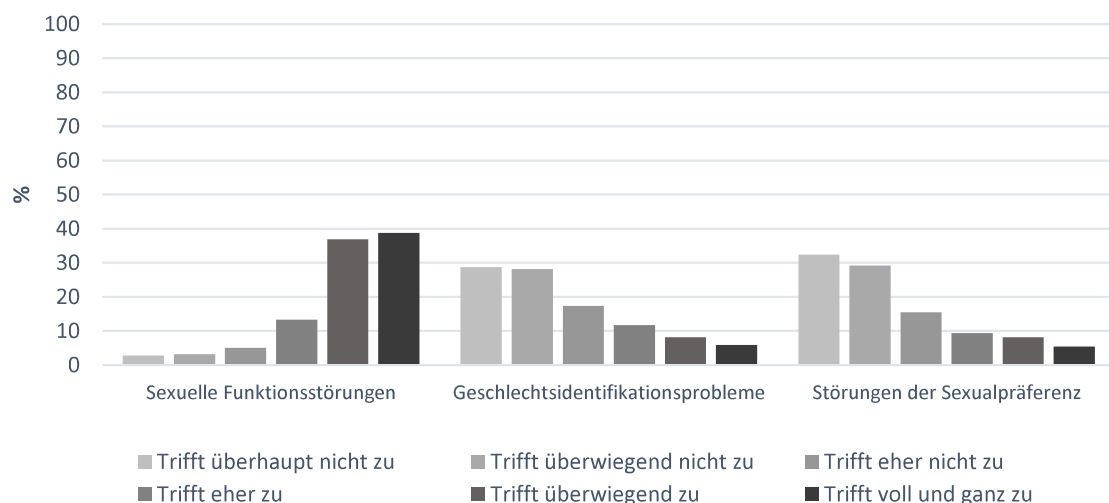


Abbildung 5: Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Ich fühle mich sicher bei der medizinischen Betreuung von Patienten mit...“

Männliche Ärzte gaben ein signifikant höheres Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen ($p < 0,001$) und Störungen der Sexualpräferenz ($p < 0,001$) an als weibliche Ärzte.

In diesem Zusammenhang fühlten sich auch ältere Befragte signifikant sicherer bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten in allen drei Bereichen der Sexualmedizin als ihre jüngeren Kollegen (jeweils $p < 0,001$). (Siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten nach Alter / Geschlecht des Arztes

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Ich fühle mich sicher bei der medizinischen Betreuung von Patienten mit...“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst. Modifiziert nach (Schloegl *et al.*, 2017)

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 7,7 (54) | 23,4 (44) | 30,8 (65) | 4,1 (11) | 5,8 (16) | 4,8 (6) |
| Trifft zu | 92,3 (643) | 76,6 (144) | 69,2 (146) | 95,9 (257) | 94,2 (261) | 95,2 (118) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 73,0 (505) | 79,3 (149) | 87,2 (184) | 74,9 (200) | 67,6 (186) | 66,4 (81) |
| Trifft zu | 27,0 (187) | 20,7 (39) | 12,8 (27) | 25,1 (67) | 32,4 (89) | 33,6 (41) |
| P-Wert | 0,081 | | <0,001 | | | |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 74,2 (514) | 88,3 (166) | 94,3 (199) | 77,9 (208) | 68,0 (187) | 67,5 (83) |
| Trifft zu | 25,8 (179) | 11,7 (22) | 5,7 (12) | 22,1 (59) | 32,0 (88) | 32,5 (40) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |

3.3 Sexualmedizinische Aus- und Fortbildungssituation

Im zweiten Themenabschnitt wurde die Aus- und Fortbildungssituation in verschiedenen Abschnitten der Facharztausbildung (Medizinstudium, Assistenzarztzeit, Facharztzeit) untersucht.

3.3.1 Medizinstudium

Der Aussage, dass sexuelle Funktionsstörungen im Medizinstudium behandelt wurden, stimmten 57,6 % (11,5 % voll und ganz / 20,4 % überwiegend / 25,7 % eher) zu. Bezogen auf Geschlechtsidentifikationsprobleme stimmten weniger (31,1 %: 4,7 % voll und ganz / 8,0 % überwiegend / 18,4 % eher), bei Störungen der Sexualpräferenz stimmte eine Minderheit zu (21,3 %: 3,8 % voll und ganz / 5,3 % überwiegend / 12,2 % eher). Die Themen wurden überwiegend im Fach Urologie (64,2 %), gefolgt von Psychiatrie (49,8 %) und Psychosomatik (47,8 %) sowie Gynäkologie (39,0 %) behandelt (siehe Anhang Tabelle 18). Die am häufigsten genannten Unterrichtsformen, in denen sexualmedizinische Inhalte gelehrt wurden, waren Vorlesungen (40,4 %), gefolgt von Seminaren (20,0 %). Die Lehre am Patienten innerhalb von „Bedside-Teachings“ wurde meist verneint. (Siehe Anhang Tabelle 18)

3.3.2 Assistenzarztzeit

Etwa ein Drittel bis drei Viertel gab an, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen im Bereich sexueller Funktionsstörungen während ihrer Assistenzarztzeit teilgenommen zu haben. Am häufigsten wurden Fortbildungen über Sexualität und urologische Operationen besucht (76,5 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu; 15,7 % trifft überhaupt nicht zu), gefolgt von erektiler Dysfunktion (74,5 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu; 17,1 % trifft überhaupt nicht zu). Seltener in diesem Bereich wurde die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Orgasmusstörungen angegeben (34,6 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu; 34,8 % trifft überhaupt nicht zu). Weniger oft wurde über die Teilnahme an Veranstaltungen über Geschlechtsidentifikationsprobleme berichtet (14,2 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu; 49,8 % trifft überhaupt nicht zu). Auch Fortbildungen im Bereich Störungen der Sexualpräferenz wurden laut eigener Angaben weniger oft wahrgenommen. Bei insgesamt seltener Teilnahme wurden Fortbildungen zum Thema Fetischismus am häufigsten (3,7 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu;

77,6 % trifft überhaupt nicht zu) und Frotteurismus am wenigsten (1,9 % trifft voll und ganz / überwiegend / eher zu; 81,7 % trifft überhaupt nicht zu) in der Assistenzarztzeit besucht. (Siehe Abbildung 6, siehe Anhang Tabelle 19)

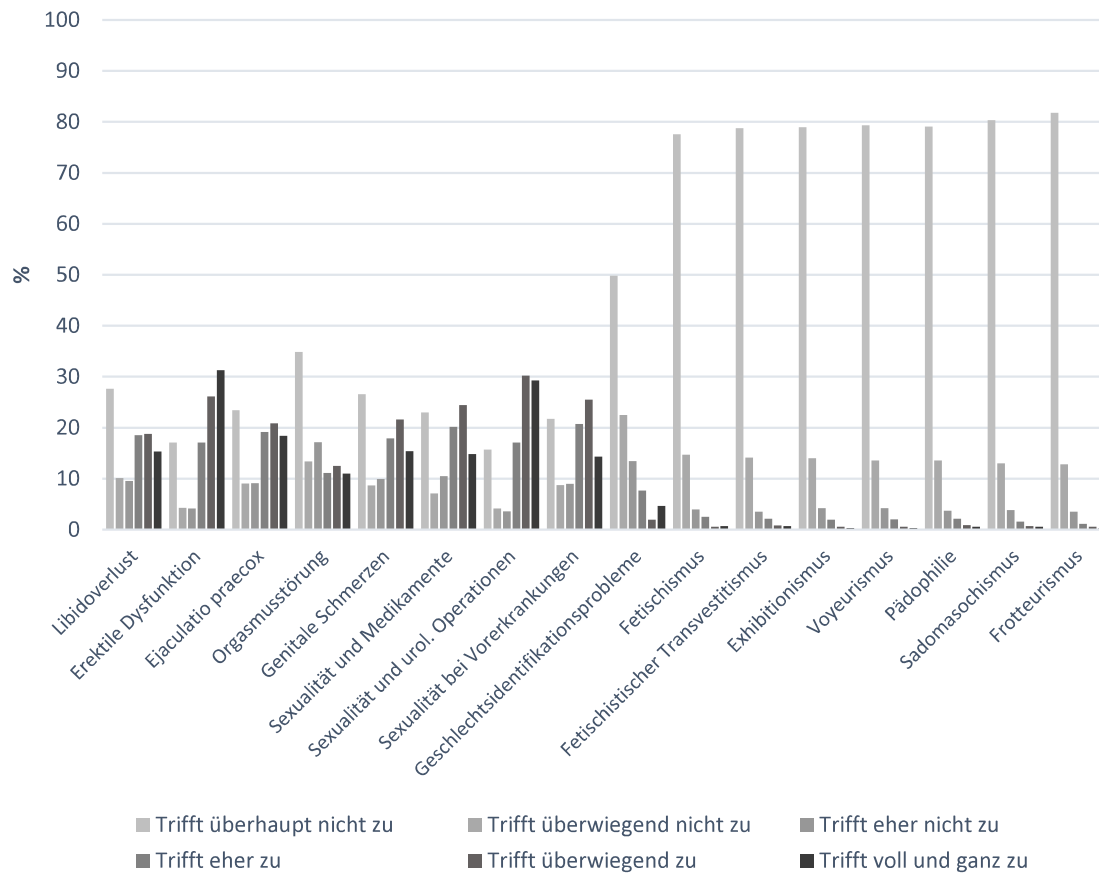


Abbildung 6: Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Assistenzarztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ (Schloegl *et al.*, 2017)

3.3.3 Facharztzeit

Bei ähnlicher prozentualer Verteilung der Antworten während der Facharztzeit wurde insgesamt eine vermehrte Teilnahme an Fortbildungen in den drei Bereichen, sexuelle Funktionsstörungen (62,0 % bei Orgasmusstörungen bis 89,5 % bei erektiler Dysfunktion), Geschlechtsidentifikationsprobleme (22,3 %) und Störungen der Sexualpräferenz (5,8 % bei Frotteurismus bis 7,5 % bei Fetischismus) angegeben. Auch die Antwort „trifft überhaupt nicht zu“ wurde in allen drei Bereichen in Bezug auf die Facharztzeit weniger oft angekreuzt (sexuelle Funktionsstörungen: 6,2 % bei erektiler Dysfunktion bis 16,1 % bei Orgasmus-

störungen, Geschlechtsidentifikationsprobleme: 41,9 %, Störungen der Sexualpräferenz: 71,8 % bei Fetischismus bis 76,4 % bei Frotteurismus). (Siehe Abbildung 7, siehe Anhang Tabelle 22)

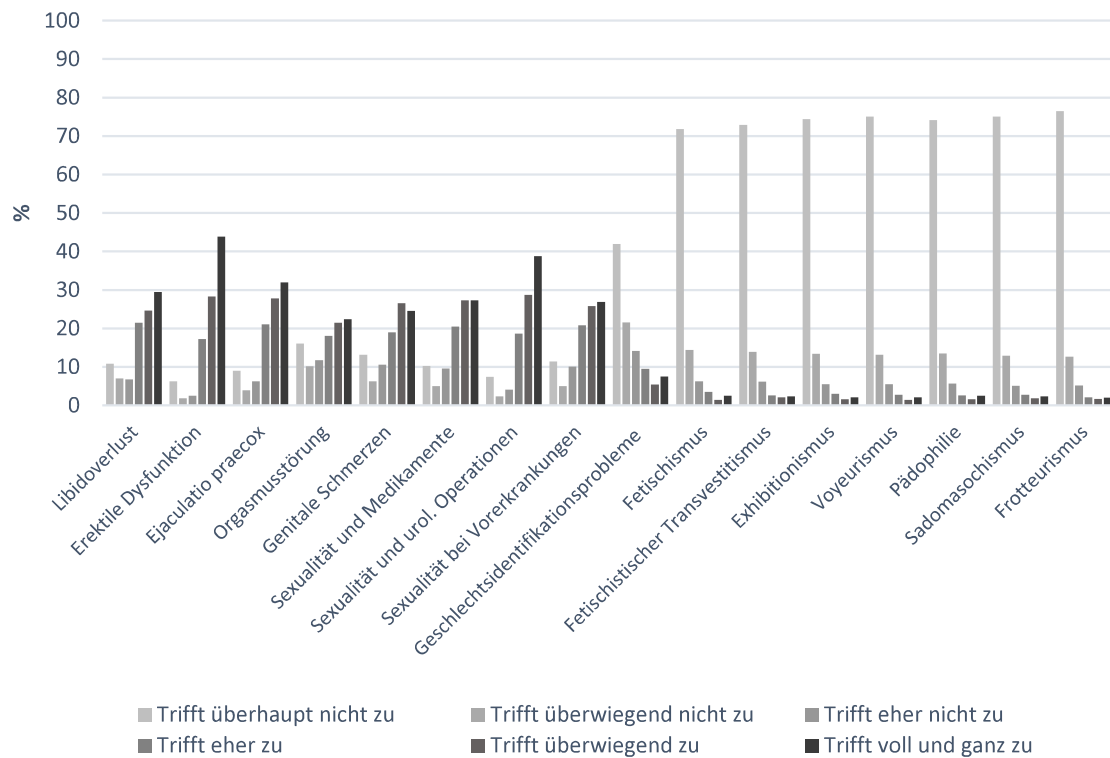


Abbildung 7: Besuchte Fortbildungen Facharztzeit

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Facharztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ (Schloegl *et al.*, 2017)

Männliche Ärzte gaben signifikant häufiger an, Fortbildungen im Bereich sexueller Funktionsstörungen (Ausnahme Sexualität bei Vorerkrankungen) während ihrer Assistenzarzt- und Facharztzeit besucht zu haben ($p < 0,05$). Hingegen gab es bei den Angaben zur Teilnahme an Fortbildungen über Geschlechtsidentifikationsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Ärzten.

Unter 40-Jährige berichteten insgesamt eine geringere Teilnahme an Fortbildungen über sexuelle Funktionsstörungen. Zwischen den Altersgruppen zeigte sich ebenfalls bei der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Geschlechtsidentifikationsproblemen

und einigen Sexualpräferenzstörungen ein signifikanter Unterschied (während Assistenzarztzeit: Fetischismus, fetischistischer Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sadomasochismus; während Facharztzeit: Fetischismus, Sadomasochismus) (p-Wert jeweils $\leq 0,05$). (Siehe Anhang Tabelle 20/21 und Tabelle 23/24)

Die Weiterbildungsangebote wurden meist im Rahmen von Vorlesungen (Assistenzarztzeit: 64,2 %; Facharztzeit: 83,0 %), gefolgt von Seminaren (Assistenzarztzeit: 41,0 %; Facharztzeit: 62,7 %) besucht. Eine curriculare Ausbildung wurde weniger oft angegeben (Assistenzarztzeit: 17,8 %; Facharztzeit: 24,4 %). (Siehe Anhang Tabelle 25)

Die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten zum Thema Sexualmedizin im Rahmen von Kongressen der DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie) bejahten 65,6 % (24,1 % voll und ganz / 19,6 % überwiegend / 21,9 % eher). Im Rahmen von Kongressen der DGA (Deutsche Gesellschaft für Andrologie) berichteten dies 42,2 % (15,3 % voll und ganz / 13,5 % überwiegend / 13,4 % eher). 30,2 % (12,5 % voll und ganz / 8,4 % überwiegend / 9,3 % eher) gaben die Teilnahme an Weiterbildungsangeboten bei sonstigen sexualmedizinischen Kongressen an. (Siehe Anhang Tabelle 26)

3.3.4 Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein

Die Mehrheit (83,8 %: 35,0 % voll und ganz / 32,3 % überwiegend / 16,5 % eher) der antwortenden Ärzte gab an, sich für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen ausreichend ausgebildet zu fühlen. Rund ein Fünftel gab dies in Bezug auf Patienten mit Geschlechtsidentifikationsproblemen (20,2 %: 4,4 % voll und ganz / 7,2 % überwiegend / 8,6 % eher), etwas weniger in Bezug auf Patienten mit Störungen der Sexualpräferenz (14,3 %: 2,7 % voll und ganz / 5,1 % überwiegend / 6,5 % eher) an. (Siehe Abbildung 8, siehe Anhang Tabelle 27)

