

Wie häufig werden Diagnosen aus dem Bereich der sexuellen Funktionsstörungen an deutschen Hochschulambulanzen für Psychotherapie an psychologischen Instituten vergeben?

Diagnosing Sexual Dysfunctions: How Frequently Are They Assigned in German University Outpatient Clinics for Psychotherapy?

Autor:innen

Julia Velten¹, Pierre Pantazidis², Andrea Benecke³, Anne-Kathrin Bräscher³, Lydia Fehm⁴, Anne-Katharina Fladung⁵, Thomas Fydrich⁴, Jens Heider⁶, Alfons Hamm⁷, Tina In-Albon⁸, Julia Lange⁹, Tania Lincoln⁵, Wolfgang Lutz¹⁰, Jürgen Margraf¹, Angelika Schlarb¹¹, Henning Schöttke⁹, Anne Trösken¹², Birgit Weinmann-Lutz¹⁰ und Jürgen Hoyer²

Institute

- 1 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum
- 2 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden
- 3 Psychologisches Institut, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 4 Institut für Psychologie, Humboldt-Universität zu Berlin
- 5 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Hamburg
- 6 Psychotherapeutische Universitätsambulanz, Campus Landau, Universität Koblenz-Landau,
- 7 Physiologische und Klinische Psychologie/Psychotherapie, Universität Greifswald
- 8 Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Koblenz-Landau
- 9 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Osnabrück
- 10 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Trier
- 11 Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Bielefeld
- 12 Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin

Schlüsselwörter

ambulante Psychotherapie; ICD; Prävalenz; sexuelle Funktionsstörungen; sexuelle Probleme

Keywords

ICD; outpatient psychotherapy; sexual dysfunctions; sexual problems; treatment prevalence

Bibliografie

Z Sexualforsch 2021; 34: 5–14

DOI 10.1055/a-1362-2243

ISSN 0932-8114

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

PD Dr. rer. nat. Julia Velten
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Massenbergstr. 9–13
44787 Bochum
Deutschland
julia.velten@rub.de

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Sexuelle Funktionsstörungen gelten als häufig. Gleichzeitig fehlen epidemiologische Daten zur Behandlungsprävalenz sexueller Funktionsstörungen in der ambulanten Psychotherapie. Im Rahmen eines Projekts zur Koordination der Datenerhebung an den deutschen Hochschulambulanzen für Psychotherapie wird erstmals eine Schätzung für dieses Behandlungssegment möglich.

Forschungsziele Das Ziel dieser Studie ist die Darstellung der festgestellten F52-Diagnosen an deutschen Hochschulambulanzen für Psychotherapie an psychologischen Instituten.

Methoden 16 Hochschulambulanzen für Erwachsene übermittelten ausgewählte Daten zur Eingangsdiagnostik ihrer Patient_innen ($N = 4\,504$; $M_{\text{Alter}} = 37.87$; $SD = 13.47$; $\text{Altersbereich} = 15$ bis 86 Jahre; 65.3 % weiblich) aus dem Jahr 2016. In der hier vorgestellten Studie wird spezifisch die Häufigkeit der Vergabe von Diagnosen aus dem ICD-Kapitel F52 analysiert.

Ergebnisse Insgesamt wurde in 32 Fällen (0.7 %) die Diagnose einer sexuellen Funktionsstörung vergeben, in acht Fällen (0.2 %) als Hauptdiagnose. In 31 Fällen (96.9 %) waren auch komorbide Störungen gegeben, hauptsächlich Angststörungen (34.4 %) und affektive Störungen (53.1 %). Unter den Hauptdiagnosen war der nichtorganische Vaginismus ($n = 3$) der häufigste Grund, eine psychotherapeutische Hochschulambulanz eines psychologischen Instituts aufzusuchen. Die Häufigkeit von F52-Diagnosen in den 16 Ambulanzen schwankte zwischen 0 % und 1.2 %, und acht der 16 Ambulanzen vergaben überhaupt keine F52-Diagnosen.

Schlussfolgerung Die Werte in der vorliegenden Behandlungsstichprobe erscheinen vor dem Hintergrund der Prävalenzdaten aus Bevölkerungsstudien als auffällig niedrig. Hierfür können neben methodischen und studienspezifischen Gründen auch Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung sowie Beurteilungsfehler bei der Diagnosevergabe verantwortlich sein.

ABSTRACT

Introduction Sexual dysfunctions are considered to be common. However, there is a lack of epidemiological data on the prevalence of sexual dysfunction in outpatient psychotherapy. For the first time, a robust estimate is possible based on coordinated data collection at German university outpatient clinics for psychotherapy.

Objectives The aim of this study is to present the F52 diagnoses established at German university outpatient clinics for psychotherapy at psychological institutes.

Methods 16 university outpatient clinics for adults submitted selected data on the diagnoses of those patients

($N = 4\,504$; $M_{\text{age}} = 37.87$; $SD = 13.47$; $Range = 15-86$; 65.3% female) treated in 2016. In this study, the frequency of diagnoses from ICD chapter F52 was analyzed.

Results A total of 32 patients (0.7%) were diagnosed with sexual dysfunction, and in eight cases (0.2%) this was the principle diagnosis. Of the 32 patients, 31 (96.9%) were comorbid with other disorders, mainly anxiety disorders (34.4%) and affective disorders (53.1%). Within the principle diagnoses, vaginismus not due to a substance or known physiological condition ($n = 3$) was the most frequent reason to seek professional help. The frequency of F52 diagnoses across the 16 outpatient clinics ranged from 0% to 1.2%, and eight of the 16 clinics did not assign F52 diagnoses at all.

Conclusion The treatment prevalence of sexual dysfunction appears low compared to that reported in community and in clinical samples. In addition to methodological and study-specific reasons, aspects of psychotherapeutic service provision as well as false negative diagnostic decisions might be responsible for this finding.

Die Frage, wie häufig sexuelle Funktionsstörungen in der Bevölkerung sowie in verschiedenen Patient_innen- und Behandlungspopulationen sind, ist für die Bereitstellung angemessener therapeutischer Angebote von entscheidender Bedeutung. Für andere Störungsbereiche, z. B. psychotische, substanzbezogene oder affektive Störungen, liegen zahlreiche versorgungspolitisch relevante Studien sowohl zur Schätzung der Bevölkerungs- als auch der Behandlungsprävalenz vor. Dies traf auf sexuelle Funktionsstörungen lange Zeit nicht zu (vgl. jedoch Briken et al. 2020). Fehlendes Wissen über die Häufigkeit der entsprechenden Problemstellungen birgt die Gefahr einer Unter- oder Fehlversorgung betroffener Personengruppen.