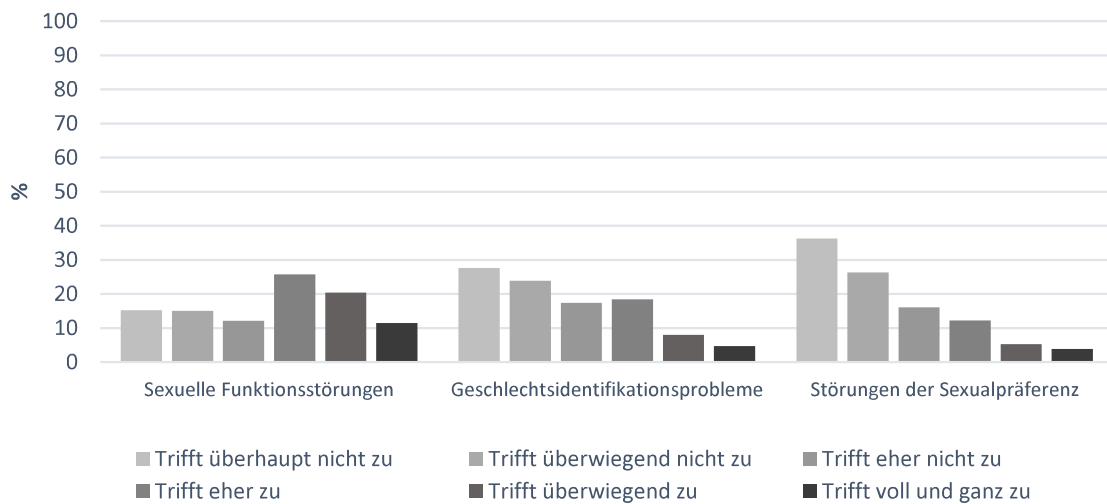


Abbildung 8: Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Ich fühle mich genügend ausgebildet für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit...“

Männliche Kollegen fühlten sich für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit sexuellen Störungen (sexuelle Funktionsstörungen / Geschlechtsidentifikationsstörungen / Störungen der Sexualpräferenz) signifikant besser ausgebildet als ihre weiblichen Kollegen (jeweils $p < 0,05$). Auch Ärzte mit fortgeschrittenem Alter fühlten sich hierfür besser ausgebildet als jüngere Ärzte (jeweils $p < 0,001$). (Siehe Tabelle 4)

Tabelle 4: *Selbsteinschätzung, für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten ausreichend ausgebildet zu sein nach Alter / Geschlecht des Arztes*

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Ich fühle mich genügend ausgebildet für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit...“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 12,7 (88) | 29,8 (54) | 39,6 (80) | 9,5 (25) | 9,4 (26) | 8,8 (11) |
| Trifft zu | 87,3 (607) | 70,2 (127) | 60,4 (122) | 90,5 (239) | 90,6 (252) | 91,2 (114) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 78,4 (546) | 85,6 (154) | 88,6 (178) | 84,5 (224) | 73,4 (204) | 70,4 (88) |
| Trifft zu | 21,6 (150) | 14,4 (26) | 11,4 (23) | 15,5 (41) | 26,6 (74) | 29,6 (37) |
| P-Wert | 0,034 | | <0,001 | | | |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 83,9 (584) | 93,3 (168) | 92,5 (186) | 89,1 (236) | 82,0 (228) | 76,8 (96) |
| Trifft zu | 16,1 (112) | 6,7 (12) | 7,5 (15) | 10,9 (29) | 18,0 (50) | 23,2 (29) |
| P-Wert | 0,001 | | <0,001 | | | |

3.4 Fortbildungswünsche

Es hat sich in dieser Arbeit gezeigt, dass es Unsicherheiten vieler Ärzte im Bereich Sexualmedizin gibt. Daher wurde im dritten Teil des Fragebogens Fortbildungswünsche abgefragt. Hierbei wurde speziell auf die Ausbildungsabschnitte, in denen Fortbildungen bevorzugt stattfinden sollten, als auch auf die verschiedenen Themen der Sexualmedizin eingegangen.

3.4.1 Ausbildungsabschnitt

Die meisten Antwortenden gaben an, gerne Fortbildungen über sexualmedizinische Themen während sämtlicher Phasen der Ausbildung besuchen zu wollen. 77,2 % (32,0 % voll und ganz / 20,5 % überwiegend / 24,7 % eher) wünschen sich Fortbildungen zum Thema Sexualmedizin während des Studiums, 95,2 % (45,4 % voll und ganz / 33,3 % überwiegend / 16,5 % eher) während der Assistenzarztzeit und 93,2 % (48,5 % voll und ganz / 29,8 % überwiegend / 14,9 % eher) während der Facharztzeit. (Siehe Abbildung 9, siehe Anhang Tabelle 28)

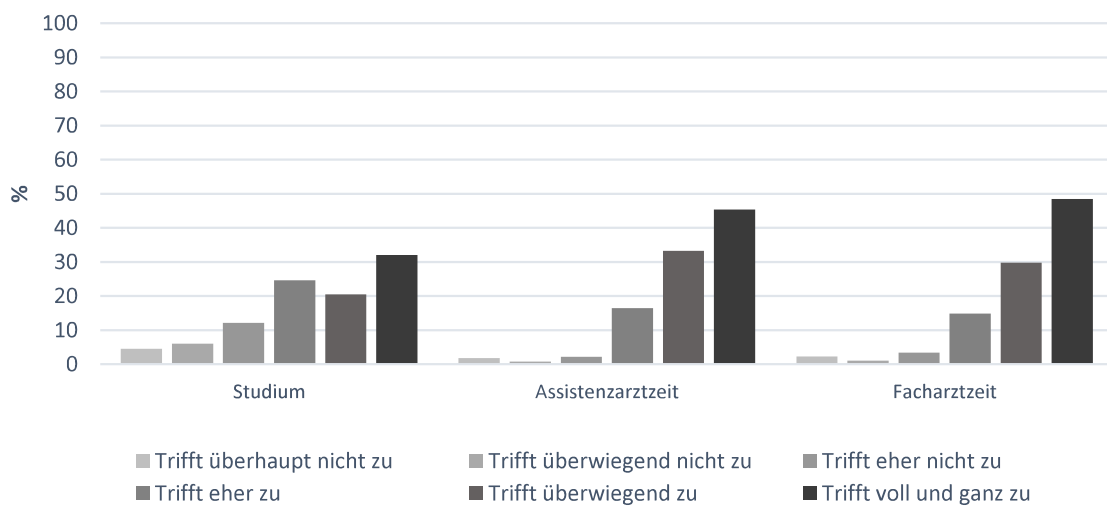


Abbildung 9: Fortbildungswünsche Ausbildungsabschnitt

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „In welchem Ausbildungsabschnitt wünschen Sie sich Weiterbildungsangebote?“

3.4.2 Themen

Etwa vier Fünftel der Ärzte gaben an, gerne Fortbildungen im Bereich sexueller Funktionsstörungen besuchen zu wollen (79,8 % bei Orgasmusstörungen bis 83,9 % bei genitalen Schmerzen). Mehr als die Hälfte berichteten, gerne an Fortbildungen im Bereich Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz teilnehmen zu wollen (Geschlechtsidentifikationsprobleme 58,2 %: 22,0 % trifft voll und ganz / 17,1 % überwiegend / 19,1 % eher zu; Störungen der Sexualpräferenz 56,6 %: 22,2 % trifft voll und ganz / 16,2 % überwiegend / 18,3 % eher zu). (Siehe Abbildung 10, siehe Anhang Tabelle 29)

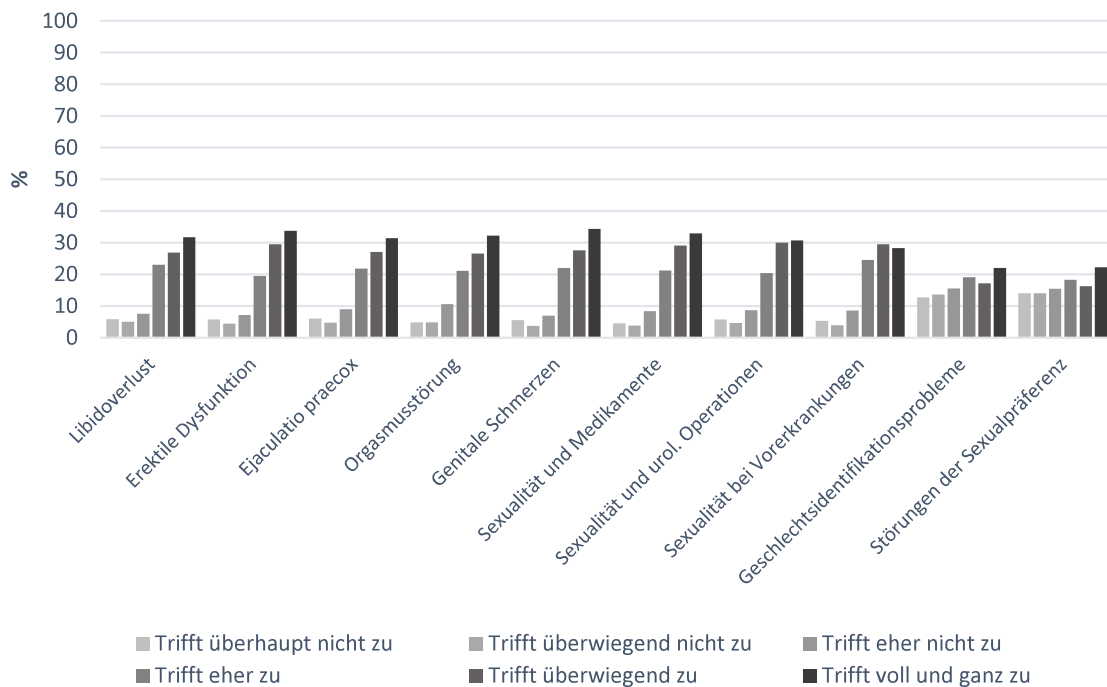


Abbildung 10: Fortbildungswünsche Themen

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Ich würde gerne Fortbildungsveranstaltungen in folgenden Bereichen besuchen...“ (Schloegl *et al.*, 2017)

Weibliche Ärzte berichteten signifikant häufiger, gerne an Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen Sexualität und Medikamente, Sexualität und urologische Operationen, Sexualität bei Vorerkrankungen sowie Geschlechtsidentifikationsproblemen teilnehmen zu wollen (jeweils $p \leq 0,03$). Jüngere Ärzte gaben signifikant häufiger an, Fortbildungen zum Thema erektile Dysfunktion ($p = 0,003$) und Sexualität und urologischen Operationen ($p < 0,001$) besuchen zu wollen. (Siehe Tabelle 5/6)

Tabelle 5: Fortbildungswünsche Themen nach Alter / Geschlecht des Arztes.
Thema: Sexuelle Funktionsstörungen

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Ich würde gerne Fortbildungsveranstaltungen in folgenden Bereichen besuchen...“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Libidoverlust | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 18,7 (127) | 17,5 (31) | 15,9 (33) | 15,2 (39) | 20,7 (56) | 24,4 (29) |
| Trifft zu | 81,3 (551) | 82,5 (146) | 84,1 (174) | 84,8 (218) | 79,3 (215) | 75,6 (90) |
| P-Wert | 0,710 | | 0,095 | | | |
| Erektile Dysfunktion | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 17,9 (121) | 15,2 (27) | 12,0 (25) | 13,6 (35) | 21,9 (59) | 23,7 (28) |
| Trifft zu | 82,1 (555) | 84,8 (151) | 88,0 (183) | 86,4 (222) | 78,1 (210) | 76,3 (90) |
| P-Wert | 0,392 | | 0,003 | | | |
| Ejaculatio praecox | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 19,7 (133) | 20,1 (36) | 19,2 (40) | 15,6 (40) | 22,2 (60) | 23,7 (28) |
| Trifft zu | 80,3 (543) | 79,9 (143) | 80,8 (168) | 84,4 (217) | 77,8 (210) | 76,3 (90) |
| P-Wert | 0,896 | | 0,164 | | | |
| Orgasmusstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 20,4 (138) | 18,9 (34) | 24,2 (50) | 16,8 (43) | 18,7 (51) | 23,7 (28) |
| Trifft zu | 79,6 (538) | 81,1 (146) | 75,8 (157) | 83,2 (213) | 81,3 (222) | 76,3 (90) |
| P-Wert | 0,650 | | 0,161 | | | |
| Genitale Schmerzen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 17,0 (114) | 12,9 (23) | 14,6 (30) | 13,5 (35) | 17,0 (45) | 22,2 (26) |
| Trifft zu | 83,0 (556) | 87,1 (155) | 85,4 (175) | 86,5 (224) | 83,0 (220) | 77,8 (91) |
| P-Wert | 0,187 | | 0,171 | | | |
| Sexualität und Medikamente | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 18,6 (126) | 10,0 (18) | 14,0 (29) | 15,4 (40) | 18,1 (49) | 21,2 (25) |
| Trifft zu | 81,4 (552) | 90,0 (162) | 86,0 (178) | 84,6 (220) | 81,9 (221) | 78,8 (93) |
| P-Wert | 0,006 | | 0,319 | | | |
| Sexualität und urologische Ops | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 20,5 (138) | 13,3 (24) | 10,6 (22) | 17,8 (46) | 24,4 (66) | 23,1 (27) |
| Trifft zu | 79,5 (536) | 86,7 (156) | 89,4 (185) | 82,2 (212) | 75,6 (204) | 76,9 (90) |
| P-Wert | 0,030 | | 0,001 | | | |
| Sexualität bei Vorerkrankungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 19,4 (130) | 11,7 (21) | 14,0 (29) | 17,3 (44) | 19,5 (52) | 21,0 (25) |
| Trifft zu | 80,6 (541) | 88,3 (158) | 86,0 (178) | 82,7 (211) | 80,5 (215) | 79,0 (94) |
| P-Wert | 0,018 | | 0,328 | | | |

Tabelle 6: *Fortbildungswünsche Themen nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz*

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Ich würde gerne Fortbildungsveranstaltungen in folgenden Bereichen besuchen...“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|---|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Geschlechts- identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 44,5 (304) | 32,1 (59) | 38,5 (80) | 43,1 (113) | 41,2 (114) | 47,5 (56) |
| Trifft zu | 55,5 (379) | 67,9 (125) | 61,5 (128) | 56,9 (149) | 58,8 (163) | 52,5 (62) |
| P-Wert | 0,002 | | 0,435 | | | |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 45,1 (308) | 37,6 (70) | 45,2 (94) | 43,9 (115) | 40,1 (112) | 47,5 (56) |
| Trifft zu | 54,9 (375) | 62,4 (116) | 54,8 (114) | 56,1 (147) | 59,9 (167) | 52,5 (62) |
| P-Wert | 0,069 | | 0,514 | | | |

4 Diskussion

Ziel dieser Befragung war es, eine Bestandsaufnahme der sexualmedizinischen Tätigkeit im ärztlichen Alltag sowie die Aus- und Weiterbildungssituation und den Fortbildungsbedarf deutscher Urologen (inklusive Assistenzärzte in der Urologie) / Andrologen zu evaluieren. Aufgrund der steigenden Anzahl an weiblichen sowie älteren Ärzten (Bundesärztekammer, 2017) wurde hierbei besonders auf die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede der antwortenden Ärzte eingegangen.

4.1 Sexualmedizinische Tätigkeit

Studien zeigen auf, dass männliche Patienten einen großen Bedarf an sexualmedizinischer Beratung haben. Diesem Bedarf bzw. Wunsch wird in der Praxis allerdings nur zum Teil nachgekommen (Moreira *et al.*, 2005). In einer Studie wurden insgesamt 26.000 Männer und Frauen aus unterschiedlichen Ländern zu ihren sexuellen Handlungsweisen und Einstellungen befragt. Es zeigte sich bei den Befragten ein sehr hoher Stellenwert ihrer Sexualität. 39 % gaben an, in den letzten 12 Monaten ein sexuelles Problem gehabt zu haben, allerdings seien nur 9 % von ihrem Arzt (in den letzten 3 Jahren) hierzu befragt worden. Aufgegliedert nach Ländern zeigte sich, dass die Hälfte der Befragten in Deutschland der Meinung war, dass sich ein Arzt routinemäßig nach sexuellen Funktionsstörungen erkundigen solle. In der Realität wurde allerdings nur etwa ein Zehntel der Patienten hierzu befragt. (Hartmann *et al.*, 2002) In einer 2001 veröffentlichten Studie wurden 307 männliche Patienten von ausgewählten Allgemeinmedizinpraxen nach sexuellen Störungen befragt. Die Patienten berichteten sehr häufig zumindest ein sexuelles Problem zu haben. Etwa die Hälfte stufte ein Gespräch hierüber mit ihrem Arzt als wichtig ein. (Aschka *et al.*, 2001) In einer weiteren Studie wurde berichtet, dass 52 % der Befragten mit einem sexuellen Problem gerne professionelle Hilfe erhalten würden, dies jedoch nur bei etwa jedem Zehnten realisiert wurde (Dunn *et al.*, 1998).

Urologen sind oft die ersten Ansprechpartner für Männer mit sexualmedizinischen Problemen (Platano *et al.*, 2008; van Lunsen, 1998). So berichtet bspw. eine Schweizer Studie, dass Urologen signifikant öfter von männlichen Patienten aktiv auf ein sexuelles Problem angesprochen wurden als ihre allgemeinmedizinischen Kollegen (Platano *et al.*, 2008). Es

wurde in einer 1985 veröffentlichten Studie unter deutschen Urologen gezeigt, dass der Bedarf sexualmedizinischer Beratung und Therapie in der urologischen Praxis sehr groß ist. So suchten Patienten den Urologen einerseits primär wegen einer sexuellen Funktionsstörung auf, andererseits wurden sexuelle Probleme häufig als Nebensymptom festgestellt. (Meyer-Delpho, 1985) Dieser Bedarf ist in Anbetracht der hohen Prävalenzraten sexueller Störungen plausibel, denn laut Studie haben etwa 20 % - 30 % der Männer mindestens eine manifeste sexuelle Funktionsstörung (Lewis *et al.*, 2004). Dieses Bedürfnis nach sexualmedizinischer Beratung durch den Urologen dürfte in Anbetracht der steigende Prävalenz sexueller Störungen im Alter (Laumann *et al.*, 2005) in Verbindung mit dem soziodemographischen Wandel in Deutschland noch gestiegen sein.

Die Ergebnisse der aktuellen Studie belegen diese Aussage. 36,2 % bzw. 36,5 % der Ärzte gaben an, dass sexuelle Funktionsstörungen in ihrem ärztlichen Alltag durchschnittlich täglich bzw. mehrmals die Woche zur Sprache kommen. Diese beiden Antwortmöglichkeiten wurden somit am häufigsten bei dieser Frage angekreuzt. Studien berichten, dass Ärzte aus anderen Fachrichtungen als der Urologie mit ihren Patienten weniger oft sexuelle Probleme thematisieren. In einer im Jahr 2008 durchgeführten Hausarztbefragung im Raum Kiel wurde im Vergleich zu dieser Befragung deutlich weniger oft die Thematisierung sexueller Funktionsstörungen berichtet (Cedzich & Bosinski, 2010). 20 % der Hausärzte gaben an, dass Sexualität „häufig“ oder „sehr häufig“ Thema bei ihren männlichen Patienten sei. 77 % berichteten, dass dies zumindest „gelegentlich“ der Fall sei. 3 % der Befragten gaben an, dass sie Sexualität „nie“ thematisierten (Cedzich & Bosinski, 2010). In einer griechischen Ärztebefragung zeigte sich, dass Urologen und Kardiologen ihre Patienten öfter nach sexuellen Funktionsstörungen befragen als ihre internistischen und allgemeinmedizinischen Kollegen (Tsimtsiou *et al.*, 2006). Ebenfalls zeigte eine Schweizer Studie, dass Urologen signifikant häufiger als Allgemeinmediziner sexuelle Funktionsstörungen mit ihren männlichen Patienten thematisieren (Platano *et al.*, 2008).

Es zeigt sich, dass Ärzte in der Urologie und Andrologie nicht nur mit sexuellen Funktionsstörungen, sondern auch mit weiteren sexuellen Störungen, wie Geschlechtsidentifikations- und Sexualpräferenzstörungen konfrontiert werden. Über ein Drittel berichtete, dass diese Störungen durchschnittlich zumindest einmal im Jahr bei ihnen zur Sprache kämen. Eine Studie unter Gynäkologen aus den USA zeigte, dass die Mehrheit der Ärzte ihre Patienten nach ihrer sexuellen Aktivität fragen, jedoch andere Bereiche der Sexualität kaum

angesprochen werden (Sobecki *et al.*, 2012). Es ist von einer hohen Dunkelziffer sexueller Störungen, die im ärztlichen Gespräch nicht thematisiert werden, auszugehen (Kockott & Fahrner, 2000).

Sexuelle Funktionsstörungen sind häufig sekundär bedingt und auf Erkrankungen, Medikation oder Operationen (vor allem im urologischen Bereich) zurückzuführen (vgl. dazu Einleitung 1.1). Insbesondere in diesem Kontext sollte daher nach sexuellen Funktionsstörungen des Patienten gefragt werden. Die überwiegende Mehrheit der antwortenden Ärzte gab an, bei weiteren Erkrankungen sowie Voroperationen den Patienten nach sexuellen Funktionsstörungen zu befragen. Zwei Drittel gab an, den Patienten in dem Kontext seiner Medikamente zu sexuellen Funktionsstörungen zu befragen. Im Vergleich zu der in 2008 durchgeführten Hausarztbefragung (Cedzich & Bosinski, 2010), ist in der vorliegenden Studie ein häufigeres Ansprechen der Sexualität im Kontext von Risikofaktoren zu verzeichnen. Aufgrund der Medikamente thematisierten 31 % der Hausärzte zumindest „häufig“ das Thema Sexualität, hingegen 3 % „niemals“. In dem Kontext nach Operationen wurde dieses Thema von 18 % mindestens „häufig“ thematisiert, von 52 % „selten“ und von 30 % „nie“. In Bezug auf Erkrankungen ergab sich ein ähnliches Bild, wobei bei den Erkrankungen Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung und antihypertensive Therapie sexuelle Probleme häufiger thematisiert wurden. (Cedzich & Bosinski, 2010) Platano beschreibt in seiner Studie unter Schweizer Ärzten (Allgemeinmediziner und Urologen), dass 54,8 % der Urologen ihre Patienten in dem Kontext von organischen Krankheiten nach erektiler Dysfunktion fragen. Die erektile Dysfunktion war die häufigste sexuelle Funktionsstörung, die von Urologen erfragt wurde. (Platano *et al.*, 2008)

Etwa drei Viertel der Ärzte gaben an, von sich aus Patienten auf sexuelle Funktionsstörungen anzusprechen. Eine Studie belegt, dass die Patienten diese Initiative des Arztes vorziehen (Metz & Seifert, 1990). Im Vergleich zu der Hausarztbefragung von 2008 ist dies ein wesentlich höherer Prozentsatz (Cedzich & Bosinski, 2010). Dieser Unterschied zwischen den Fachrichtungen wird in der bereits erwähnten Schweizer Studie unter Allgemeinmedizinern und Urologen deutlich. Es zeigte sich, dass signifikant mehr Urologen (22,8 %) als Allgemeinmediziner (10,4 %) ihre männlichen Patienten aktiv nach sexuellen Funktionsstörungen befragen (Platano *et al.*, 2008).

Die Mehrheit der Befragten in der vorliegenden Studie gab an, den Patienten auf sein Ansprechen hin zu sexuellen Funktionsstörungen zu befragen. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Befragung unter Urologen mit der Hausarztbefragung von 2008, so zeigt sich, dass der Kontext „Patienteninitiative“ bei der Frage nach sexuellen Funktionsstörungen von Urologen sehr viel häufiger angegeben wird als von Allgemeinmedizinerinnen. Nur etwa 40 % der Hausärzte gaben an, dass sexuelle Störungen auf Patienteninitiative hin thematisiert werden (Cedzich & Bosinski, 2010).

Über das Ansprechen der Sexualität hinaus dient im weiteren Schritt die Sexualanamnese als erster Anhaltspunkt für eine entsprechende Sexualberatung und -therapie. Daher sollte diese ein integrativer Bestandteil des Gespräches mit dem Arzt sein. (Bosinski, 2008) Die Sexualanamnese wird laut Angaben der Ärzte meist in der normalen Sprechstunde erhoben. Rund ein Viertel gab an, die Anamnese in einer gesonderten Sprechstunde zu erheben. Um einen ersten Überblick über die Sexualanamnese des Patienten zu bekommen, gibt es als komplementären Ansatz zur Anamnese spezielle Fragebögen (Ahlers *et al.*, 2008). In einer Studie wurde gezeigt, dass ein Fragebogen für den Patienten und den Arzt eine gute Möglichkeit darstellt, sexuelle Gesundheitsprobleme anzusprechen (Hartmann & Burkart, 2007). In der aktuell vorliegenden Studie bejahte etwa die Hälfte der Befragten eine Sexualanamnese schriftlich zu erheben.

Durch eine entsprechende fundierte und strukturierte Sexualanamnese sollte der Arzt in der Lage sein, Patienten mit Bedarf an einer weiterführenden sexualmedizinischen Therapie zu erkennen (Bosinski, 2008) und ggf. ein interdisziplinäres sexualmedizinisch erfahrenes Team einzubinden. Solch eine Überweisungskompetenz zu vermitteln sollte Bestandteil einer sexualmedizinischen Aus- und Weiterbildung sein. Im Vergleich zu einer vor ca. 30 Jahren durchgeführten Befragung deutscher Urologen, zeigte sich eine höhere Überweisungsquote von Patienten mit sexuellen Störungen. In der 1985 durchgeführten Studie zum Bedarf sexualmedizinischer Beratung in der urologischen Praxis in Deutschland gaben 5 % an, Patienten mit sexuellen Störungen an Psychotherapeuten, Psychologen und Psychiater zu überweisen (Meyer-Delpho, 1985). In der vorliegenden Studie gaben ein Achtel der Befragten an, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen an spezialisierte Zentren zu überweisen. Dies entspricht etwa dem Prozentsatz, der sich nicht sicher bzw. ausreichend ausgebildet hierfür fühlte. Patienten mit Geschlechtsidentifikationsproblemen und Störungen

der Sexualpräferenz wurden laut Angaben weit häufiger an spezialisierte Kollegen überwiesen.

Als Problem beim Ansprechen der Sexualität wurde von den Ärzten am häufigsten „mangelnde Zeit“ (61,0 %) angeben; dieses Problem ist oft in der Literatur beschrieben (Ahrendt & Friedrich, 2011; Alarcão *et al.*, 2012; Cedzich & Bosinski, 2010; Temple-Smith *et al.*, 1996). 42,5 % gaben eine „ungenügende Vergütung“ als Problem an, ein ähnlicher Prozentsatz wie in einer 2011 durchgeführten Befragung unter deutschen Gynäkologen (Ahrendt & Friedrich, 2011). Während in der vorliegenden Studie etwa ein Drittel berichtete, dass „fehlende Notwendigkeit“ ein Hindernis in diesem Zusammenhang darstelle, wurde in einer deutschen Hausarztbefragung die Antwort „nicht notwendig“ von nur 4 % der Ärzte gegeben (Cedzich & Bosinski, 2010). Eine Erklärung könnte eventuell die unterschiedliche Formulierung der Antwortmöglichkeiten sein. In Anbetracht des Bedarfs sexualmedizinischer Beratung und dass die Mehrheit der Patienten auf sexuelle Probleme angesprochen werden möchte (Hartmann *et al.*, 2002) könnte dies auf ein noch teilweise fehlendes Problembewusstsein hindeuten. Auch die Einschätzung, dass das Ansprechen von Sexualität dem Patienten unangenehm sei (20,9 %), die auch in weiteren Studien postuliert wird (Cedzich & Bosinski, 2010; Temple-Smith *et al.*, 1996), stützt diese Aussage. Jedoch gab nur eine Minderheit (3,5 %) an, dass es ihnen selbst als Arzt unangenehm sei, Sexualität anzusprechen. Befragungen von Ärzten anderer Fachrichtungen berichten von einem höheren Prozentsatz diesbezüglich (Burd *et al.*, 2006; Cedzich & Bosinski, 2010). Das Problem der unzureichenden Ausbildung wird von etwa einem Fünftel der Ärzte genannt. Dieses Defizit wurde sowohl in Deutschland (Ahrendt & Friedrich, 2011; Beier *et al.*, 2000), als auch außerhalb Deutschlands in der Literatur beschrieben (Alarcão *et al.*, 2012; Haboubi & Lincoln, 2003).

Eine gute Ausbildung der Ärzte in diesem Bereich ist essentiell für eine adäquate Therapie und Behandlung sexueller Störungen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Behandlung sexueller Störungen ist die Paartherapie (Sigusch, 2000). Die Sexualtherapie und die Einbeziehung des Partners gehen im Wesentlichen auf Masters und Johnson zurück (Masters & Johnson, 1970). In Hinblick auf die verschiedenen Dimensionen menschlicher Sexualität (Beier *et al.*, 2005) ist es essentiell, sexuelle Störungen nicht auf ihre funktionelle Problematik zu beschränken. Lediglich 2,8 % der Ärzte stimmten der Aussage, dass sie den Partner

in eine sexualmedizinische Beratung einbinden, voll und ganz zu. 12,0 % binden den Partner überwiegend und 28,5 % eher in eine solche Beratung mit ein.

Es ist für Urologen bzw. Assistenzärzte in der Urologie sowie Andrologen besonders wichtig, sich bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten sicher zu fühlen, um für ihre Patienten angemessene Bedingungen für das Besprechen sexueller Probleme zu schaffen. Es wurde gezeigt, dass die selbst wahrgenommene Kompetenz in der Behandlung sexualmedizinischer Störungen ein wichtiger Faktor in Zusammenhang mit dem Besprechen sexueller Störungen mit männlichen Patienten ist (Alarcão *et al.*, 2012). In der vorliegenden Studie berichteten 38,8 % sich „voll und ganz“ und 36,9 % sich „überwiegend sicher“ in der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen zu fühlen. Insgesamt 89,0 % fühlten sich somit zumindest „eher sicher“ bei der sexualmedizinischen Betreuung. Befragungen von Ärzten anderer Fachrichtungen zeigten ein geringeres Gefühl der Sicherheit in diesem Zusammenhang. Czech berichtet, dass sich 40 % deutscher Allgemeinmediziner „sicher“ oder „sehr sicher“ im Umgang mit Patienten mit sexuellen Störungen fühlten. 53 % gab an sich „mäßig sicher“, 5 % „unsicher“ und 7 % „sehr unsicher“ zu fühlen. (Cedzich & Bosinski, 2010) In einer 2008 veröffentlichten Schweizer Studie wurde berichtet, dass Schweizer Urologen ihre eigene Kompetenz in der Besprechung und Behandlung sexualmedizinischer Störungen signifikant besser einschätzten als ihre ärztlichen Kollegen in der Allgemeinmedizin (Platano *et al.*, 2008). Eine Studie unter griechischen Ärzten zeigte, dass Urologen (68,4 %) in der Betreuung sexueller Probleme erfahrener sind als Internisten (41,1 %), Kardiologen (44,8 %) und Allgemeinmediziner (36,4 %) (Tsimtsiou *et al.*, 2006).

In der aktuellen Befragung wurde von ca. einem Viertel der Ärzte berichtet, sich sicher bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen (25,8 %) und Störungen der Sexualpräferenz (22,9 %) zu fühlen. In Anbetracht der sehr geringen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu diesen Themen, ist diese Zahl - relativ gesehen - hoch. Einige führten an, sich selbst mittels Literatur zu diesen Themenbereichen weiterzubilden. Ähnliche Ergebnisse wurden auch unter Gynäkologen verzeichnet. Ungefähr ein Drittel fühlte sich wohl bei der Betreuung von transsexuellen Patienten (Unger, 2015).

4.2 Sexualmedizinische Aus- und Weiterbildungssituation

Studium

Etwa die Hälfte der antwortenden Ärzte (57,6 %) in der vorliegenden Studie stimmten der Aussage zu, dass sexuelle Funktionsstörungen im Medizinstudium behandelt wurden. Eine deutlich geringere Anzahl bejahte dies im Zusammenhang mit Geschlechtsidentitäts- und Sexualpräferenzstörungen.