Häufigkeit sexueller Probleme oder Symptome

In einer US-amerikanischen Studie berichteten 43% der Frauen und 31% der Männer über sexuelle Probleme im letzten Jahr (Laumann et al. 1999). Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2010 (Lewis et al. 2010) sowie andere epidemiologische Studien (z. B. Laumann et al. 2005; Nicolosi et al. 2004) bestätigen diese hohen Werte. Zu den häufigsten Problemen mit der sexuellen Funktion gehören Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen, Schwierigkeiten in Bezug auf Erregung bzw. Erektion, ein frühzeitiger oder verzögerter/ausbleibender Orgasmus bzw. eine frühzeitige oder verzögerte/ausbleibende Ejakulation sowie Schmerzen beim Sexualkontakt (APA 2013). Da Dauer, Häufigkeit und Schweregrad der Symptome sowie das Ausmaß des persönlichen Leidensdruckes in groß angelegten Befragungsstudien vielfach nicht erfasst wurden, geben diese keine stichhaltigen Hinweise darauf, wie viele Personen die diagnostischen Kriterien sexueller Funktionsstörungen erfüllen. Es kann vielmehr davon ausgegangen werden, dass es sich bei einer

Vielzahl der geschilderten sexuellen Schwierigkeiten um subklinische Störungsmanifestationen – im Folgenden sexuelle Probleme oder Symptome genannt – handelt. Die Mitfinanzierung einiger epidemiologischer Studien (z. B. Laumann 1999) durch Pharmaunternehmen lässt hohe Prävalenzen sexueller Probleme (die häufig in den Studien als Funktionsstörungen fehlbezeichnet werden) diskussionswürdig erscheinen. Nichtsdestoweniger geben diese Studien aufgrund ihrer großen, bevölkerungsrepräsentativen Stichproben wichtige Hinweise darauf, wie verbreitet sexuelle Probleme bei Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen sowie über verschiedene Länder hinweg sind. Im Hinblick auf Assoziationen mit dem Alter scheinen bei der Prävalenz sexueller Probleme zwei gegenläufige Tendenzen beobachtbar: Während Schwierigkeiten mit der sexuellen Funktion mit dem Alter häufiger auftreten, sinkt für viele Betroffene der damit verbundene Leidensdruck (Lewis et al. 2010; McCabe et al. 2016; Nicolosi et al. 2004).

Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen in der Bevölkerung

Für die Diagnose einer sexuellen Funktionsstörung ist es erforderlich, dass sexuelle Probleme über einen mehrmonatigen Zeitraum in fast allen oder allen sexuellen Situationen auftreten und mit deutlichem Leidensdruck einhergehen (APA 2013). In der dritten Welle der britischen *National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles* (Natsal-3) Studie wurde erstmalig die klinische Signifikanz bzw. Störungswertigkeit sexueller Probleme mitberücksichtigt (Mitchell et al. 2016). Die Daten aus dieser Studie basieren auf einer Stichprobe von 11 509 Studienteilnehmer_innen im Alter von 16 bis 74 Jahren. Hierbei wurde der Effekt der drei Morbiditätskriterien des DSM-5 (Symptombdauer, Symptomschwere und Leidensdruck) auf die Schätzung der Bevölkerungsprävalenz von sexuel-

len Funktionsstörungen untersucht. Demnach berichteten 38 % der Männer im letzten Jahr von mindestens einem spezifischen sexuellen Problem, nach Anwendung der drei Morbiditätskriterien lag die Zahl bei 4%. Die Zahlen für Frauen, die von mindestens einem spezifischen sexuellen Problem berichteten, lagen bei 23 % und 4 % nach Anwendung der Morbiditätskriterien. Eine frühere Veröffentlichung auf Basis der gleichen Stichprobe berichtete bereits über das Vorliegen sexueller Probleme bei 42 % und 51 % der sexuell aktiven Männer und Frauen. Beeinträchtigt fühlten sich jedoch nur jeweils 10 % der Männer und 11 % der Frauen (Mitchell et al. 2013).

Aktuelle Prävalenzschätzungen für sexuelle Funktionsstörungen in Deutschland basierend auf ICD-11-Kriterien sind auf Grundlage der repräsentativen GeSiD-Studie mit knapp 5 000 Teilnehmer_innen verfügbar (Briken et al. 2020). Sexuelle Probleme oder Symptome in den vergangenen zwölf Monaten wurden von 33 % der Männer und 46 % der Frauen berichtet. Störungswertige sexuelle Funktionsstörungen lagen bei 13 % bzw. 18 % der sexuell aktiven Männer und Frauen vor. Bei Männern kamen Erektionsstörungen und frühzeitiger Samenerguss mit 7 % und 5 %, bei Frauen Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen und Orgasmusstörungen mit 7 % und 6 % am häufigsten vor. Die etwas höheren Prävalenzwerte im Vergleich zur Natsal-3 Studie lassen sich mit den zugrunde gelegten Diagnosesystemen (ICD-11 vs. DSM-5) erklären, die sich z. B. bezüglich der geforderten Symptombdauer (mehrere Monate vs. mindestens sechs Monate) unterscheiden. Während sowohl die Natsal-3 als auch die GeSiD-Studie kurze Screening-Verfahren einsetzten, die eine Abschätzung der Bevölkerungsprävalenz in den jeweiligen Ländern ermöglichen, fehlt es weiterhin an Untersuchungen, die reliable klinische Interviews zur Diagnosestellung nutzen (Hoyer et al. 2014; Hoyer und Velten 2017).

Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen in Behandlungsstichproben

Sexuelle Störungsbilder treten häufig komorbid mit medizinischen Krankheitsfaktoren wie z. B. Hyperthyreose (Atis et al. 2011) und Arthritis (El Miedany et al. 2012) auf. Bei Frauen zeigte sich ein linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl der chronischen Erkrankungen und der Wahrscheinlichkeit, an einer sexuellen Funktionsstörung zu leiden (Appa et al. 2014). Zudem berichtete der *National Health and Nutrition Examination Survey* (Frag et al. 2016) eine besonders hohe Prävalenz für Erektionsstörungen bei Männern mit kardiovaskulären Vorerkrankungen und Bluthochdruck.

Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei psychischen Störungen, die ebenfalls häufig mit einer Einschränkung der sexuellen Funktionsfähigkeit einhergehen: Daten in Behandlungspopulationen mit psychischen Störungen deuten darauf hin, dass insbesondere bei depressiven Störungen die Wahrscheinlichkeit für komorbide sexuelle Symptome deutlich erhöht ist (Shifren et al. 2008) und dass dies nicht ausschließlich auf antidepressive Medikation zurückzuführen ist (Nicolosi et al. 2004). Sexuelle Funktionsstörungen werden daher auch gemeinsam mit Angststörungen und Depressionen auf einer internalisierenden Störungsdimension eingestuft (z. B. Laurent und Simons 2009). Nicht zuletzt deshalb ist Psychotherapie bei sexuellen Funktionsstörungen indiziert. Metaanalysen zeigen, dass psychosoziale Interventionen für verschiedene sexuelle Funktionsstörungen sowohl bei Frauen (Schmidt et al.

2017a) als auch bei Männern (Schmidt et al. 2017b) wirksam sein können und dass die Effekte bis zu einem Jahr stabil sind.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen bleibt offen, in welchen Versorgungssegmenten Patient_innen mit sexuellen Funktionsstörungen in welcher Häufigkeit behandelt werden. Sexuelle Funktionsstörungen gehören zu den Anwendungsbereichen der Psychotherapie (siehe die Psychotherapierichtlinien; neueste Version: GBA 2021). Bei entsprechender Indikation kann eine psychotherapeutische Intervention damit als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Es liegen jedoch kaum Daten darüber vor, wie häufig dies tatsächlich geschieht, und Patient_innen könnten die Behandlung auch primär wegen möglicher komorbider körperlicher Erkrankungen oder psychischer Störungen aufsuchen. Die Behandlungsprävalenz der sexuellen Funktionsstörungen in der ambulanten Psychotherapie lässt sich daher schwer abschätzen.

Die wenigen veröffentlichten Studien zeigen ein überraschendes Bild: Sexuelle Funktionsstörungen werden kaum diagnostiziert. Ergebnisse eines Modellprojekts der *Techniker Krankenkasse* (Wittmann et al. 2011) zeigen, dass sexuelle Funktionsstörungen lediglich in 0.1 % der Fälle als Erstdiagnose und zusätzlich in 0.2 % als Zweitdiagnose in der ambulanten Psychotherapie diagnostiziert werden. Diesen Trend bestätigt auch eine Analyse von 362 Erst- und Umwandlungsanträgen im Rahmen der psychodynamischen Richtlinienpsychotherapie (Lieberz et al. 2010). Diesen Studien liegen allerdings lediglich klinische Diagnosen zugrunde. Auch im Bereich der stationären Krankenhausbehandlungen kommen sexuelle Funktionsstörungen als Behandlungsgrund – vor allem seit der Einführung von Sildenafil zur Therapie von Erektionsstörungen – nahezu nicht vor (Brunner et al. 2017).

Angesichts der oben geschilderten (Bevölkerungs-)Prävalenzzahlen ergibt sich eine überaus deutliche, versorgungspolitisch brisante Diskrepanz zwischen den Schätzungen für das Vorliegen von Störungen und den tatsächlich durchgeführten Behandlungen. Im Kontext ambulanter Psychotherapie konnten Hoyer et al. (2009) immerhin zeigen, dass Patient_innen häufig sexuelle Probleme angeben, wenn sie erfragt werden. Von 451 in einer verhaltenstherapeutischen Institutsambulanz vorstelligen Patient_innen wiesen 63 % sexuelle Probleme und immerhin 15 % relevante Beeinträchtigungen durch die Dysfunktion auf. Lediglich bei der Hälfte der Patient_innen verbesserten sich die sexuellen Symptome zum Therapieende. Besserungen traten vor allem bei den Patient_innen ein, bei denen die Hauptstörung remittierte bzw. bei denen zumindest eine deutliche klinische Verbesserung erzielt wurde (Hoyer et al. 2009). Zur Erklärung der Diskrepanz zwischen der Häufigkeit sexueller Probleme und der seltenen Vergabe von Diagnosen sexueller Funktionsstörungen sind zahlreiche Gründe diskutiert worden, wie Schamgefühle und Hemmungen bei Patient_innen, diagnostisch-methodische Aspekte der Studien oder versorgungspolitische Aspekte (Hoyer 2013).

Ziele dieser Studie

Da belastbare Daten zur Behandlungsprävalenz sexueller Funktionsstörungen für ambulante Psychotherapie im Allgemeinen sowie das Versorgungssegment der universitären Hochschulambulanzen im Speziellen fehlen, soll in der vorliegenden Studie die Häufig-



► **Abb. 1** Standorte der 16 Ambulanzen für Erwachsene

keit der vergebenen Diagnosen aus diesem Störungsbereich berichtet werden. Zu diesem Zweck wurden Diagnosen, die im Rahmen eines Projekts zur Koordination der Datenerhebung an den deutschen Hochschulambulanzen für Psychotherapie (Hoyer et al. 2015b; Velten et al. 2018) im Jahr 2016 an 16 Hochschulambulanzen an psychologischen Instituten gestellt wurden, spezifisch für den Diagnosebereich F52 ausgewertet. Folgende Fragestellungen standen dabei im Vordergrund: Welche Störungsdiagnosen werden häufig, welche selten vergeben bzw. behandelt? Mit welchen soziodemografischen und klinischen Patient_innenvariablen ist die Vergabe einer F52-Diagnose assoziiert? Unterscheiden sich Therapeut_innen, die sexuelle Funktionsstörungen diagnostizieren, von Therapeut_innen, die das nicht tun?

Methoden

Beschreibung der teilnehmenden Ambulanzen

Von den geschätzt 50 Hochschulambulanzen, die im Jahr 2016 an Instituten für Psychologie an deutschen Universitäten existierten (Hoyer et al. 2015b; Velten et al. 2017), waren gut die Hälfte ($n = 26$) zum Zeitpunkt der Datenerhebung Mitglied im Forschungsverbund KODAP (kurz für *Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie*). Von diesen Ambulanzen folgten wiederum 16 (61.5%) der Einladung, die Daten des bereits in Velten et al. (2017) definierten Kerndatensatzes für das Jahr 2016 zu übermitteln (► **Abb. 1**). Gründe für die

Nichtteilnahme waren u. a. das Fehlen von Daten aus 2016 durch Neugründung der Ambulanz (für eine vollständige Dokumentation des Vorgehens siehe Velten et al. 2018). In allen teilnehmenden Ambulanzen wurde Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren durchgeführt.

Diagnosestellung

Psychische Störungen wurden innerhalb der Ambulanzen auf der Basis einer standardisierten Befunderhebung bzw. mittels strukturierter Interviews nach ICD-10 oder DSM-IV bzw. DSM-5 (Margraf et al. 1994, 2017; Wittchen et al. 1997) diagnostiziert. Dabei wurde jeweils nach Erst- bzw. Indexdiagnose, definiert als Hauptvorstellungsgrund, sowie weiteren Diagnosen unterschieden. Da sexuelle Funktionsstörungen sowie eine Reihe weiterer seltenerer Störungen in den am häufigsten eingesetzten klinischen Interviews (z. B. „Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV-TR-Störungen“ (SKID), Wittchen et al. 1997) nicht abgedeckt werden, basieren die für diese Störungen vergebenen Diagnosen auf zusätzlich durchgeführten Diagnoseverfahren bzw. dem klinischen Urteil der Therapeut_innen.