Cedzich und Bosinski berichteten 2010, dass 87 % der befragten Allgemeinmediziner in Deutschland die Informationen zu sexuellen Störungen während ihres Studiums für „nicht ausreichend“ hielten (Cedzich & Bosinski, 2010). In einer 2011 durchgeführten Studie unter 1234 deutschen Gynäkologen verneinten 71,7 % sexualmedizinische Lehrveranstaltungen während des Studiums (Ahrendt & Friedrich, 2011). Daraus wurde gefolgert, dass die meisten deutschen Universitäten ihrer Ausbildungspflicht nicht gerecht werden (Ahrendt & Friedrich, 2011), was Beier 2004 in seinem Artikel „Sexualmedizin als Bestandteil des Medizinstudiums“ ebenfalls beschreibt (Beier *et al.*, 2004). Die Lehre über sexuelle Störungen ist je nach Universität verschieden. Eine Befragung unter Medizinstudenten zweier deutscher Universitäten bestätigte die unzureichende Lehre und den Bedarf an sexualmedizinischen Veranstaltungen während des Studiums (Turner *et al.*, 2014). Sexualmedizin als Lehrfach im Medizinstudium wird nur vereinzelt in Deutschland, z.B. als fakultatives Fach in Berlin, angeboten (Charité - Universitätsmedizin Berlin). Es gibt weltweite Bestrebungen, strukturierte Kurse für Sexualmedizin im Medizinstudium einzuführen (Wagner, 2005), jedoch ist dies in der Praxis noch kaum durchgesetzt. Meist sind die Lehrinhalte auf unterschiedliche Fächer verteilt (Beier *et al.*, 2004), auch in der Approbationsordnung wird dies deutlich (Bundesärztekammer, 2002). Dieser multidisziplinäre Ansatz sexualmedizinischer Lehre im Studium wurde auch in dieser Befragung bestätigt. Das Fach Urologie, gefolgt von Psychiatrie, Psychosomatik und Gynäkologie wurde als häufigste Disziplin genannt, in denen sexualmedizinische Inhalte im Studium unterrichtet werden. Deutsche Gynäkologen nannten in einer 2011 durchgeführten Studie ähnliche Fächer, jedoch in einer anderen Reihenfolge (Gynäkologie > „andere Fächer“ > Psychologie > Psychosomatik > Urologie) (Ahrendt & Friedrich, 2011). Ein Grund hierfür könnte eine Erinnerungsverzerrung aufgrund der gewählten Facharztweiterbildung sein. Dieser interdisziplinäre Charakter der Sexualmedizin im Medizinstudium ist nicht auf Deutschland beschränkt, sondern findet sich

z.B. auch bei Befragungen in Brasilien (Rufino *et al.*, 2014) und Nordamerika (Solursh *et al.*, 2003). Vorlesungen gefolgt von Seminaren wurden als häufigste Formen, Sexualmedizin zu unterrichten, genannt. Dies stimmt mit einer kürzlich veröffentlichten Befragung in Deutschland unter Gynäkologen (Ahrendt & Friedrich, 2011), wie auch einer Befragung außerhalb Deutschlands (Rufino *et al.*, 2014) überein.

Assistenzarzt- und Facharztzeit

Während der Assistenzarztzeit wurde eine regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen zu herkömmlichen Themen der Urologie häufiger bejaht als an Fortbildungen zu weniger alltäglichen Themen. So wurden Fortbildungsveranstaltungen zu sexuellen Funktionsstörungen (34,6 % bis 76,5 %) weit häufiger besucht als Veranstaltungen zu Geschlechtsidentifikationsproblemen (14,2 %) und Störungen der Sexualpräferenz (1,9 %: Frotteurismus bis 3,7 %: Fetischismus). Auch innerhalb der Fortbildungen zu sexuellen Funktionsstörungen zeigt sich diese Tendenz. So wurden herkömmliche Themen der Urologie wie „Sexualität und urologische Operationen“ (76,5 %) und erektile Dysfunktion (74,5 %) häufiger in Fortbildungen behandelt. Weniger oft wurde eine Teilnahme an Veranstaltungen über Orgasmusstörungen (34,6 %) berichtet. Bei insgesamt größerer Teilnahme an Fortbildungen zu sexuellen Störungen in der Facharztzeit, zeigte sich auch hier dieser Trend. Diese Ergebnisse weisen drauf hin, dass Fortbildungsveranstaltungen sich auf geläufige sexuelle Störungen fokussieren und Randthemen, wie Geschlechtsidentifikations- und Sexualpräferenzstörungen eine untergeordnete Rolle spielen. Eine Studie in den USA zeigte, dass 80 % der Assistenzärzte in der Gynäkologie keine ausreichende Ausbildung über die Behandlung transsexueller Patienten erhalten haben (Unger, 2015). Da diese Themen im ärztlichen Alltag nicht häufig vorkommen, sind diese Ergebnisse durchaus schlüssig. Allerdings muss beachtet werden, dass Urologen und Andrologen auch mit selteneren sexuellen Problemen von Männern konfrontiert sind (Ando *et al.*, 2014), wie Geschlechtsidentifikationsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz. In solchen Situationen benötigen die Ärzte ein entsprechendes Basiswissen dieser Störungsbilder, um einerseits solche Störungen zu erkennen und andererseits diesen Patienten Hilfe anzubieten und sie in ein interdisziplinäres Netzwerk einzubinden. Diese Kompetenz sollte in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden.

Sexualmedizinische Fortbildungen wurden meist in Form von Vorlesungen gefolgt von Seminaren besucht. Eine curriculare Ausbildung wurde von einem geringen Prozentsatz angegeben. Diese Zahlen korrelieren mit den Zahlen der bereits erwähnten Studie deutscher Gynäkologen von 2011 (Ahrendt & Friedrich, 2011).

Genug ausgebildet zu sein

Eine entsprechende Ausbildung in der Sexualmedizin ist für urologisch tätige Ärzte wichtig, um keine Probleme beim Ansprechen von Sexualität aufkommen zu lassen und ein offenes Gespräch hierüber zu ermöglichen. Kurse zu diesem Thema sollten sowohl die Arzt-Patienten Kommunikation, als auch die klinischen Fertigkeiten trainieren (Parish & Rubio-Aurioles, 2010). So wurde z.B. festgestellt, dass ein Mangel an Erfahrung in der Behandlung sexueller Probleme ein Prädiktor für Probleme beim Ansprechen von Sexualität ist (Tsimtsiou *et al.*, 2006). Hierbei ist es auch wichtig, dass sich Ärzte für solch eine sexualmedizinische Betreuung ausreichend ausgebildet fühlen, da die selbst wahrgenommene Kompetenz in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt (Alarcão *et al.*, 2012).

In der vorliegenden Befragung stimmten 35,0 % der Ärzte „voll und ganz“ zu, für die Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen ausreichend ausgebildet zu sein. 32,3 % gaben an, sich „überwiegend“ und 16,5 % sich „eher“ hierfür ausgebildet zu fühlen. In Zusammenschau der sehr häufigen Thematisierung sexueller Funktionsstörungen im ärztlichen Alltag in der Urologie (siehe 3.2.1), zeigt sich demnach auch in diesem Bereich ein Aus- bzw. Fortbildungsbedarf. Eine Minderheit fühlte sich ausreichend ausgebildet für die sexualmedizinische Betreuung von Geschlechtsidentitäts- (20,2 %) und Sexualpräferenzstörungen (14,3 %). Die Aussagen „sich genügend ausgebildet“ bzw. sich „sicher“ bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten zu fühlen stehen in engem Verhältnis zueinander, da eine adäquate Ausbildung die Sicherheit im Umgang mit Patienten mit sexuellen Störungen erhöht. Eine etwas höhere Anzahl an Ärzten gab an, sich sicher in Bezug auf eine sexualmedizinische Betreuung von Patienten zu fühlen (siehe 3.2.7). Im Vergleich berichteten Gynäkologen in Deutschland in einer 2011 durchgeführten Studie ähnliche Ergebnisse. 3,8 % der Ärzte fühlten sich „vollkommen“, 48,8 % „in gewissem Maße“ für die sexualmedizinische Betreuung ihrer Patientinnen ausreichend ausgebildet. 47,7 % gaben an, sich hierfür „kaum“ und 8,6 % sich „überhaupt nicht ausreichend ausgebildet“ zu füh-

len. 63,6 % der antwortenden Gynäkologen berichtete, dass diese unzureichende Ausbildung ein Hemmnis für eine sexualmedizinische Tätigkeit sei. (Ahrendt & Friedrich, 2011) In einer Studie unter Ärzten verschiedener Fachrichtungen gab die Mehrheit der Befragten eine unzureichende Kenntnis an, um ihre Patienten nach ihrer sexuellen Orientierung zu fragen. Jedoch waren die meisten Befragten der Meinung, dass dieses Thema häufiger angesprochen werden sollte (Kitts, 2010).

Auch international wird die Aus- und Fortbildungssituation zur sexuellen Gesundheit als inadäquat angesehen (im Überblick: (Parish & Rubio-Aurioles, 2010). In letzter Zeit gibt es vermehrt Bestrebungen, die Qualität der sexualmedizinischen Ausbildung fächer- und länderübergreifend zu verbessern, um eine gute Qualität sexualmedizinischer Betreuung sicher zu stellen (Reisman *et al.*, 2013).

4.3 Fortbildungswünsche

Fortbildungswünsche im Bereich Sexualmedizin bestehen in allen Ausbildungsabschnitten auf dem Weg zum Facharzt. So gaben 77,2 % an, sich sexualmedizinische Veranstaltungen während des Medizinstudiums zu wünschen. Bisher wurde die sexualmedizinische Lehre im Studium als ungenügend angesehen (Cedzich & Bosinski, 2010; Turner *et al.*, 2014). Vor allem während der Assistenzarztzeit (95,2 %) und Facharztzeit (93,2 %) wünscht sich die Mehrzahl der Ärzte Weiterbildungsangebote zu dem Themenbereich Sexualmedizin. Diese Veranstaltungen sollten vor allem die Themen sexuelle Funktionsstörungen, jedoch auch Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz behandeln.

Dieser Wunsch nach weiteren Weiterbildungsangeboten im Bereich Sexualmedizin in Deutschland wurde bereits in Befragungen unter Gynäkologen und Hausärzten deutlich: 81 % der Antwortenden in der Hausarztbefragung von Czech und Bosinski gaben an, sich mehr Weiterbildungsangebote zum Thema Sexualmedizin zu wünschen (Cedzich & Bosinski, 2010). In der Befragung deutscher Gynäkologen gaben 64,1 % an, sich Fortbildungen zu dem Thema sexuelle Funktionsstörungen zu wünschen. Etwa die Hälfte (47,6 %) berichtete, gerne Fortbildungen über den Einfluss von Medikamenten bzw. Operationen auf die Sexualität zu besuchen. Mehr als ein Drittel (37,2 %) wünschte sich Fortbildungen zu Sexualität und chronischen Erkrankungen. Ein Fünftel (20,2 %) bzw. ein Viertelsagte aus,

Fortbildungen im Bereich Paraphilien / Dissexualität bzw. Transsexualität (26,8 %) besuchen zu wollen. (Ahrendt & Friedrich, 2011)

Auch Schweizer Urologen (76 %) und Allgemeinmediziner (92 %) gaben in der Mehrheit einen Bedarf an kontinuierlicher Ausbildung über sexualmedizinische Themen an (Platano *et al.*, 2008). Es gibt international Bestrebungen die Aus- und Weiterbildung im Bereich Sexualmedizin zu verbessern. Ein gutes Beispiel für solche innovativen Ansätze gibt es in Europa: Um einen Standard in der sexualmedizinischen Ausbildung und Versorgung zu setzen, bietet das *Multidisciplinary Joint Committee on Sexual Medicine* zusammen mit der *European Society for Sexual Medicine* Kurse in diesem Bereich an. Durch die Teilnahme an diesen Kursen haben Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen die Möglichkeit, ein Zertifikat in Sexualmedizin zu erwerben (Reisman *et al.*, 2013).

4.4 Geschlechtsspezifische Analyse

Aufgrund der steigenden Anzahl an weiblichen Ärzten, auch im Bereich Urologie (Bundesärztekammer, 2017), wurden die Antworten in Hinsicht auf das Geschlecht des Arztes analysiert. Um die Angaben von männlichen und weiblichen Ärzten zu vergleichen, wurden die Antworten dichotomisiert und mittels Chi-Quadrat Test statistisch ausgewertet.

Männliche Ärzte berichteten signifikant häufiger, dass sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz mindestens einmal pro Woche in ihrem ärztlichen Alltag zur Sprache kommen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass diese Studie den Umgang der Ärzte mit sexuellen Problemen von männlichen Patienten erfragt, weibliche Patienten also nicht berücksichtigt wurden. Gott *et al.* konnte in einer Studie unter Allgemeinmedizinern und Krankenschwestern zeigen, dass es bei Konsultationen aufgrund sexueller Probleme bevorzugt wird, wenn der Arzt bzw. das Pflegepersonal und der Patient das gleiche Geschlecht haben (Gott *et al.*, 2004). Im Gegensatz zur vorliegenden Befragung konnte in einer Umfrage unter deutschen Allgemeinmedizinern kein geschlechtsspezifischer Unterschied zur Häufigkeit des Thematisierens sexueller Probleme bei männlichen Patienten gezeigt werden (Cedzich & Bosinski, 2010).

In Bezug auf den Kontext des Ansprechens der Sexualität zeigte sich jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den Angaben von männlichen und weiblichen Ärzten. Tendenziell gaben männliche Ärzte häufiger an, dass sie auf „Ansprechen des Patienten“ hin diesen

nach sexuellen Funktionsstörungen befragen. So berichteten auch Cedzich und Bosinski, dass männliche Patienten sexuelle Probleme von sich aus häufiger bei männlichen Ärzten ansprechen (Cedzich & Bosinski, 2010). Weibliche Ärzte gaben hingegen tendenziell häufiger den Kontext „Ansprechen durch Sie als Arzt“ an. Studien berichteten, dass weibliche Ärzte häufiger ihre Patienten auf sexuelle Probleme ansprechen (Buddeberg *et al.*, 2007), bzw. Fragen zur Sexualität stellen (Wimberly *et al.*, 2006).

Männliche Ärzte fühlten sich zudem signifikant sicherer und besser ausgebildet für die sexualmedizinische Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz als ihre weiblichen Kollegen. Auch dies könnte ein weiterer Grund für die häufigere Thematisierung sexueller Störungen in ihrem ärztlichen Alltag darstellen. Alarcão *et al.* zeigte, dass die selbst wahrgenommene Kompetenz einen Einfluss auf das Besprechen sexueller Probleme mit männlichen Patienten hat (Alarcão *et al.*, 2012). Entsprechend wurde von männlichen Ärzten auch eine vermehrte Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen in diesen Bereichen angegeben. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen, gaben weibliche Ärzte insgesamt mehr Probleme beim Ansprechen von Sexualität an. Sie berichteten häufiger, dass mangelnde Zeit, eine unterschiedliche Geschlechterkonstellation Arzt und Patient, eine unzureichende Ausbildung und das „Gefühl, der Patient fühle sich unwohl“ für sie ein Problem in diesem Zusammenhang darstellen. Sie berichteten auch häufiger, Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen an spezialisierte Kollegen zu überweisen. Auch De Berardis *et al.* berichteten, dass weibliche Allgemeinmediziner Patienten mit erektiler Dysfunktion eher an Spezialisten überweisen als ihre männlichen Kollegen (De Berardis *et al.*, 2009).

In weiteren Studien unter Ärzten anderer Fachrichtungen wurde ebenfalls gezeigt, dass weibliche Ärzte mehr Probleme im Umgang mit sexuellen Problemen haben (Tsimtsiou *et al.*, 2006), bzw. sich nicht so sicher bei der Betreuung von Patienten mit solchen Problemen fühlen (Alarcão *et al.*, 2012). Burd *et al.* untersuchten 2006 den Einfluss des ärztlichen Geschlechts auf die Erhebung einer Sexualanamnese. Sie fanden heraus, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die Annahme hatte, der Patient fühle sich bei sexuellen Themen unwohl. Jedoch gaben mehr weibliche Ärzte ihr eigenes Unwohlsein bei der Erhebung der Sexualanamnese männlicher Patienten an. (Burd *et al.*, 2006) Dies steht im Gegensatz zu der vorliegenden Studie, in der nur ein geringer Prozentsatz der Ärzte (sowohl männlich als

auch weiblich) angab, sich bei sexuellen Themen unwohl zu fühlen. Andere Studien berichteten, dass das Geschlecht des Arztes keinen Einfluss darauf habe, wie sicher sich die Ärzte im Umgang mit sexuellen Themen fühlten (Cedzich & Bosinski, 2010; Vieira *et al.*, 2015). Alarcão *et al.* zeigten, dass anhand des Geschlechts des Arztes keine Vorhersage von eventuell auftretenden Problemen beim Ansprechen der Sexualität getroffen werden kann (Alarcão *et al.*, 2012).

4.5 Altersspezifische Analyse

Um den Einfluss des Alters des Arztes auf ihre sexualmedizinische Tätigkeit und Weiterbildung zu untersuchen, wurden die Ärzte in vier Altersklassen eingeteilt: <40 Jahre, 40-49 Jahre, 50-59 Jahre und >59 Jahre. Anschließend wurden die dichotomisierten Antworten mittels Chi-Quadrat Test analysiert.

Ältere Ärzte berichteten häufiger, dass sexuelle Funktionsstörungen und Störungen der Sexualpräferenz in ihrem ärztlichen Alltag zur Sprache kommen. Es wurde gezeigt, dass sich eine mehrjährige Berufserfahrung positiv auswirkt, ein Gespräch über sexuelle Themen zu beginnen (Alarcão *et al.*, 2012). Unter 40-jährige gaben entsprechend weniger oft an, ihre Patienten in dem Kontext „Medikamente“ und „auf Ansprechen des Patienten hin“, ihn nach sexuellen Funktionsstörungen zu befragen. Hingegen zeigte sich in einer Studie unter Allgemeinmedizinern kein altersspezifischer Unterschied bei der Erhebung der Sexualanamnese (Wimberly *et al.*, 2006). Ältere Ärzte erheben die Sexualanamnese meist in der normalen Sprechstunde, jüngere Ärzte benutzen hierfür zunehmend spezielle Fragebögen. Ältere Ärzte gaben tendenziell eher an, den Partner in eine sexualmedizinische Beratung miteinzubeziehen und überweisen seltener Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen an spezialisierte Kollegen. Ein Grund hierfür könnte die vermehrte Berufserfahrung älterer Ärzte sein. Es wurde gezeigt, dass mangelnde Erfahrung einen negativen Effekt auf den ärztlichen Umgang mit sexuellen Störungen hat (Tsimtsiou *et al.*, 2006).

Ältere Ärzte berichteten im Vergleich zu ihren jüngeren Kollegen entsprechend mehr über eine Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Sexualmedizin und eine größere Sicherheit bei der Betreuung von Patienten mit sexuellen Störungen (sexuelle Funktionsstörungen / Geschlechtsidentifikationsprobleme / Störungen der Sexualpräferenz). Ent-

sprechend gaben sie insgesamt weniger Probleme an, Sexualität anzusprechen. Demgegenüber zeigte sich in einer deutschen Hausarztbefragung, dass es keinen Unterschied zwischen jüngeren und älteren Ärzten gab, wie sicher sie sich im Umgang mit Patienten mit sexuellen Störungen fühlen (Cedzich & Bosinski, 2010).

Jüngere Ärzte berichteten häufiger, gerne Fortbildungen über generelle Themen der Urologie, erektile Dysfunktion und Sexualität nach Operationen, besuchen zu wollen. Jüngere Ärzte wollen sich demnach zunächst über weit verbreitete Störungen weiterbilden. Dies erscheint in Anbetracht der Häufigkeit dieser Störungen im ärztlichen Alltag und der zumeist geringen Erfahrung jüngerer Ärzte auf dem Gebiet der sexuellen Störungen schlüssig und sinnvoll.

4.6 Limitationen und Ausblick

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes wurde die schriftliche Befragung gewählt. Dies ist ein effektives Mittel, die Meinung einer großen Anzahl an Befragten zu erfassen. Zudem können eventuelle Einflüsse eines Interviewers ausgeschlossen werden. Allerdings findet durch den fehlenden Interviewer die Beantwortung der Fragen unkontrolliert statt. So lässt sich nicht ausschließen, dass einzelne Unterpunkte nicht korrekt ausgefüllt oder ausgelassen werden. Es ist bei dieser Art der Befragung deshalb besonders auf die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten zu achten. (Atteslander, 2010)

In dieser Studie wurde bundesweit ein 5-seitiger Fragebogen an 5955 Urologen und Andrologen zur sexualmedizinischen Tätigkeit sowie Aus- und Fortbildungssituation verschickt. Mit einer Rücklaufquote von 16,0 % erreichte diese Studie eine geringere Quote als vergleichbare Studien in Deutschland. Eine 2011 veröffentlichte Befragung zur Situation der Ausbildung in Sexualmedizin unter Gynäkologen erzielte mit 76 % eine sehr hohe Rücklaufquote, welche sie auf die persönliche Präsenz der Autoren während der Datenerhebung auf Fortbildungsveranstaltungen zurückführten (Ahrendt & Friedrich, 2011). Eine Hausarztbefragung zu sexualmedizinischen Fragestellungen erreichte eine Rücklaufquote von 30,1 %, welche sie durch persönliche telefonische Erinnerung bei einer sehr viel geringeren Anzahl an befragten Hausärzten in der direkten Umgebung erzielten (n=366) (Cedzich & Bosinski, 2010). Gründe für das Nicht-Beantworten könnte eine mangelnde Entschädigung hierfür und keine persönliche Erinnerung zum Ausfüllen des Fragebogens sein, welche bei dieser

Anzahl befragter Urologen (n=5955) schwer umsetzbar ist. Außerdem mussten 50 ausgefüllte Fragebögen für die Auswertung ausgeschlossen werden, da sie von nicht-urologisch tätigen Ärzten stammten. Dies ist bedingt durch das angeschriebene Kollektiv, das aus den Mitgliedern der BDU, DGU und DGA bestand. Darunter befinden sich auch Ärzte, die nicht klinisch tätig sind, bzw. einer anderen Fachrichtung angehören (Mitglieder der DGA).

Ein weiterer zu berücksichtigender Gesichtspunkt ist, dass die auf diesen Fragebogen antwortenden Ärzte wahrscheinlich die Gruppe mit gesteigertem Interesse auf dem Gebiet der Sexualmedizin repräsentieren. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass eine hohe Anzahl der Antwortenden angab, die Zusatzbezeichnung Andrologie erworben zu haben (37,7 %).

Einige Antworten, z.B. auf Fragen, die eine Selbsteinschätzung erfordern (Gefühl der Sicherheit bzw. ausreichend ausgebildet zu sein, Angaben zu Problemen beim Ansprechen von Sexualität) könnten mit einer Tendenz zu sozial erwünschtem Verhalten beantwortet werden (Esser, 1977). Um dies zu vermeiden, erfolgte die Auswertung der Antworten anonymisiert. Hierauf wurden die befragten Ärzte in dem mitverschickten Begleitschreiben ausdrücklich hingewiesen.

In dieser Studie wurden die altersspezifischen Unterschiede untersucht. Eine Unterscheidung nach Berufserfahrung, die mit dem Alter der Ärzte zusammenhängt, wurde nicht vorgenommen. Berufserfahrung ist aufgrund unterschiedlicher ärztlicher Tätigkeiten und eventuellen zwischenzeitlichen Ausfällen eine schwer zu validierende Angabe.

In der Studie wurde auch nach in der Vergangenheit liegenden Veranstaltungen im Bereich Sexualmedizin während des Medizinstudiums, der Assistenzarztzeit und Facharztzeit gefragt. Diese Veranstaltungen liegen für die Befragten teilweise schon lange zurück, sodass es zu Erinnerungsverzerrungen kommen kann.

Künftige Studien zu diesem Thema könnten sich auf Befragungen unter Medizinstudenten bzw. Berufsanfängern beziehen. Hierdurch könnten die aktuellen Ausbildungspunkte im Bereich Sexualmedizin während des Studiums erfasst werden. Ebenso wäre es möglich, Unterschiede zwischen verschiedenen Universitäten aufzudecken. Eine gezielte Befragung erlaube es zusätzlich, Fortbildungen zu diesem Thema in den verschiedenen Abschnitten der ärztlichen Ausbildung bedarfsgerecht und nach den Wünschen der Ärzte anzupassen, um somit die Ausbildung in der Sexualmedizin zu verbessern.

Der interdisziplinäre Ansatz der Sexualmedizin legt Studien auch unter anderen Fachbereichen zu diesem Thema nahe. So gibt es bereits Befragungen unter Hausärzten sowie Gynäkologen innerhalb Deutschlands. Ebenso interessant wäre eine Studie unter Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Andrologie, die von Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen erworben werden kann. In der vorliegenden Befragung gaben mehr als ein Drittel an, die Zusatzbezeichnung Andrologie zu tragen. Diese hohe Anzahl gibt einen Hinweis darauf, dass dies die Personengruppe mit besonderem Interesse an Sexualmedizin ist.

Um die Ergebnisse auch international zu vergleichen, wären weitere Studien zu diesem Thema auch außerhalb Deutschlands wünschenswert.

5 Zusammenfassung

In der aktuellen Studie wurden Ärzte/-innen, die in der Urologie tätig sind, mittels eines 5-seitigen Fragebogens zu ihrer sexualmedizinischen Tätigkeit im ärztlichen Alltag sowie Problemen diesbezüglich befragt. Zudem wurde die Aus- und Weiterbildungssituation zu diesem Thema und hierauf bezogene Fortbildungswünsche evaluiert.

Die Befragung zeigte, dass sexuelle Funktionsstörungen häufig Thema im urologischen Alltag sind. Ärzte/-innen sind jedoch auch mit Geschlechtsidentifikationsproblemen und Störungen der Sexualpräferenz konfrontiert.

Hierbei wird die Sexualanamnese meist in der normalen Sprechstunde erhoben. Etwa die Hälfte der Ärzte erhebt die Anamnese mittels Fragebogen, etwa ein Viertel hat hierzu eine gesonderte Sprechstunde. Der Partner wird von weniger als der Hälfte miteinbezogen.

Die Mehrheit der Befragten berichtete, sich sicher bzw. genügend ausgebildet bei der Betreuung von Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen zu fühlen. Weit weniger Befragte stimmten dieser Aussage in Bezug auf Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz zu. Männliche Kollegen zeigten sich hierbei selbstbewusster. Hingegen berichteten Ärztinnen von einer höheren Überweisungsrate von Patienten mit sexuellen Problemen.

Im Medizinstudium wird Sexualmedizin laut Aussagen der Befragten wenig behandelt, obwohl sich die Inhalte in den verschiedenen Fächern wiederholen müssten. Während der Assistenzarzt- und Facharztzeit wurden Fortbildungen zum Thema sexuelle Funktionsstörungen häufiger besucht, Weiterbildungen zum Thema Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz hingegen deutlich seltener.

Als Hauptproblem beim Ansprechen der Sexualität wurde mangelnde Zeit, gefolgt von unzureichender Vergütung, fehlender Notwendigkeit, unzureichender Ausbildung und das Gefühl, der Patient fühle sich unwohl, gesehen. Ein unterschiedliches Geschlecht zwischen Arzt und Patient und das eigene Unwohlsein wurden seltener genannt. Insgesamt gaben Ärztinnen häufiger Probleme in diesem Zusammenhang an. Eine Ausnahme stellt die mangelnde Vergütung dar, die männliche Kollegen öfters signifikant öfters aufführten.

Es wurde ein großer Fortbildungswunsch im Bereich sexuelle Funktionsstörungen, jedoch auch im Bereich Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz geäußert. Ärztinnen gaben hierbei öfters einen Fortbildungswunsch an als ihre männlichen Kollegen. Dieser Fortbildungswunsch besteht in allen Abschnitten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen den Bedarf und Wunsch nach Fortbildung im Bereich der Sexualmedizin, wobei auch seltene Störungen (Geschlechtsidentifikationsprobleme sowie Störungen der Sexualpräferenz) verstärkt thematisiert werden sollten. Zukünftig könnte dies dazu beitragen, dass bei Ärzte/-innen Unsicherheiten bzw. Probleme bezüglich bestimmter Bereiche der Sexualmedizin weniger stark ausgeprägt sind. Eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung würde so zu einer qualitativ hochwertigeren Betreuung von Patienten mit sexuellen Störungen führen, die dem Patientenwohl zu Gute kommt.

6 Anhang

6.1 Tabellen - Sexualmedizinische Tätigkeit

Tabelle 7: Häufigkeiten der Thematisierung sexualmedizinischer Themen im ärztlichen Alltag nach Alter / Geschlecht des Arztes

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie oft kommen die jeweiligen sexualmedizinischen Themen in Ihrem ärztlichen Alltag durchschnittlich zur Sprache?“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „< 1x pro Woche“, die letzten drei als „≥ 1x pro Woche“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| < 1x pro Woche | 24,1 (171) | 38,6 (73) | 55,9 (118) | 23,6 (64) | 15,2 (43) | 15,9 (20) |
| ≥ 1x pro Woche | 75,9 (538) | 61,4 (116) | 44,1 (93) | 76,4 (207) | 84,8 (240) | 84,1 (106) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| < 1x pro Woche | 88,8 (619) | 92,4 (171) | 89,5 (187) | 91,8 (246) | 87,7 (243) | 89,3 (108) |
| ≥ 1x pro Woche | 11,2 (78) | 7,6 (14) | 10,5 (22) | 8,2 (22) | 12,3 (34) | 10,7 (13) |
| P-Wert | 0,152 | | 0,486 | | | |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| < 1x pro Woche | 85,8 (591) | 91,9 (170) | 93,3 (195) | 87,1 (230) | 83,3 (229) | 84,9 (101) |
| ≥ 1x pro Woche | 14,2 (98) | 8,1 (15) | 6,7 (14) | 12,9 (34) | 16,7 (46) | 15,1 (18) |
| P-Wert | 0,028 | | 0,010 | | | |

Tabelle 8: Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „In welchem Kontext fragen Sie Ihre Patienten nach sexuellen Funktionsstörungen?“

| | Trifft über- haupt nicht zu | | Trifft über- wiegend nicht zu | | Trifft eher nicht zu | | Trifft eher zu | | Trifft über- wiegend zu | | Trifft voll und ganz zu | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) |
| Ansprechen durch den Patienten | 0,7 | (6) | 4,4 | (40) | 9,0 | (81) | 26,5 | (238) | 35,6 | (320) | 23,8 | (214) |
| Ansprechen durch Sie als Arzt | 1,3 | (12) | 6,0 | (54) | 17,1 | (153) | 29,5 | (265) | 26,9 | (241) | 19,2 | (172) |
| Weitere Erkrankung | 0,8 | (7) | 3,3 | (30) | 5,4 | (48) | 32,8 | (294) | 36,7 | (329) | 21,0 | (188) |
| Voroperationen | 1,2 | (11) | 5,5 | (49) | 6,3 | (56) | 28,0 | (250) | 36,0 | (322) | 23,0 | (206) |
| Medikamente | 3,3 | (29) | 13,0 | (116) | 20,5 | (183) | 32,0 | (285) | 21,4 | (191) | 9,8 | (87) |

Tabelle 9: *Ansprechen sexueller Funktionsstörungen - Kontext nach Alter / Geschlecht des Arztes*

Verteilung der Antworten auf die Frage: „In welchem Kontext fragen Sie Ihre Patienten nach sexuellen Funktionsstörungen?“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Ansprechen durch den Patienten | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 13,3 (94) | 17,1 (32) | 24,2 (51) | 12,6 (34) | 9,5 (27) | 12,2 (15) |
| Trifft zu | 86,7 (613) | 82,9 (155) | 75,8 (160) | 87,4 (236) | 90,5 (256) | 87,8 (108) |
| P-Wert | 0,182 | | <0,001 | | | |
| Ansprechen durch Sie als Arzt | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 25,3 (178) | 21,3 (40) | 24,2 (51) | 20,4 (55) | 26,7 (75) | 29,0 (36) |
| Trifft zu | 74,7 (526) | 78,7 (148) | 75,8 (160) | 79,6 (214) | 73,3 (206) | 71,0 (88) |
| P-Wert | 0,256 | | 0,212 | | | |
| Weitere Erkrankung | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 9,9 (70) | 7,5 (14) | 8,6 (18) | 7,4 (20) | 10,3 (29) | 12,9 (16) |
| Trifft zu | 90,1 (634) | 92,5 (173) | 91,4 (192) | 92,6 (249) | 89,7 (252) | 87,1 (108) |
| P-Wert | 0,307 | | 0,326 | | | |
| Voroperationen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 12,4 (87) | 15,6 (29) | 17,2 (36) | 12,3 (33) | 11,4 (32) | 11,3 (14) |
| Trifft zu | 87,6 (616) | 84,4 (157) | 82,8 (173) | 87,7 (235) | 88,6 (249) | 88,7 (110) |
| P-Wert | 0,247 | | 0,225 | | | |
| Medikamente | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 37,3 (261) | 34,9 (65) | 47,8 (100) | 34,5 (92) | 36,4 (102) | 26,0 (32) |
| Trifft zu | 62,7 (439) | 65,1 (121) | 52,2 (109) | 65,5 (175) | 63,6 (178) | 74,0 (91) |
| P-Wert | 0,557 | | <0,001 | | | |