Stichprobenbeschreibung (Velten et al. 2018)

Von den im Jahr 2016 behandelten Personen ($M_{\text{Alter}} = 37.87$; $SD = 13.47$; *Altersbereich* = 15 bis 86 Jahre) war die Mehrzahl weiblich ($n = 2\,937$, 65.3%) und zum Behandlungszeitpunkt in Partnerschaft lebend ($n = 2\,383$, 67.5%). Der Familienstand wurde von 49.4% ($n = 1\,777$) mit ledig, von 29.4% ($n = 1\,058$) mit verheiratet und von 9.2% ($n = 332$) mit geschieden angegeben. 48.2% ($n = 1\,518$) erreichten das Abitur bzw. Fachabitur, 29.4% ($n = 926$) die Mittlere Reife bzw. den Realschulabschluss und 18.1% ($n = 570$) den Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss. Bei 68.7% ($n = 803$) der Patient_innen lag eine Arbeitsfähigkeit bei Therapiebeginn vor. 5.5% ($n = 64$) bezogen eine Alters- und 3.1% ($n = 36$) eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Datenanalyse

Die Häufigkeit der Vergabe von Diagnosen im Bereich der sexuellen Funktionsstörungen wurde ermittelt. Patient_innen mit sexuellen Störungsdiagnosen wurden in Bezug auf Alter, Geschlecht sowie sexuelle und komorbide Störungsbilder beschrieben. Für Gruppenvergleiche (z. B. zwischen Patient_innen mit und ohne sexuelle Störungen) wurden χ^2 - bzw. Mann-Whitney-U-Tests angewendet. Fehlende Werte wurden bei diesen Analysen nicht ersetzt. Zudem wurden Therapeut_innen, die sexuelle Störungen diagnostizierten, in Bezug auf Alter, Geschlecht und Approbationsstatus charakterisiert.

Ergebnisse

Bei 30 der 4 266 Patient_innen (0.7%), für die eine Erstdiagnose vorlag, wurde jeweils eine sexuelle Funktionsstörung, bei einem Patienten wurden zwei sexuelle Funktionsstörungen diagnostiziert. Die Häufigkeit von F52-Diagnosen in den 16 Ambulanzen schwankte zwischen 0% und 1.2%. In 8 der 16 Ambulanzen wurden keine F52-Diagnosen vergeben.

Bei fünf Patientinnen und drei Patienten ($M_{\text{Alter}} = 35.13$; $SD = 5.41$; *Altersbereich* = 25 bis 41 Jahre) stellte eine sexuelle Funktionsstö-

► **Tab. 1** Sexuelle Funktionsstörungen als Erstdiagnose.

Informationen zu Patient_innen						Informationen zu Therapeut_innen			
Laufende Nr.	Ambulanz-Nr.	Alter	Geschlecht	Sexuelle Störung (Bezeichnung, ICD-Code)	Weitere Diagnosen	Laufende Nr.	Alter	Geschlecht	Approbation
1	1	25	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F42.2	5		w	nein
2	2	38	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F40.2, F41.9	1	34	w	nein
3	3	33	w	Gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7)		6	51	w	ja
4	3	37	m	Ejaculatio Praecox (F52.4)	F43.22	7	27	w	nein
5	6	41	m	Ejaculatio Praecox (F52.4)	F52.2, F45.41, F33.1	18	27	w	nein
6	7	41	w	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F43.1, F40.1, F40.01	21			nein
7	7	31	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F43.9, F42.1	22			nein
8	7	35	m	Gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7)	F63.8	23			ja

Die Erstdiagnose dar: Nichtorganischer Vaginismus ($n = 3$), Ejaculatio Praecox ($n = 2$), gesteigertes sexuelles Verlangen ($n = 2$) sowie Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen ($n = 1$). Als häufigste Nebendiagnosen wurden Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen ($n = 7$), nichtorganischer Vaginismus ($n = 6$) sowie Erektionsstörung ($n = 4$) vergeben. Bei den 13 Patientinnen und zehn Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen als weitere Diagnose ($M_{\text{Alter}} = 34.17$; $SD = 13.19$; $\text{Altersbereich} = 19$ bis 64 Jahre) wurden am häufigsten affektive Störungen ($n = 9$) und Angststörungen ($n = 6$) als Erstdiagnosen vermerkt. Patient_innen mit sexuellen Funktionsstörungen unterschieden sich in Bezug auf Alter ($U = 59591.50$, $p = .182$) und Geschlecht ($\chi^2(1, n = 4497) = 0.72$, $p = .395$) nicht systematisch von anderen Patient_innen der teilnehmenden Ambulanzen.

Therapeut_innen, die sexuelle Funktionsstörungen diagnostizierten ($n = 26$), waren überwiegend weiblich ($n = 19$, 90.5%) und im Schnitt 29.73 ($SD = 7.15$) Jahre alt. Sechs Therapeut_innen (27.3%) hatten eine Approbation. Therapeut_innen, die sexuelle Funktionsstörungen diagnostizierten, unterschieden sich weder in Bezug auf das Alter ($U = 1927.00$, $p = .071$), das Geschlecht ($\chi^2(1, n = 603) = 0.82$, $p = .367$) oder den Approbationsstatus ($\chi^2(1, n = 608) = 0.07$, $p = .794$) von anderen Therapeut_innen.

Zwei Tabellen fassen die Charakteristika von Patient_innen mit sexuellen Funktionsstörungen als Erstdiagnose (► **Tab. 1**) und als weitere Diagnose (► **Tab. 2**) sowie Informationen zu den behandelnden Therapeut_innen zusammen.