Tabelle 10: *Erhebung Sexualanamnese*

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Wie erheben Sie bei Ihren Patienten eine Sexualanamnese?“

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|--|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Fragebogen | 29,3 (260) | 9,4 (83) | 11,5 (102) | 13,9 (123) | 19,3 (171) | 16,7 (148) |
| Anamnestisch in nor- maler Sprechstunde | 2,6 (23) | 3,4 (30) | 5,6 (50) | 14,5 (130) | 33,1 (296) | 40,8 (365) |
| Anamnestisch in ges. Sprechstunde | 54,2 (478) | 10,5 (93) | 7,5 (66) | 5,6 (49) | 9,4 (83) | 12,8 (113) |

Tabelle 11: Erhebung Sexualanamnese nach Alter / Geschlecht des Arztes

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie erheben Sie bei Ihren Patienten eine Sexualanamnese?“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Fragebogen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 51,5 (359) | 44,9 (83) | 38,6 (81) | 49,6 (132) | 55,4 (154) | 59,5 (72) |
| Trifft zu | 48,5 (338) | 55,1 (102) | 61,4 (129) | 50,4 (134) | 44,6 (124) | 40,5 (49) |
| P-Wert | 0,108 | | <0,001 | | | |
| Anamnestisch in normaler Sprechstunde | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 11,0 (77) | 14,0 (26) | 20,1 (42) | 12,4 (33) | 6,0 (17) | 8,9 (11) |
| Trifft zu | 89,0 (626) | 86,0 (160) | 79,9 (167) | 87,6 (234) | 94,0 (265) | 91,1 (113) |
| P-Wert | 0,252 | | <0,001 | | | |
| Anamnestisch in ges. Sprechstunde | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 71,9 (498) | 74,1 (137) | 68,6 (142) | 74,0 (196) | 74,5 (205) | 69,1 (85) |
| Trifft zu | 28,1 (195) | 25,9 (48) | 31,4 (65) | 26,0 (69) | 25,5 (70) | 30,9 (38) |
| P-Wert | 0,554 | | 0,379 | | | |

Tabelle 12: Überweisungen an spezialisierte Kollegen/-innen

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Patienten mit folgenden sexualmedizinischen Problemen überweise ich an spezialisierte Kollegen/-innen.“

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|------------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Sexuelle Funktionsstörungen | 45,9 (410) | 28,7 (257) | 13,0 (116) | 5,7 (51) | 3,9 (35) | 2,8 (25) |
| Geschlechtsidentifikationsprobleme | 12,0 (106) | 3,5 (31) | 2,3 (20) | 9,7 (86) | 19,4 (171) | 53,1 (469) |
| Störungen der Sexualpräferenz | 13,2 (116) | 3,9 (34) | 4,7 (41) | 10,4 (91) | 19,3 (169) | 48,6 (426) |

Tabelle 13: Überweisungen an spezialisierte Kollegen nach Alter / Geschlecht des Arztes

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Patienten mit folgenden sexualmedizinischen Problemen überweise ich an spezialisierte Kollegen/-innen“, unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 90,6 (636) | 76,5 (143) | 74,8 (157) | 92,1 (245) | 90,8 (257) | 91,9 (113) |
| Trifft zu | 9,4 (66) | 23,5 (44) | 25,2 (53) | 7,9 (21) | 9,2 (26) | 8,1 (10) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 19,0 (132) | 13,0 (24) | 22,8 (47) | 14,7 (39) | 14,7 (41) | 23,1 (28) |
| Trifft zu | 81,0 (562) | 87,0 (160) | 77,2 (159) | 85,3 (227) | 85,3 (237) | 76,9 (93) |
| P-Wert | 0,059 | | 0,024 | | | |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 23,3 (160) | 16,3 (30) | 23,8 (49) | 19,2 (51) | 20,7 (57) | 26,3 (31) |
| Trifft zu | 76,7 (528) | 83,7 (154) | 76,2 (157) | 80,8 (215) | 79,3 (218) | 73,7 (87) |
| P-Wert | 0,043 | | 0,372 | | | |

Tabelle 14: Probleme beim Ansprechen der Sexualität

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Was sind für Sie Probleme beim Ansprechen der Sexualität im klinischen Alltag?“

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|-----------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Mangelnde Zeit | 13,5 (120) | 12,4 (110) | 13,1 (117) | 30,9 (275) | 21,6 (192) | 8,5 (76) |
| Ungenügende Vergütung | 29,4 (260) | 14,0 (124) | 14,1 (125) | 15,1 (134) | 15,1 (134) | 12,2 (108) |
| Fehlende Notwendigkeit | 35,2 (311) | 18,9 (167) | 16,0 (141) | 16,5 (146) | 11,3 (100) | 2,0 (18) |
| Gefühl, Patient fühlt sich unwohl | 26,1 (232) | 31,2 (277) | 21,8 (194) | 17,3 (154) | 3,0 (27) | 0,6 (5) |
| Unzureichende Ausbildung | 39,6 (352) | 21,0 (187) | 18,5 (165) | 13,6 (121) | 5,6 (50) | 1,7 (15) |
| Unterschiedliches Geschlecht | 56,2 (500) | 21,9 (195) | 13,2 (117) | 6,7 (60) | 1,8 (16) | 0,1 (1) |
| Arzt-Patient | | | | | | |
| Arzt fühlt sich unwohl | 63,1 (561) | 23,4 (208) | 10,0 (89) | 2,7 (24) | 0,8 (7) | 0,0 (0) |

Tabelle 15: *Einbeziehen des Partners /Partnerin*

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Ich binde in eine sexualmedizinische Beratung regelmäßig den Partner mit ein.“

| | Trifft über- haupt nicht zu | | Trifft über- wiegend nicht zu | | Trifft eher nicht zu | | Trifft eher zu | | Trifft über- wiegend zu | | Trifft voll und ganz zu | |
|-----------------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|------|
| | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) |
| Einbeziehen des Partners | 6,8 | (60) | 20,0 | (177) | 29,8 | (263) | 28,5 | (252) | 12,0 | (106) | 2,8 | (25) |

Tabelle 16: *Einbeziehung des Partners / Partnerin nach Alter / Geschlecht des Arztes*

Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Ich binde in eine sexualmedizinische Beratung regelmäßig den Partner mit ein.“ unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Einbeziehen des Partners | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 56,0 (390) | 58,2 (106) | 61,8 (128) | 59,6 (159) | 48,7 (135) | 59,0 (72) |
| Trifft zu | 44,0 (306) | 41,8 (76) | 38,2 (79) | 40,4 (108) | 51,3 (142) | 41,0 (50) |
| P-Wert | 0,593 | | 0,015 | | | |

Tabelle 17: *Gefühl der Sicherheit bei der sexualmedizinischen Betreuung von Patienten*

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Aussage: „Ich fühle mich sicher bei der medizinischen Betreuung von Patienten mit...“

| | Trifft über- haupt nicht zu | | Trifft über- wiegend nicht zu | | Trifft eher nicht zu | | Trifft eher zu | | Trifft über- wiegend zu | | Trifft voll und ganz zu | |
|---|-----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
| | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) | % | (n) |
| Sexuelle Funktionsstörungen | 2,8 | (25) | 3,1 | (28) | 5,1 | (45) | 13,4 | (119) | 36,9 | (328) | 38,8 | (345) |
| Geschlechtsidentifi- kationsprobleme | 28,7 | (254) | 28,1 | (249) | 17,4 | (154) | 11,8 | (104) | 8,1 | (72) | 5,9 | (52) |
| Störungen der Sexualpräferenz | 32,4 | (287) | 29,2 | (259) | 15,5 | (137) | 9,4 | (83) | 8,1 | (72) | 5,4 | (48) |

6.2 Tabellen - Sexualmedizinische Aus- und Weiterbildungssituation

Tabelle 18: Fortbildungen Studium

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Fragen nach der Ausbildung in Sexualmedizin während des Studiums: „In welcher Form wurde Sexualmedizin während Ihres Studium gelehrt?“ - „Welche Themen wurden während Ihres Studiums behandelt?“ - „In welchem Fach wurde Sexualmedizin in Ihrem Studium gelehrt?“ (Schloegl *et al.*, 2017)

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|---|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Form | | | | | | |
| Vorlesungen | 31,5 (263) | 16,4 (137) | 11,7 (98) | 19,4 (162) | 10,8 (90) | 10,2 (85) |
| Seminare | 52,3 (437) | 16,9 (141) | 10,8 (90) | 9,2 (77) | 5,5 (46) | 5,3 (44) |
| Bedside-Teaching | 77,8 (650) | 10,5 (88) | 4,8 (40) | 2,8 (23) | 2,0 (17) | 2,0 (17) |
| Thema | | | | | | |
| Sexuelle Funktionsstörungen | 15,2 (127) | 15,1 (126) | 12,1 (101) | 25,7 (215) | 20,4 (170) | 11,5 (96) |
| Geschlechtsidentifi- kationsprobleme | 27,7 (231) | 23,8 (199) | 17,4 (145) | 18,4 (154) | 8,0 (67) | 4,7 (39) |
| Störungen der Sexualpräferenz | 36,3 (303) | 26,3 (220) | 16,0 (134) | 12,2 (102) | 5,3 (44) | 3,8 (32) |
| Fach | | | | | | |
| Urologie | 19,3 (157) | 9,4 (77) | 7,1 (58) | 31,5 (257) | 20,5 (167) | 12,1 (99) |
| Psychiatrie | 25,4 (197) | 12,8 (99) | 12,0 (93) | 27,6 (214) | 14,6 (113) | 7,6 (59) |
| Psychosomatik | 30,2 (231) | 11,4 (87) | 10,6 (81) | 26,3 (201) | 13,9 (106) | 7,7 (59) |
| Gynäkologie | 38,9 (304) | 12,4 (97) | 9,7 (76) | 24,4 (191) | 10,1 (79) | 4,5 (35) |
| Rechtsmedizin | 53,9 (412) | 15,6 (119) | 11,6 (89) | 12,2 (93) | 4,6 (35) | 2,1 (16) |
| Dermatologie | 55,2 (421) | 14,5 (111) | 11,8 (90) | 12,8 (98) | 3,7 (28) | 2,0 (15) |
| Pädiatrie | 65,6 (506) | 13,4 (103) | 9,1 (70) | 7,8 (60) | 2,7 (21) | 1,4 (11) |
| Pharmakologie | 68,6 (526) | 13,8 (106) | 8,9 (68) | 5,9 (45) | 1,7 (13) | 1,2 (9) |
| Allgemeinmedizin | 78,2 (594) | 12,9 (98) | 6,8 (52) | 1,7 (13) | 0,3 (2) | 0,1 (1) |
| Innere Medizin | 77,2 (589) | 14,0 (107) | 7,2 (55) | 1,2 (9) | 0,3 (2) | 0,1 (1) |

Tabelle 19: *Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit*

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Assistenzarztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|---|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| Libidoverlust | 27,6 (240) | 10,1 (88) | 9,6 (83) | 18,5 (161) | 18,8 (163) | 15,3 (133) |
| Erektile Dysfunktion | 17,1 (152) | 4,3 (38) | 4,2 (37) | 17,1 (152) | 26,2 (233) | 31,3 (279) |
| Ejaculatio praecox | 23,4 (208) | 9,0 (80) | 9,1 (81) | 19,2 (170) | 20,9 (185) | 18,4 (163) |
| Orgasmusstörung | 34,8 (307) | 13,4 (118) | 17,1 (151) | 11,1 (98) | 12,5 (110) | 11,0 (97) |
| Genitale Schmerzen | 26,5 (233) | 8,7 (76) | 9,9 (87) | 17,9 (157) | 21,6 (190) | 15,4 (135) |
| Sexualität und Medi- kamente | 23,0 (203) | 7,1 (63) | 10,5 (93) | 20,1 (178) | 24,4 (216) | 14,8 (131) |
| Sexualität und urol. Operationen | 15,7 (140) | 4,2 (37) | 3,6 (32) | 17,1 (152) | 30,2 (269) | 29,3 (261) |
| Sexualität bei Vorer- krankungen | 21,7 (191) | 8,8 (77) | 9,0 (79) | 20,7 (182) | 25,5 (224) | 14,3 (126) |
| Geschlechtsidentifikationsprobleme | | | | | | |
| Geschlechtsidentifi- kationsprobleme | 49,8 (441) | 22,5 (199) | 13,4 (119) | 7,7 (68) | 1,9 (17) | 4,6 (41) |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Fetischismus | 77,6 (686) | 14,7 (130) | 4,0 (35) | 2,5 (22) | 0,6 (5) | 0,7 (6) |
| Fetischistischer Transvestitismus | 78,8 (698) | 14,1 (125) | 3,5 (31) | 2,1 (19) | 0,8 (7) | 0,7 (6) |
| Exhibitionismus | 79,0 (698) | 14,0 (124) | 4,2 (37) | 1,9 (17) | 0,6 (5) | 0,3 (3) |
| Voyeurismus | 79,3 (701) | 13,6 (120) | 4,2 (37) | 2,0 (18) | 0,6 (5) | 0,3 (3) |
| Pädophilie | 79,1 (700) | 13,6 (120) | 3,7 (33) | 2,1 (19) | 0,9 (8) | 0,6 (5) |
| Sadomasochismus | 80,3 (710) | 13,0 (115) | 3,8 (34) | 1,6 (14) | 0,7 (6) | 0,6 (5) |
| Frotteurismus | 81,7 (721) | 12,8 (113) | 3,5 (31) | 1,1 (10) | 0,6 (5) | 0,2 (2) |

Tabelle 20: Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Sexuelle Funktionsstörungen

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Assistenzarztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Libidoverlust | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 43,3 (293) | 62,9 (117) | 58,9 (122) | 36,6 (96) | 47,4 (129) | 50,4 (58) |
| Trifft zu | 56,7 (384) | 37,1 (69) | 41,1 (85) | 63,4 (166) | 52,6 (143) | 49,6 (57) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Erektile Dysfunktion | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 21,9 (153) | 39,0 (73) | 36,2 (76) | 17,5 (47) | 23,7 (66) | 27,0 (33) |
| Trifft zu | 78,1 (546) | 61,0 (114) | 63,8 (134) | 82,5 (222) | 76,3 (212) | 73,0 (89) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Ejaculatio praecox | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 37,1 (258) | 59,1 (110) | 57,3 (121) | 31,7 (85) | 39,6 (109) | 38,0 (46) |
| Trifft zu | 62,9 (438) | 40,9 (76) | 42,7 (90) | 68,3 (183) | 60,4 (166) | 62,0 (75) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Orgasmusstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 61,4 (423) | 80,2 (150) | 82,5 (174) | 56,8 (151) | 63,5 (174) | 58,5 (69) |
| Trifft zu | 38,6 (266) | 19,8 (37) | 17,5 (37) | 43,2 (115) | 36,5 (100) | 41,5 (49) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Genitale Schmerzen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 41,3 (284) | 60,0 (111) | 63,0 (133) | 37,9 (100) | 41,9 (114) | 37,8 (45) |
| Trifft zu | 58,7 (404) | 40,0 (74) | 37,0 (78) | 62,1 (164) | 58,1 (158) | 62,2 (74) |
| P-Wert | <0,001 | | <0,001 | | | |
| Sexualität und Medikamente | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 38,0 (264) | 50,3 (93) | 52,1 (110) | 32,5 (86) | 38,0 (105) | 43,3 (52) |
| Trifft zu | 62,0 (430) | 49,7 (92) | 47,9 (101) | 67,5 (179) | 62,0 (171) | 56,7 (68) |
| P-Wert | 0,003 | | <0,001 | | | |
| Sexualität und urologische Ops | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 21,5 (150) | 31,6 (59) | 34,6 (73) | 17,5 (47) | 21,9 (61) | 21,5 (26) |
| Trifft zu | 78,5 (549) | 68,4 (128) | 65,4 (138) | 82,5 (221) | 78,1 (218) | 78,5 (95) |
| P-Wert | 0,004 | | <0,001 | | | |
| Sexualität bei Vorerkrankungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 38,0 (261) | 44,9 (84) | 55,7 (117) | 32,1 (85) | 35,6 (98) | 35,9 (42) |
| Trifft zu | 62,0 (426) | 55,1 (103) | 44,3 (93) | 67,9 (180) | 64,4 (177) | 64,1 (75) |
| P-Wert | 0,086 | | <0,001 | | | |

Tabelle 21: Besuchte Fortbildungen Assistenzarztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer Assistenzarztzeit sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 85,2 (592) | 88,1 (163) | 92,4 (194) | 87,3 (233) | 82,2 (227) | 80,0 (96) |
| Trifft zu | 14,8 (103) | 11,9 (22) | 7,6 (16) | 12,7 (34) | 17,8 (49) | 20,0 (24) |
| P-Wert | 0,311 | | 0,003 | | | |
| Fetischismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,0 (665) | 97,3 (181) | 98,6 (208) | 97,4 (258) | 94,9 (262) | 92,5 (111) |
| Trifft zu | 4,0 (28) | 2,7 (5) | 1,4 (3) | 2,6 (7) | 5,1 (14) | 7,5 (9) |
| P-Wert | 0,389 | | 0,019 | | | |
| Fetischistischer Transvestitismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,1 (668) | 97,3 (181) | 99,1 (209) | 97,7 (260) | 94,9 (263) | 91,7 (110) |
| Trifft zu | 3,9 (27) | 2,7 (5) | 0,9 (2) | 2,3 (6) | 5,1 (14) | 8,3 (10) |
| P-Wert | 0,438 | | 0,002 | | | |
| Exhibitionismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,7 (671) | 98,9 (183) | 99,1 (209) | 98,1 (261) | 96,0 (264) | 94,2 (113) |
| Trifft zu | 3,3 (23) | 1,1 (2) | 0,9 (2) | 1,9 (5) | 4,0 (11) | 5,8 (7) |
| P-Wert | 0,105 | | 0,032 | | | |
| Voyeurismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,8 (671) | 97,8 (182) | 99,1 (209) | 98,1 (261) | 96,0 (264) | 93,3 (112) |
| Trifft zu | 3,2 (22) | 2,2 (4) | 0,9 (2) | 1,9 (5) | 4,0 (11) | 6,7 (8) |
| P-Wert | 0,464 | | 0,013 | | | |
| Pädophilie | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 95,8 (665) | 98,4 (183) | 98,6 (208) | 97,0 (258) | 95,3 (263) | 93,3 (112) |
| Trifft zu | 4,2 (29) | 1,6 (3) | 1,4 (3) | 3,0 (8) | 4,7 (13) | 6,7 (8) |
| P-Wert | 0,097 | | 0,064 | | | |
| Sadomasochismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 96,8 (671) | 98,4 (183) | 99,1 (209) | 98,1 (261) | 96,0 (265) | 94,1 (112) |
| Trifft zu | 3,2 (22) | 1,6 (3) | 0,9 (2) | 1,9 (5) | 4,0 (11) | 5,9 (7) |
| P-Wert | 0,255 | | 0,031 | | | |
| Frotteurismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 97,7 (675) | 99,5 (185) | 99,1 (209) | 98,1 (260) | 98,2 (270) | 95,8 (114) |
| Trifft zu | 2,3 (16) | 0,5 (1) | 0,9 (2) | 1,9 (5) | 1,8 (5) | 4,2 (5) |
| P-Wert | 0,119 | | 0,232 | | | |

Tabelle 22: *Besuchte Fortbildungen Facharztzeit*

Prozentuale Verteilung der Antworten bei sechs Antwortmöglichkeiten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Facharztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“

| | Trifft über- haupt nicht zu % (n) | Trifft über- wiegend nicht zu % (n) | Trifft eher nicht zu % (n) | Trifft eher zu % (n) | Trifft über- wiegend zu % (n) | Trifft voll und ganz zu % (n) |
|---|--|--|----------------------------------|----------------------------|--|--|
| Sexuelle Funktionsstörungen | | | | | | |
| Libidoverlust | 10,8 (82) | 7,0 (53) | 6,7 (51) | 21,4 (163) | 24,6 (187) | 29,5 (224) |
| Erektile Dysfunktion | 6,2 (48) | 1,8 (14) | 2,5 (19) | 17,3 (133) | 28,3 (218) | 43,9 (338) |
| Ejaculatio praecox | 9,0 (69) | 3,9 (30) | 6,3 (48) | 21,0 (161) | 27,8 (213) | 32,0 (245) |
| Orgasmusstörung | 16,1 (122) | 10,2 (77) | 11,7 (89) | 18,1 (137) | 21,5 (163) | 22,4 (170) |
| Genitale Schmerzen | 13,1 (99) | 6,2 (47) | 10,6 (80) | 19,0 (143) | 26,5 (200) | 24,5 (185) |
| Sexualität und Medikamente | 10,2 (78) | 5,0 (38) | 9,6 (73) | 20,5 (156) | 27,3 (208) | 27,3 (208) |
| Sexualität und urol. Operationen | 7,4 (57) | 2,3 (18) | 4,0 (31) | 18,7 (143) | 28,7 (220) | 38,8 (297) |
| Sexualität bei Vorerkrankungen | 11,4 (87) | 5,0 (38) | 10,1 (77) | 20,8 (159) | 25,8 (197) | 26,9 (205) |
| Geschlechtsidentifikationsprobleme | | | | | | |
| Geschlechtsidentifi- kationsprobleme | 41,9 (319) | 21,6 (164) | 14,2 (108) | 9,5 (72) | 5,4 (41) | 7,5 (57) |
| Störungen der Sexualpräferenz | | | | | | |
| Fetischismus | 71,8 (548) | 14,4 (110) | 6,3 (48) | 3,5 (27) | 1,4 (11) | 2,5 (19) |
| Fetischistischer Transvestitismus | 72,9 (556) | 13,9 (106) | 6,2 (47) | 2,6 (20) | 2,1 (16) | 2,4 (18) |
| Exhibitionismus | 74,4 (567) | 13,4 (102) | 5,5 (42) | 3,0 (23) | 1,6 (12) | 2,1 (16) |
| Voyeurismus | 75,0 (571) | 13,1 (100) | 5,5 (42) | 2,8 (21) | 1,4 (11) | 2,1 (16) |
| Pädophilie | 74,1 (564) | 13,5 (103) | 5,7 (43) | 2,6 (20) | 1,6 (12) | 2,5 (19) |
| Sadomasochismus | 75,0 (571) | 12,9 (98) | 5,1 (39) | 2,8 (21) | 1,8 (14) | 2,4 (18) |
| Frotteurismus | 76,4 (581) | 12,6 (96) | 5,1 (39) | 2,1 (16) | 1,7 (13) | 2,0 (15) |

Tabelle 23: Besuchte Fortbildungen Facharztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes.
Thema: Sexuelle Funktionsstörungen

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Facharztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ unterteilt nach Alter und Geschlecht. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Libidoverlust | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 22,5 (143) | 33,9 (41) | 38,3 (36) | 20,5 (53) | 22,5 (62) | 25,8 (31) |
| Trifft zu | 77,5 (492) | 66,1 (80) | 61,7 (58) | 79,5 (206) | 77,5 (214) | 74,2 (89) |
| P-Wert | 0,008 | | 0,005 | | | |
| Erektile Dysfunktion | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 9,0 (58) | 17,9 (22) | 22,9 (22) | 7,7 (20) | 9,3 (26) | 8,9 (11) |
| Trifft zu | 91,0 (585) | 82,1 (101) | 77,1 (74) | 92,3 (240) | 90,7 (254) | 91,1 (112) |
| P-Wert | 0,003 | | <0,001 | | | |
| Ejaculatio praecox | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 17,5 (112) | 26,8 (33) | 32,3 (31) | 17,1 (44) | 16,8 (47) | 17,2 (21) |
| Trifft zu | 82,5 (527) | 73,2 (90) | 67,7 (65) | 82,9 (214) | 83,2 (232) | 82,8 (101) |
| P-Wert | 0,016 | | 0,005 | | | |
| Orgasmusstörungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 36,0 (227) | 48,0 (59) | 56,4 (53) | 35,5 (92) | 36,6 (100) | 30,6 (37) |
| Trifft zu | 64,0 (404) | 52,0 (64) | 43,6 (41) | 64,5 (167) | 63,4 (173) | 69,4 (84) |
| P-Wert | 0,012 | | <0,001 | | | |
| Genitale Schmerzen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 28,1 (177) | 39,7 (48) | 50,5 (48) | 29,0 (74) | 26,3 (72) | 22,7 (27) |
| Trifft zu | 71,9 (452) | 60,3 (73) | 49,5 (47) | 70,1 (181) | 73,7 (202) | 77,3 (92) |
| P-Wert | 0,011 | | <0,001 | | | |
| Sexualität und Medikamente | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 22,8 (145) | 34,4 (42) | 42,1 (40) | 22,1 (57) | 23,5 (65) | 19,2 (23) |
| Trifft zu | 77,2 (490) | 65,6 (80) | 57,9 (55) | 77,9 (201) | 76,5 (212) | 80,8 (97) |
| P-Wert | 0,007 | | <0,001 | | | |
| Sexualität und urologische Ops | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 12,3 (79) | 21,5 (26) | 24,0 (23) | 12,4 (32) | 11,5 (32) | 14,8 (18) |
| Trifft zu | 87,7 (562) | 78,5 (95) | 76,0 (73) | 87,6 (226) | 88,5 (247) | 85,2 (104) |
| P-Wert | 0,007 | | 0,018 | | | |
| Sexualität bei Vorerkrankungen | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 25,9 (165) | 28,7 (35) | 39,6 (38) | 24,0 (62) | 23,8 (66) | 25,6 (31) |
| Trifft zu | 74,1 (472) | 71,3 (87) | 60,4 (58) | 76,0 (196) | 76,2 (211) | 74,4 (90) |
| P-Wert | 0,522 | | 0,016 | | | |

Tabelle 24: Besuchte Fortbildungen Facharztzeit nach Alter / Geschlecht des Arztes. Thema: Geschlechtsidentifikationsprobleme und Störungen der Sexualpräferenz

Verteilung der Antworten auf die Frage: „Auf welchem Gebiet haben Sie regelmäßig während Ihrer **Facharztzeit** sexualmedizinische Fortbildungen wahrgenommen?“ unterteilt nach Alter und Geschlecht des Arztes. Die ersten drei Antwortmöglichkeiten wurden als „trifft nicht zu“, die letzten drei als „trifft zu“ zusammengefasst.

| | Geschlecht | | Alter (Jahre) | | | |
|--|------------|------------|---------------|----------------|----------------|--------------|
| | m % (n) | w % (n) | <40 % (n) | 40-49 % (n) | 50-59 % (n) | >59 % (n) |
| Geschlechts-identifikationsprobleme | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 77,8 (495) | 76,9 (93) | 86,5 (83) | 82,4 (211) | 71,5 (198) | 74,4 (90) |
| Trifft zu | 22,2 (141) | 23,1 (28) | 13,5 (13) | 17,6 (45) | 28,5 (79) | 25,6 (31) |
| P-Wert | 0,814 | | 0,002 | | | |
| Fetischismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 92,8 (591) | 91,0 (111) | 96,9 (93) | 93,8 (243) | 89,1 (246) | 93,4 (113) |
| Trifft zu | 7,2 (46) | 9,0 (11) | 3,1 (3) | 6,2 (16) | 10,9 (30) | 6,6 (8) |
| P-Wert | 0,491 | | 0,049 | | | |
| Fetischistischer Transvestitismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 93,1 (593) | 91,8 (112) | 96,9 (93) | 94,2 (244) | 90,6 (250) | 91,7 (111) |
| Trifft zu | 6,9 (44) | 8,2 (10) | 3,1 (3) | 5,8 (15) | 9,4 (26) | 8,3 (10) |
| P-Wert | 0,612 | | 0,144 | | | |
| Exhibitionismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 93,2 (593) | 93,4 (114) | 96,9 (93) | 94,6 (244) | 90,6 (250) | 93,4 (113) |
| Trifft zu | 6,8 (43) | 6,6 (8) | 3,1 (3) | 5,4 (14) | 9,4 (26) | 6,6 (8) |
| P-Wert | 0,935 | | 0,121 | | | |
| Voyeurismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 93,7 (595) | 93,4 (114) | 95,8 (92) | 95,0 (245) | 91,3 (251) | 94,2 (114) |
| Trifft zu | 6,3 (40) | 6,6 (8) | 4,2 (4) | 5,0 (13) | 8,7 (24) | 5,8 (7) |
| P-Wert | 0,915 | | 0,245 | | | |
| Pädophilie | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 93,1 (591) | 94,3 (115) | 95,8 (91) | 94,6 (244) | 90,9 (251) | 93,4 (113) |
| Trifft zu | 6,9 (44) | 5,7 (7) | 4,2 (4) | 5,4 (14) | 9,1 (25) | 6,6 (8) |
| P-Wert | 0,631 | | 0,261 | | | |
| Sadomasochismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 93,1 (591) | 92,6 (113) | 95,8 (91) | 94,6 (244) | 89,5 (247) | 95,0 (115) |
| Trifft zu | 6,9 (44) | 7,4 (9) | 4,2 (4) | 5,4 (14) | 10,5 (29) | 5,0 (6) |
| P-Wert | 0,859 | | 0,045 | | | |
| Frotteurismus | | | | | | |
| Trifft nicht zu | 94,0 (596) | 95,1 (116) | 96,8 (92) | 95,0 (245) | 92,0 (253) | 95,0 (115) |
| Trifft zu | 6,0 (38) | 4,9 (6) | 3,2 (3) | 5,0 (13) | 8,0 (22) | 5,0 (6) |
| P-Wert | 0,642 | | 0,259 | | | |

7 Literaturverzeichnis

- Abdolrasulnia, M., Shewchuk, R. M., Roepke, N., Granstaff, U. S., Dean, J., Foster, J. A., Goldstein, A. T., Casebeer, L. (2010). Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J. Sex. Med.*, 7(7), 2499-2508.
- Ahlers, C. J. (2010). *Paraphilie und Persönlichkeit - Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz von Akzentuierungen der Sexualpräferenz und ihrem Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit*. Dissertation. Freie Universität Berlin.
- Ahlers, C. J., Neutze, J., Mundt, I., Hupp, E., Konrad, A., Beier, K. M., Schaefer, G. A. (2008). Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis - Teil II. *Sexuologie*, 15(3), 82-103.
- Ahlers, C. J., Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Roll, S., Englert, H., Willich, S. N., Beier, K. M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J. Sex. Med.*, 8(5), 1362-1370.
- Ahrendt, H., Friedrich, C. (2011). Zur Situation der Ausbildung in Sexualmedizin. *Frauenarzt*, 52(8), 795-799.
- Alarcão, V., Ribeiro, S., Miranda, F. L., Carreira, M., Dias, T., Garcia e Costa, J., Galvão-Teles, A. (2012). General Practitioners' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices in the Management of Sexual Dysfunction - Results of the Portuguese SEXOS Study. *J. Sex. Med.*, 9(10), 2508-2515.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Ando, K. A., Rowen, T. S., Shindel, A. W. (2014). Alternative Sexualities: Implications for the Urologist. *Curr. Urol. Rep.*, 15(5), 1-9.
- Arentewicz, G., Schmidt, G., Bulla-Küchler, R. (1980). *Sexuell gestörte Beziehungen: Konzept und Technik der Paartherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ärzttekammer Berlin. (2004, 5. Nachtrag 2007). Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (Von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in den Sitzungen am 18. Februar und am 16. Juni 2004 beschlossen).

- Ärzttekammer Berlin. (2014). Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (Zuletzt geändert durch den 10. Nachtrag vom 11. Juni 2014). S. 163-165.
- Aschka, C., Himmel, W., Ittner, E., Kochen, M. M. (2001). Sexual problems of male patients in family practice. *J. Fam. Pract.*, 50(9), 773-778.
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Beier, K., Hartmann, U., Bosinski, H. (2000). Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie*, 7(2/3), 63-95.
- Beier, K. M. (1999). Berufsbegleitende Fortbildung mit Zertifikat. *Dtsch Ärztebl A*, 96, 2075-2077.
- Beier, K. M. (2006). [Biopsychosocial understanding of human sexuality. Prerequisite for diagnostics and treatment in sexual medicine]. *Urologe A*, 45(8), 953-959. doi:10.1007/s00120-006-1091-x
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E., Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 851-867. doi:10.1080/14789940903174188
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Pauls, A. (2004). Sexualmedizin als Bestandteil der Lehre im Medizinstudium. *Sexuologie*, 11(3/4), 107-118.
- Beier, K. M., Bosinski, H. A., Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin*. München, Jena: Elsevier, Urban&Fischer Verlag.
- Beier, K. M., Loewit, K. (2004). *Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Beier, K. M., Loewit, K. K. (2011). *Prexisleitfaden Sexualmedizin - Von der Theorie zur Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bhugra, D., Popelyuk, D., McMullen, I. (2010). Paraphilias across cultures: contexts and controversies. *J. Sex. Res.*, 47(2), 242-256. doi:10.1080/00224491003699833
- Binik, Y. M., Meana, M. (2009). The Future of Sex Therapy: Specialization or Marginalization? *Arch. Sex. Behav.*, 38(6), 1016-1027.