Unter den Patient_innen, bei denen mehr als eine sonstige Störungsdiagnose vorlag ($n = 2\ 380$, davon 30 mit F52-Diagnosen), wurden sexuelle Funktionsstörungen häufiger diagnostiziert als unter Patient_innen mit nur einer Störungsdiagnose ($n = 2\ 093$, davon 1 mit F52-Diagnose; $\chi^2(1, n = 4\ 504) = 23.49$, $p < .001$).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sexuelle Funktionsstörungen in universitären Hochschulambulanzen an psychologischen Instituten nur in Ausnahmefällen als Erstdiagnose vergeben werden: Nicht einmal jede hundertste Patientin oder jeder hundertste Patient wird mit einer sexuellen Funktionsstörung diagnostiziert. Betrachtet man sexuelle Funktionsstörungen als komorbide Störungen, so bleiben sie weiterhin ein seltenes Phänomen unterhalb der Ein-Prozent-Grenze. In der (kleinen) Stichprobe der Patient_innen mit F52-Diagnose war keine auffällige Häufung einzelner F52-Diagnosen oder eine überzufällige Assoziation mit soziodemografischen oder klinischen Variablen und auch nicht mit den Charakteristika der die Diagnose vergebenden Therapeut_innen zu erkennen. Eine Ausnahme bildet diesbezüglich der Befund, dass unter den Patient_innen mit mehr als einer Störungsdiagnose sexuelle Funktionsstörungen häufiger vorlagen als unter Patient_innen mit nur einer Diagnose. Die Tatsache, dass die Häufigkeit der Vergabe von F52-Diagnosen sehr deutlich unter den Werten bleibt, die man aufgrund der hohen Bevölkerungsprävalenz dieser Störungen (Briken et al. 2020) erwarten muss, verdient eine ausführliche Diskussion. Wir möchten im Folgenden sechs mögliche Interpretationen heranziehen.

Patient_innen und Therapeut_innen vermeiden es, sexuelle Probleme zu thematisieren.

Sowohl für Patient_innen als auch für behandelnde Personen (z. B. Psycholog_innen, Ärzt_innen) stellt es trotz oder vielleicht sogar wegen scheinbar zunehmender medialer Übersexualisierung eine große Hürde dar, über den intimen Bereich der Sexualität zu sprechen. So suchen nur wenige Personen mit sexuellen Funktionsstörungen Hilfe bei Fachpersonal (Corrado 1999). Dies erscheint überraschend, da die sexuelle Gesundheit ein wichtiger Prädiktor für das allgemeine Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit ist (Beier

► Tab. 2 Sexuelle Funktionsstörungen als weitere Diagnose.

Laufende Nr. (Fortsetzung von ► Tab. 1)	Informationen zu Patient_innen					Informationen zu Therapeut_innen			
	Ambulanz-Nr.	Alter	Geschlecht	Sexuelle Störung	Erstdiagnose Weitere Diagnosen	Laufende Nr.	Alter	Geschlecht	Appro- bation
9	1	26	w	Nichtorganische Dyspareunie (F52.6)	F33.0	3		w	nein
10	1	48	m	Erektionsstörung (F52.2)	F32.1	4		w	nein
11	2	22	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F45.2 F40.1, F32.1	2	30	w	nein
12	4	55	w	Störung der sexuellen Erregung bei der Frau (F52.2)	F54 F40.01	8		w	ja
13	5	45	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F40.01	9	25	w	
14	5	27	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F32. F40.2, F51.0	10	26	w	
15	5	51	m	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F40.1 F40.01, F33.X	11	25	w	
16	5	38	m	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F40.1 F33.X, F45.4	11	25	w	
17	5	23	m	Erektionsstörung (F52.2)	F41.1 F40.2	11	25	w	
18	5	19	m	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F34.1 F64.0, F60.31	12	25	w	
19	6	42	m	Ejaculatio Praecox (F52.4)	F33.1	13		m	nein
20	6	30	w	Orgasmusstörung (F52.3)	F33.0	14	28	m	ja
21	6	26	w	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F50.3	15		w	nein
22	6	25	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F60.31	16	28	w	ja
23	6	57	m	Erektionsstörung (F52.2)	F42.2 F33.4, F10.1	17	25	w	ja
24	6	25	w	Nichtorganische Dyspareunie (F52.6)	F40.1 F33.1	18	26	w	nein
25	6	23	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F32.1	18	27	w	nein
26	7	29	w	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F33.1 F50.2, F34.1	19			nein
27	7	27	w	Nichtorganischer Vaginismus (F52.5)	F45.2 F32.1	20			nein
28	7	37	m	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F90.0 F12.2, F10.1	23			ja
29	8	64	m	Erektionsstörung (F52.2)	F32.1	24	40	w	nein
30	8	24	m	Gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7)	F40.1	25	29	w	nein
31	8	23	w	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)	F50.3	26	26	w	nein

und Loewit 2011; Velten und Margraf 2017). Im Hinblick auf die hier vorliegende Studie kommt hinzu, dass Behandler_innen in den teilnehmenden Hochschulambulanzen jung und überwiegend weiblich sind. Auch wenn sich in dieser Studie keine Altersunterschiede bei Patient_innen und Behandler_innen mit und ohne diagnostizierte sexuelle Störungen zeigten, ist nicht auszuschließen, dass es gerade älteren männlichen Patienten schwerer fällt, mit wesentlich jüngeren weiblichen Therapeutinnen über ein vermeintlich peinliches Problem zu sprechen. Rump und Maß (2015) konnten zeigen, wie eng der Zusammenhang zwischen Prävalenzschätzungen für sexuelle Funktionsstörungen und dem aktiven Explorationsverhalten der Behandler_innen ist: Behandler_innen, die angaben, ihre Patient_innen von sich aus regelmäßig nach sexuellen Funktionsstörungen zu fragen, berichteten für immerhin 6.9% ihrer Patient_innen eine sexuelle Funktionsstörung, während diejenigen, die nie danach fragen, einen Anteil von nur 0.3% beschrieben.

Patient_innen bevorzugen andere Formen der Hilfe und die Versorgungsstruktur legt andere Hilfsangebote nahe.

Die geringe Anzahl diagnostizierter sexueller Funktionsstörungen in unserer Studie lässt es denkbar erscheinen, dass sich Patient_innen mit sexuellen Problemen, wenn überhaupt, vorwiegend an andere, spezialisierte Stellen wenden, da dies die Hemmschwelle, über das sexuelle Problem zu sprechen, senken kann. Laut Jahresbericht des *pro familia Bundesverbandes* führten die Beratungsstellen deutschlandweit im Jahr 2016 über 50 000 Beratungen zu den Themen Partnerschaft und Sexualität durch (*pro familia Bundesverband* 2018). Auch ermöglichen die Webseiten einiger Psychotherapeutenkammern (z. B. NRW, Berlin) eine direkte Suche nach niedergelassenen Psychotherapeut_innen, die sich auf Sexualtherapie spezialisiert haben. Dies spricht dafür, dass eine Vielzahl von Personen mit sexuellen Problemen spezialisierte Angebote eher als Anlaufstelle wahrnehmen als Hochschulambulanzen an psychologischen Instituten. Es ist zudem anzunehmen, dass betroffene Paare eher paartherapeutische Angebote aufsuchen, als individuelle Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Eventuell herrscht bei Betroffenen auch Unklarheit darüber, dass ambulante Psychotherapeut_innen (wie die an Hochschulambulanzen) sexuelle Störungsbilder überhaupt behandeln.