- Bloch, I. (1907). *Das Sexualleben unserer Zeit*. Berlin: Marcus.
- Bortz, J., Döring, N. (2013). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bosinski, H. A. G., Arndt, R., Sippell, W., Wille, R. (1996). Geschlechtsidentitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Nosologie und Epidemiologie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 144(11), 1235-1241.
- Bosinski, V. H. (2008). Brechen Sie das Eis mit sachlichen Fragen. *Fortschr. Med.*, Nr. 8, 27-31.
- Buddeberg, C., Jecker, E., Klaghofer, R., Dietz, C., Götzmann, L. (2007). Sexualmedizin in der ärztlichen Grundversorgung: Entwicklungen 1980–1990–2004. *Praxis*, 96(18), 721-725. doi:10.1024/1661-8157.96.18.721
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium, Pearson Education Deutschland GmbH.
- Bundesärztekammer. (2002). Approbationsordnung Humanmedizin. Retrieved from http://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/index.html
- Bundesärztekammer. (2003 in der Fassung vom 23.10.2015). Musterweiterbildungsordnung. 140-141.
- Bundesärztekammer. (2017). Ärzttestatistik der Bundesärztekammer. Retrieved from <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/>
- Burd, I. D., Nevadunsky, N., Bachmann, G. (2006). Impact of Physician Gender on Sexual History Taking in a Multispecialty Practice. *J. Sex. Med.*, 3(2), 194-200. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00168
- Cedzich, D., Bosinski, H. (2010). Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. *Sexuologie*, 17(3), 135-147.
- Charité - Universitätsmedizin Berlin. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. Retrieved from <https://sexualmedizin.charite.de/studium/lehre/>

- Coleman, E., Elders, J., Satcher, D., Shindel, A., Parish, S., Kenagy, G., Bayer, C. R., Knudson, G., Kingsberg, S., Clayton, A., Lunn, M. R., Goldsmith, E., Tsai, P., Light, A. (2013). Summit on medical school education in sexual health: Report of an expert consultation. *J. Sex. Med.*, 10(4), 924-938. doi:10.1111/jsm.12142
- De Berardis, G., Pellegrini, F., Franciosi, M., Pamparana, F., Morelli, P., Tognoni, G., Nicolucci, A. (2009). Management of erectile dysfunction in general practice. *J. Sex. Med.*, 6(4), 1127-1134. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01093
- Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin. (2011). *Satzung der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaften (DGSMTW) (beschlossen am 04.11.2011)*. Retrieved from Frankfurt/M.: <https://www.dgsmtw.de/%C3%BCber-uns/satzung/>
- Di Ceglie, D. (1995). Gender identity disorders in children and adolescents. *Br. J. Hosp. Med.*, 53(6), 251-256.
- Dunn, K. M., Croft, P. R., Hackett, G. I. (1998). Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam. Pract.*, 15(6), 519-524.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosozial model and the education of the health professionals. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 310(1), 169-181. doi:10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x
- Esser, H. (1977). Response Set - Methodische Problematik und soziologische Interpretation/Response Set - Methodological Problems and Sociological Interpretation. *Zeitschrift für Soziologie*, 253-263. doi:10.1515/zfsoz-1977-0301
- Ford, J. V., Barnes, R., Rompalo, A., Hook III, E. W. (2013). Sexual health training and education in the US. *Public Health Rep.*, 128(Suppl 1), 96. doi:10.1177/003335491312825111
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam. Pract.*, 21(5), 528-536. doi:10.1093/fampra/cmh509
- Haboubi, N., Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil. Rehabil.*, 25(6), 291-296.

- Hartmann, U. (2018). *Die klassische Sexualtherapie: Grundlagen und Entwicklungslinien*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hartmann, U., Burkart, M. (2007). Erectile dysfunctions in patient-physician communication: optimized strategies for addressing sexual issues and the benefit of using a patient questionnaire. *J. Sex. Med.*, 4(1), 38-46. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00385.x
- Hartmann, U., Niccolosi, A., Glasser, D., Gingell, C., Buvat, J., Moreira, E., Lauman, E. (2002). Sexualität in der Arzt-Patient-Kommunikation. Ergebnisse der „Globalen Studie zu sexuellen Einstellungen u. Verhaltensweisen“. *Sexuologie*, 9(2), 50-60.
- Humphery, S., Nazareth, I. (2001). GPs' views on their management of sexual dysfunction. *Fam. Pract.*, 18(5), 516-518.
- ICD-10-GM-2018. Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52.-). Retrieved from <http://www.icd-code.de/icd/code/F52.-.html>
- ICD-10-GM-2018. Störungen der Geschlechtsidentität (F64.-). Retrieved from <http://www.icd-code.de/icd/code/F64.-.html>
- ICD-10-GM-2018. Störungen der Sexualpräferenz (F65.-). Retrieved from <http://www.icd-code.de/icd/code/F65.-.html>
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire* (Vol. First Edition). New York: Simon & Schuster.
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *J. Homosex.*, 57(6), 730-747. doi:10.1080/00918369.2010.485872
- Kockott, G., Fahrner, E. M. (2000). *Sexualstörungen des Mannes*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Korzilius, H. (2015). Befragung der Ärzte in Weiterbildung: Im Großen und Ganzen zufrieden. *Dtsch. Ärztebl.*, 112(3), 74-75.
- Långström, N., Seto, M. C. (2006). Exhibitionistic and Voyeuristic Behavior in a Swedish National Population Survey. *Arch. Sex. Behav.*, 35(4), 427-435. doi:10.1007/s10508-006-9042-6

- Långström, N., Zucker, K. J. (2005). Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J. Sex Marital Ther.*, 31(2), 87-95.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int. J. Impot. Res.*, 17(1), 39-57. doi:10.1038/sj.ijir.3901250
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J. Sex. Med.*, 1(1), 35-39. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., Rellini, A. H., Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J. Sex. Med.*, 7(4pt2), 1598-1607. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x
- Magnus Hirschfeld Gesellschaft. (1919-1933). Online-Ausstellung der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft e.V. Berlin. Retrieved from http://www.hirschfeld.in-berlin.de/institut/de/index1024_2.html
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1966). Human sexual response. *Boston: Little, Brown & Co*, 185.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. University of Michigan: Little, Brown.
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Segraves, R. T. (2016). Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J. Sex. Med.*, 13(2), 153-167. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.015.
- McCarthy, B. W., McDonald, D. O. (2009). Psychobiosocial versus biomedical models of treatment: semantics or substance. *Sex. Relation. Ther.*, 24(1), 30-37. doi:10.1080/14681990802582055
- Metz, M. E., Seifert, M. H., Jr. (1990). Men's expectations of physicians in sexual health concerns. *J. Sex Marital Ther.*, 16(2), 79-88. doi:10.1080/00926239008405254

- Meyer-Delpho, W. (1985). Bedarf sexualmedizinischer Beratung in der urologischen Praxis *Verhandlungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Urologie* (pp. 501-504). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Meyer zu Hoberge, S. (2009). *Prävalenz, Inzidenz und Geschlechterverhältnis der Transsexualität anhand der bundesweit getroffenen Entscheidungen nach dem Transsexuellengesetz in der Zeit von 1991 bis 2000*. (Dissertation), Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Moreira, E., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A., Wang, T., Gingell, C. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int. J. Clin. Pract.*, 59(1), 6-16. doi:10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x
- Parish, S. J., Rubio-Aurioles, E. (2010). Education in sexual medicine: Proceedings from the international consultation in sexual medicine, 2009. *J. Sex. Med.*, 7(10), 3305-3314. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02026.x
- Platano, G., Margraf, J., Alder, J., Bitzer, J. (2008). Frequency and Focus of Sexual History Taking in Male Patients - A Pilot Study Conducted among Swiss General Practitioners and Urologists. *J. Sex. Med.*, 5, 47-59. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00628.x
- Porst, R. (2001). Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim*, 9.
- Reisman, Y., Eardley, I., Porst, H. (2013). New developments in education and training in sexual medicine. *J. Sex. Med.*, 10(4), 918-923. doi:10.1111/jsm.12140
- Richter, H. J. (1970). *Die Strategie schriftlicher Massenerbefragungen*. Bad Harzburg: Verl. für Wissenschaft, Wirtschaft und Technik.
- Rösing, D., Klebingat, K.-J., Berberich, H. J., Bosinski, H. A., Loewit, K., Beier, K. M. (2009). Sexualstörungen des Mannes Diagnostik und Therapie aus sexualmedizinisch-interdisziplinärer Sicht. *Dtsch. Ärztebl.*, 106(50), 821-828. doi:10.3238/arztebl.2009.0821
- Rufino, A. C., Madeiro, A., Girão, M. J. (2014). Sexuality education in Brazilian medical schools. *J. Sex. Med.*, 11(5), 1110-1117. doi:10.1111/jsm.12476
- Sadovsky, R., Nusbaum, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *J. Sex. Med.*, 3(1), 3-11. doi:10.1111/j.1743-6109.2005.00193.x

- Schloegl, I., Koehn, F. M., Beier, K. M., Bosinski, H. A., Dinkel, A., Gschwend, J. E., Herkommer, K. (2017). [Sexual medicine in daily practice : Germany-wide questionnaire of urologists]. *Urologe A*, 637–644. doi:10.1007/s00120-016-0297-9
- Schloegl, I., Koehn, F. M., Dinkel, A., Schulwitz, H., Gschwend, J. E., Bosinski, H. A., Herkommer, K. (2017). Education in sexual medicine - a nationwide study among German urologists/andrologists and urology residents. *Andrologia*, 49(2), e12611. doi:10.1111/and.12611
- Shindel, A. W. (2015). Sexuality Education: A Critical Need. *J. Sex. Med.*, 12(7), 1519-1521. doi:10.1111/jsm.12919
- Sigusch, V. (2000). Paartherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. *Dtsch. Ärztebl.*, 97(12), 776-781.
- Sobecki, J. N., Curlin, F. A., Rasinski, K. A., Lindau, S. T. (2012). What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex1: Results of a National Survey of US Obstetrician/Gynecologists. *J. Sex. Med.*, 9(5), 1285-1294. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02702.x
- Solursh, D., Ernst, J., Lewis, R., Prisant, L. M., Mills, T., Solursh, L., Jarvis, R. G., Salazar, W. H. (2003). The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int. J. Impot. Res.*, 15(5), 41-45. doi:10.1038/sj.ijir.3901071
- Temple-Smith, M., Hammond, J., Pyett, P., Presswell, N. (1996). Barriers to sexual history taking in general practice. *Aust. Fam. Physician*, 25(9 Suppl 2), 71-74.
- Tsimtsiou, Z., Hatzimouratidis, K., Nakopoulou, E., Kyrana, E., Salpigidis, G., Hatzichristou, D. (2006). Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues. *J. Sex. Med.*, 3(4), 583-588. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x
- Turner, D., Driemeyer, W., Nieder, T. O., Scherbaum, N., Briken, P. (2014). „Wie viel Sex braucht das Studium der Medizin?“ - Eine Erhebung des Wissens und Interesses Medizinstudierender zum Thema Sexualmedizin. *Psychother. Psych. Med.*, 64(12), 452-457. doi:10.1055/s-0034-1389961
- Unger, C. A. (2015). Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. *J. Womens Health*, 24(2), 114-118. doi:10.1089/jwh.2014.4918
- van Lunsen, R. H. (1998). The role of the sexologist in urology. *Eur. Urol.*, 34 Suppl 1, 43-44.

- Vieira, T. C., de Souza, E., da Silva, I., Torloni, M. R., Ribeiro, M. C., Nakamura, M. U. (2015). Dealing with Female Sexuality: Training, Attitude, and Practice of Obstetrics and Gynecology Residents from a Developing Country. *J. Sex. Med.*, 12(5), 1154-1157.
- Vogt, H., Loewit, K., Wille, R., Beier, K., Bosinski, H. (1995). Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ - Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie*, 2(2), 65-89.
- Wagner, G. (2005). Sexual medicine in the medical curriculum. *Int. J. Androl.*, 28(s2), 7-8. doi:10.1111/j.1365-2605.2005.00581.x
- Weitze, C., Osburg, S. (1996). Transsexualism in Germany: Empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years. *Arch. Sex. Behav.*, 25(4), 409-425. doi:10.1007/BF02437583
- Wimberly, Y. H., Hogben, M., Moore-Ruffin, J., Moore, S. E., Fry-Johnson, Y. (2006). Sexual history-taking among primary care physicians. *J. Natl. Med. Assoc.*, 98(12), 1924-1929.
- World Health Organization. (1975). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals, report of a WHO meeting [held in Geneva from 6 to 12 February 1974]. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/38247>
- World Health Organization. (1992). International statistical classification of diseases and related health problems. 10th. Retrieved from http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- World Health Organization. (2011). <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.

8 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Prof. Jürgen E. Gschwend, der mir die Möglichkeit gab, in seiner Abteilung der Klinik und Poliklinik für Urologie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München meine Doktorarbeit verfassen zu dürfen.

Ganz besonders bedanke ich mich bei meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Herkommer. Ihre stets durchgehend ausgezeichnete fachliche und menschliche Betreuung ermöglichte es mir, gemäß Zeitplan die Daten zu sammeln und meine Doktorarbeit anzufertigen. Mit ihrer stets optimistischen Art, ihrem sehr großen Engagement und fachlichen Kompetenz motivierte sie einen während der gesamten Zeit.

Meinem Mentor Prof. Dr. med. F.-M. Köhn danke ich besonders für die stets sehr gute Zusammenarbeit, konstruktive Kritik und seinen Einsatz.

Für die Hilfsbereitschaft bei der Anfertigung der Statistik, als auch bei jeglichen organisatorischen und technischen Fragen bedanke ich mich sehr herzlich bei Frau Schulwitz. Zudem möchte ich mich bei PD Dr. Dinkel für seine Hilfestellung sowie konstruktiver Lösungsvorschläge bedanken.

Vielen Dank auch an das Team der Klinik und Poliklinik für Urologie am Klinikum rechts der Isar, das mir immer hilfsbereit zur Seite stand. Auch den Ärzten, die den Fragebogen beantwortet zurückgeschickt haben, möchte ich mich bedanken.

Auch meinen Eltern, Gertraud und Raimund Schlögl, die mich stets in jeglicher Hinsicht unterstützt haben und meinem Mann Sebastian Siegl möchte ich von Herzen „Danke“ sagen.

9 Publikationen

Schloegl, I., Koehn, F. M., Beier, K. M., Bosinski, H. A., Dinkel, A., Gschwend, J. E., et al. (2017). [Sexual medicine in daily practice : Germany-wide questionnaire of urologists]. *Urologe A*, 637–644.

Schloegl, I., Koehn, F. M., Dinkel, A., Schulwitz, H., Gschwend, J. E., Bosinski, H. A., et al. (2017). Education in sexual medicine - a nationwide study among German urologists/andrologists and urology residents. *Andrologia*, 49(2), No. e12611.

Kongressbeiträge

K. Herkommer, I. Schloegl, H. Schulwitz, A. Dinkel, J. E. Gschwend, F.-M. Koehn (2015):
Ausbildung in der Sexualmedizin - eine bundesweite Umfrage unter deutschen Urologen.
Posterpräsentation, 6. DVR-Kongress (Dachverband Reproduktionsbiologie und –medizin
e.V.), 03. – 05. Dezember, Hamburg, Deutschland

I. Schloegl, H. Schulwitz, A. Dinkel, J. E. Gschwend, F.-M. Koehn, K. Herkommer (2016):
Education in sexual medicine – A nationwide study among German urologists and urology
residents. Posterpräsentation, 18th Congress of the European Society for Sexual Medicine
(ESSM), 04. – 06. Februar, Madrid, Spain

K. Herkommer:

Ausbildung in der Sexualmedizin – eine bundesweite Umfrage unter deutschen Urologen
42. Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie
und der Bayerischen Urologenvereinigung, 03. Juni 2016, Augsburg, Deutschland