Die geringe Zahl der Patient_innen mit sexuellen Funktionsstörungen kann zudem dadurch bedingt sein, dass besonders männliche Patienten ihr Problem eher als somatisch ansehen und eine medikamentöse Therapie einer psychotherapeutischen Behandlung vorziehen (Hoyer 2013). In diesem Kontext ist der immense Verkaufserfolg von Viagra und Nachfolgeprodukten ein weiteres Argument dafür, dass männliche Patienten möglicherweise bevorzugen, bei der Lösung sexueller Probleme ohne fachliche Hilfe auszukommen, statt sich selbst im Rahmen von psychotherapeutischen Gesprächen in der Patientenrolle zu erleben. Die hochwirksamen Medikamente zur Behandlung der Erektionsstörungen versprechen eine schnelle Abhilfe für den Patienten, reduzieren das Problem allerdings allein auf die Funktionsebene. Heim und Strauß (2001) weisen auf die Gefahren dieser „Medikalisierung“ sexueller Funktionsstörungen hin.

Andere Störungen verursachen größeren Leidensdruck.

Möglich erscheint auch, dass andere Störungen aus dem Anwendungsbereich der Psychotherapie mehr Leidensdruck verursachen. Hier lässt sich feststellen, dass es deutliche Unterschiede in der objektiv durch Expert_innen diagnostizierten und der subjektiv empfundenen Behandlungsbedürftigkeit bei Patient_innen gibt: Bei den von Dunn et al. (1999) befragten Teilnehmer_innen mit sexuellen Störungen hatten 64% der Männer und 44% der Frauen einen diesbezüglichen Therapiewunsch. Dieser Befund kann als Hinweis auf einen verhältnismäßig geringen Leidensdruck verstanden werden, der mit einer eingeschränkten Motivation, professionelle Hilfe aufzusuchen, verbunden ist. Vergleichende Daten, die den speziell mit sexuellen Funktionsstörungen verbundenen Leidensdruck (und den daraus ggf. resultierenden Wunsch nach psychotherapeutischer Behandlung) systematisch mit demjenigen bei anderen psychischen Störungen vergleichen, fehlen allerdings nach unserem Kenntnisstand noch.

Sexuelle Probleme sind vollständig durch andere Diagnosen zu erklären

Des Weiteren können die Ergebnisse implizieren, dass die hohen Raten sexueller Probleme, wie sie in epidemiologischen Studien berichtet werden, vielfach vollständig durch komorbide Diagnosen zu erklären sind. Sexuelle Probleme treten bei Patient_innen mit psychischen Störungen deutlich häufiger auf. Sie können durch die Psychopathologie der psychiatrischen Störung, aber auch durch ihre Pharmakotherapie verursacht werden. In diesem Fall sollen bislang gemäß der ICD- und DSM-Kriterien ausdrücklich die Diagnosen der Hauptstörungen vergeben werden. Wenn diese Interpretation zutrifft, sollte es in den kommenden Jahren zu einem deutlichen Anstieg der diagnostizierten sexuellen Störungsbilder kommen. Mit Einführung des ICD-11 können auch sexuelle Funktionsstörungen, die sich vollständig auf körperliche oder psychische Störungen zurückführen lassen, diagnostiziert werden (Hoyer und Velten 2017). Zusätzlich können Therapeut_innen dann vermerken, von welchen ätiologischen Faktoren das Störungsbild beeinflusst wird (z. B. Orgasmusstörung assoziiert mit depressiver Störung und antidepressiver Medikation; Briken et al. 2020).

Sexuelle Funktionsstörungen werden unterdiagnostiziert.

Praktisch alle zur Datenlage beitragenden Ambulanzen setzten das SKID-Interview ein, welches keine eigene Sektion für sexuelle Funktionsstörungen enthält (Wittchen et al. 1997). Somit ist der diagnostische Prozess in den teilnehmenden Ambulanzen so angelegt, dass die Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen systematisch unterschätzt wird. Es oblag den jeweiligen Therapeut_innen, Kriterien für sexuelle Störungen abzufragen bzw. Screening-Instrumente für sexuelle Störungen (Hoyer et al. 2015a) einzusetzen. Inwiefern die Einführung der aktuellen Version des „Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen“ (DIPS, Margraf et al. 2017), welches ein Screening für sexuelle Störungen beinhaltet, in einigen der teilnehmenden Ambulanzen zukünftig in einer höheren Behandlungsprävalenz resultiert, wird sich zeigen. Die Untersuchungsstrategie des KODAP-Verbunds (Hoyer et al. 2015b) ist dabei so angelegt, dass die hier berichteten Daten regelmäßig neu ermittelt werden

können, wodurch longitudinale Veränderungen in der Diagnosestellung zu erkennen sein werden.

Die Tatsache, dass sexuelle Probleme in vielen strukturierten diagnostischen Interviews nicht standardmäßig abgefragt werden, kann den Eindruck von Patient_innen, mit sexuellen Themen nicht an der richtigen Adresse zu sein, verstärken. Dieser Effekt ist möglicherweise bei Personen, die von Psychotherapeut_innen in Ausbildung behandelt werden, noch stärker ausgeprägt. Auch wenn unsere Studie keine Hinweise darauf liefert, dass jüngere und in Ausbildung befindliche Therapeut_innen sexuelle Störungen noch seltener diagnostizieren, ist nicht auszuschließen, dass fehlendes Störungswissen (Seminare zu sexuellen Störungen finden, wenn überhaupt, meist am Ende des Curriculums statt) oder ein Mangel an spezifischer Supervision dazu führen, dass der Bereich der sexuellen Funktion nicht oder nur unzureichend exploriert wird. Es ist somit anzunehmen, dass sexuelle Funktionsstörungen häufig unerkannt bleiben, solange Patient_innen diese Problematik nicht von sich aus ansprechen (Reinecke et al. 2006). Wir verbinden mit unseren Ergebnissen den deutlichen Appell an Psychotherapie-Ausbildungsinstitute, die Diagnostik, einschließlich der Sexualanamnese, und die Behandlung sexueller Funktionsstörungen angemessen im Ausbildungskanon zu berücksichtigen.

Zahlen bilden „wahre Prävalenz“ sexueller Funktionsstörungen ab.

Andererseits ist es auch denkbar, dass die oben berichteten Daten die „wahre Prävalenz“ der sexuellen Funktionsstörungen korrekt abbilden. Dies würde bedeuten, dass sexuelle Funktionsstörungen deutlich seltener sind als bisher gedacht und dass ihre Häufigkeit auf Basis epidemiologischer Studien deutlich überschätzt wurde. In diesem Fall könnte es sein, dass sexuelle Probleme und sexuelle Störungen verwechselt wurden. In der Sexualität interagieren biologische, soziale und kulturelle Einflüsse unmittelbar miteinander. Die Komplexität der potenziellen Einflussfaktoren macht deutlich, dass sexuelle Probleme, z. B. das Nachlassen der sexuellen Lust, durch Partnerschaftsprobleme ausgelöst werden oder als Ausdruck natürlicher Alterungsprozesse vorkommen können (Loewit und Bosinski 2016). Dieser Erklärungsansatz erscheint jedoch vor allem im Kontext der deutschen GeSiD-Studie unwahrscheinlich, die berichtet, dass 13 bis 18 % der sexuell aktiven Personen in Deutschland stark beeinträchtigende sexuelle Funktionsstörungen erleben (Briken et al. 2020).

Limitationen

Die hier vorgestellten Ergebnisse fassen Daten aus der ambulanzübergreifenden Zusammenführung von Forschungsdaten von 16 teilnehmenden KODAP-Ambulanzen zusammen. Somit wird angesichts von mehr als 4 500 eingeschlossenen Patient_innen zum ersten Mal eine robuste Schätzung der vergebenen F52-Diagnosen in universitären Ambulanzen für Psychotherapie in Deutschland möglich. Da nur etwa die Hälfte aller deutschen Institutsambulanzen für Psychotherapie an psychologischen Instituten bei dieser Studie kooperiert hat, bleibt unklar, inwieweit die hier teilnehmenden Patient_innen repräsentativ für die Behandlungspopulation aller deutschen Institutsambulanzen sind. Darüber hinaus wurden Ambulanzen, die an medizinischen Fakultäten angesiedelt sind, in dieser Studie nicht berücksichtigt. Fehlende Werte vor allem auf

Ebene der behandelnden Therapeut_innen reduzieren die Interpretierbarkeit der Ergebnisse zusätzlich.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern Hochschulambulanzen repräsentativ für die ambulante Psychotherapie als Ganzes sind. In diesem Zusammenhang ist aber hervorzuheben, dass die auf der klinischen Diagnostik in niedergelassenen Praxen beruhenden Daten von Wittmann et al. (2011) hinsichtlich der sexuellen Funktionsstörungen recht ähnlich ausfielen.

Implikationen

Um unabhängig vom relativen Beitrag der oben genannten Erklärungen die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass sexuelle Störungen in universitären Hochschulambulanzen übersehen bzw. unterdiagnostiziert werden, sollten diese im Rahmen der Eingangsdiagnostik systematisch erfasst werden. Alternativ zur aktuellen Version des DIPS-Interviews, welches Einstiegsfragen für den Bereich der sexuellen Störungen beinhaltet, kann ein spezifisches Screening-Instrument für sexuelle Störungen (Hoyer et al. 2015a) angewendet werden. Zur vertiefenden Exploration sexueller Störungsbereiche existiert zudem ein „Strukturiertes Interview für sexuelle Funktionsstörungen“ (Hoyer et al. 2014). Eine besonders zeiteffiziente Exploration sexueller Störungen kann über deutsche Versionen von Selbstberichtsfragebögen, wie z. B. den „Female Sexual Function Index“ (Berner et al. 2004) oder den „International Index of Erectile Function“ (Wiltink et al. 2003), geschehen. Auch wenn sich diese Verfahren für sich genommen nicht zur Störungsdiagnostik eignen, bieten sie einen guten Einstieg für eine vertiefte Exploration relevanter Symptombereiche.

Eine hinreichende Berücksichtigung sexueller Funktionsstörungen im Studium und der Psychotherapieausbildung stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass sexuelle Störungen diagnostiziert und erfolgreich behandelt werden können. Die Vermittlung theoretischer Kenntnisse über häufige Symptome und Störungsbilder sollte dabei durch eine Einführung in die Praxis der Sexualanamnese sowie durch praktisch-interventionelle Übungen und Rollenspiele ergänzt werden. Dadurch können sich angehende Therapeut_innen kompetent erleben, sexuelle Schwierigkeiten zu explorieren und Patient_innen bei der Überwindung der Störungsbilder zu unterstützen.

Fazit

Bei sexuellen Funktionsstörungen ist häufig Psychotherapie indiziert, was vorliegende Metaanalysen für die meisten Störungsbereiche deutlich belegen. Gerade bei bestehenden komorbiden, psychotherapeutisch gut behandelbaren Störungen ist die Integration der sexuellen Funktionsstörung in die psychotherapeutische Fallkonzeption naheliegend und erfolgversprechend (Hoyer 2013). Gleichzeitig werden bislang in psychologischen Hochschulambulanzen kaum Patient_innen mit sexuellen Funktionsstörungen vorgestellt. Inwiefern Patient_innen mit sexuellen Störungsbildern stattdessen vorrangig ärztliche Kolleg_innen oder spezialisierte Beratungsangebote als Ansprechpartner_innen wählen, sollten zukünftige versorgungsepidemiologische Studien zeigen. Nur gezielt geplante Studien zur Behandlungsprävalenz könnten diese Frage klären. Diese müssten systematische diagnostische Untersuchungen zur Häufigkeit sexueller Probleme und sexueller Funktionsstörungen in Versorgungssegmenten, in denen Patient_innen

wegen sexueller Funktionsstörungen vorstellig werden (z. B. in der Urologie, Gynäkologie, Sexualtherapie oder in Beratungsstellen) beinhalten. Interessant wären in diesem Kontext auch Befragungen von Behandler_innen zu ihrem Umgang mit Diagnosevergabe und Behandlungsangeboten bei sexuellen Funktionsstörungen. Solange solche Studien nicht vorliegen, ist schwer zu beurteilen, inwieweit es im Bereich sexueller Funktionsstörungen zu Fehlversorgung und Fehlzusweisungen kommt.

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [APA] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington, DC: APA 2013
- Appa AA, Creasman J, Brown JS, Van Den Eeden SK, Thom DH, Subak LL, Huang AJ. The Impact of Multimorbidity on Sexual Function in Middle-Aged and Older Women: Beyond the Single Disease Perspective. *J Sex Med* 2014; 11: 2744–2755
- Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Gurbuz C, Ofluoglu Y, Cil E, Caskurlu T. Hyperthyroidism: A Risk Factor for Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2011; 8: 2327–2333
- Beier KM, Loewit K. Praxisleitfaden Sexualmedizin. Berlin: Springer 2011
- Berner MM, Kriston L, Zahradnik HP, Härter M, Rohde A. Überprüfung der Gültigkeit und Zuverlässigkeit des deutschen Female Sexual Function Index (FSFI-d). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2004; 64: 293–303
- Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, Dekker A. Prävalenzschätzungen sexueller Dysfunktionen anhand der neuen ICD-11-Leitlinien. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: 653–658
- Brunner F, Koops T, Nieder TO, Reed GM, Briken P. Stationäre Krankenhausbehandlungen ausgewählter sexueller Störungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 987–998
- Corrado M. Men and Erectile Dysfunction: A Survey of Attitudes in 10 Countries. *ISIR Newsbulletin* 1999; 2
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of Sexual Problems with Social, Psychological, and Physical Problems in Men and Women: A Cross Sectional Population Survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 144–148
- El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N, Youssef S, Ahmed I. Sexual Dysfunction in Rheumatoid Arthritis Patients: Arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 2012; 31: 601–606
- Farag YMK, Guallar E, Zhao D, Kalyani RR, Blaha MJ, Feldman DI, Martin SS, Lutsey PL, Billups KL, Michos ED. Vitamin D Deficiency Is Independently Associated with Greater Prevalence of Erectile Dysfunction: The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001–2004. *Atherosclerosis* 2016; 252: 61–67
- [GBA] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. (Psychotherapie-Richtlinie). GBA: Berlin 2020 [Als Online-Dokument: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_ik-2021-02-18.pdf]
- Heim D, Strauß B. Klinisch-psychologische Aspekte der erektilen Dysfunktion: Die Bedeutung psychosozialer Faktoren. *Z Klin Psychol Psychother* 2001; 30: 97–103
- Hoyer J. Sexuelle Funktionsstörungen und ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2013; 58: 371–378
- Hoyer J, Klein V, Schierz K, Briken P. Screening für sexuelle Funktionsstörungen nach DSM-5. *Z Sexualforsch* 2015a; 28: 36–42
- Hoyer J, Reitz D, Frank-Noyon E. SISEX. Strukturiertes Interview für sexuelle Funktionsstörungen. In: Richter D, Brähler E, Strauß B, Hrsg. Diagnostische Verfahren der Sexualwissenschaft. Göttingen: Hogrefe 2014; 173–177
- Hoyer J, Uhmann S, Rambow J, Jacobi F. Reduction of Sexual Dysfunction: By-Product of Cognitive-Behavioural Therapy for Psychological Disorders? *Sex Relation Ther* 2009; 24: 64–73
- Hoyer J, Velten J. Sexuelle Funktionsstörungen: Wandel der Sichtweisen und Klassifikationskriterien. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 979–986
- Hoyer J, Velten J, Benecke C, Berking M, Heinrichs N, In-Albon T, Lincoln T, Lutz W, Schlarb A, Schöttke H. Koordination der Forschung an Hochschulambulanz für Psychotherapie: Status quo und Agenda. *Z Klin Psychol Psychother* 2015b; 44: 80–87
- Laumann EO. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999; 281: 537–544
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T, Grp GI. 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* 2005; 17: 39–57
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC, Page P. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA* 1999; 281: 537–545
- Laurent SM, Simons AD. Sexual Dysfunction in Depression and Anxiety: Conceptualizing Sexual Dysfunction as Part of an Internalizing Dimension. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 573–585
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira Jr ED, Rellini AH, Segraves T, Segraves RT. Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7: 1598–15607
- Lieberz K, Krumm B, Adamek L, Mühligh S. Erst- und Umwandlungsbeiträge bei den psychodynamischen Therapieverfahren in der Richtlinien-Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2010; 56: 244–258
- Loewit K, Bosinski HAG. Grundlagen der Sexualmedizin. Die Urologie. Berlin: Springer 2016; 1643–1651
- Margraf J, Cwik JC, Pflug V, Schneider S. Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne. *Z Klin Psychol Psychother* 2017; 46: 176–186
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A. DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer 1994
- McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann EO, Lee SW, Segraves RT. Risk Factors for Sexual Dysfunction among Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med* 2016; 13: 153–167
- Mitchell KR, Jones KG, Wellings K, Johnson AM, Graham CA, Datta J, Copas AJ, Bancroft J, Sonnenberg P, Macdowall W, Field N, Mercer CH. Estimating the Prevalence of Sexual Function Problems: The Impact of Morbidity Criteria. *J Sex Res* 2016; 53: 955–967
- Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, Copas AJ, Tanton C, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Phelps A, Johnson AM, Wellings K. Sexual Function in Britain: Findings from the Third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382: 1817–1829
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED, Paik A, Gingell C. Sexual Behavior and Sexual Dysfunctions after Age 40: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Urology* 2004; 64: 991–997
- pro familia Bundesverband. Jahresbericht 2017. Frankfurt/M.: pro familia Bundesverband 2018 [Als Online-Dokument: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/verband/jahresbericht_2017_web_kennwort.pdf]
- Reinecke A, Schöps D, Hoyer J. Sexuelle Dysfunktionen bei Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz: Häufigkeit, Erkennen, Behandlung. *Verhaltenstherapie* 2006; 16: 166–172

- Rump MJ, Maß R. Die ambulante Versorgung von Personen mit sexuellen Funktionsstörungen auf dem Lande – ein schlafender Hund? *Z Sexualforsch* 2015; 28: 22–35
- Schmidt HM, Höhna C, Widmeier E, Berner MM. Psychosoziale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Männern. *Z Sexualforsch* 2017a; 30: 95–137
- Schmidt HM, Höhna C, Widmeier E, Berner MM. Psychosoziale Interventionen für sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen. *Z Sexualforsch* 2017b; 30: 213–247
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual Problems and Distress in United States Women. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 970–978
- Velten J, Bräscher AK, Fehm L, Fladung AK, Fydrich T, Heider J, Hentschel S, Limberg-Thiesen A, Lutz W, Margraf J, Schöttke H, Witthöft M, Hoyer J. Behandlungsdiagnosen in universitären Ambulanzen für psychologische Psychotherapie im Jahr 2016. *Z Klin Psychol Psychother* 2018; 47: 175–185
- Velten J, Margraf J. Satisfaction Guaranteed? How Actor, Partner, and Relationship Factors Impact Sexual Satisfaction within Partnerships. *PLoS One* 2017; 12: e0172855
- Velten J, Margraf J, Benecke C, Berking M, In-Albon T, Lincoln T, Lutz W, Schlarb A, Schöttke H, Willutzki U, Hoyer J. Methodenpapier zur Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP). *Z Klin Psychol Psychother* 2017; 46: 169–175
- Wiltink J, Hauck EW, Phädayanon M, Weidner W, Beutel ME. Validation of the German Version of the International Index of Erectile Function (IIEF) in Patients with Erectile Dysfunction, Peyronie's Disease and Controls. *Int J Impot Res* 2003; 15: 192–197
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. 1997
- Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Völkle MC, Böhnke JR, Köck K, Bittermann A, Ruprecht T. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. Abschlussbericht. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2011