

Endokrine Aspekte bei Libidostörungen

Prof. Dr. med. Christoph Keck

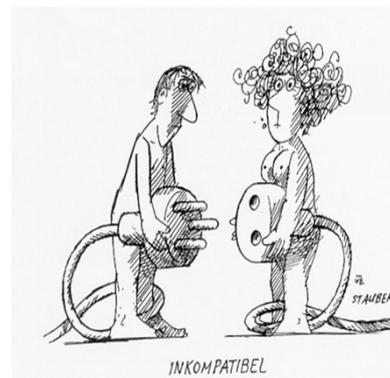
05/2025

**CARING
FOR YOUR HEALTH
IS ALL WE DO**



Agenda

- Klassifikation und Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen
- Differenzialdiagnostik der Libidostörung
- Labordiagnostik
- „Pille“ und Libido
- Therapieoptionen:
 - Pflanzliche Präparate
 - Flibanserin
 - Vyleesi
 - Estrogen/Progesteron-Therapie
 - Testosteron
 - DHEA



Ist das denn überhaupt ein relevantes Thema ?



3

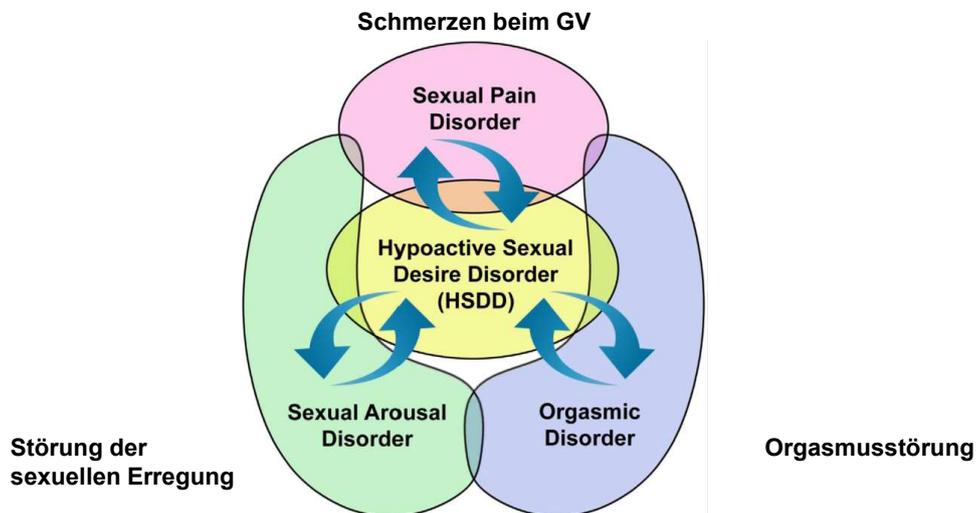
Klassifikation Sexueller Funktionsstörungen nach ICD-10-Codierung

sexuelle Funktionsstörungen bei der Frau nach ICD-10-Codierung	Prävalenz
Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F 52.0)	17 – 55%
sexuelle Aversion, sexuelles Vermeiden (F 52.1)	~ 8%
Versagen genitaler Reaktionen/Erregung (F 52.2)	8 – 15%
Orgasmusstörung (F 52.3)	16 – 25%
nicht organischer Vaginismus (F 52.5)	~ 10%
nicht organische Dyspareunie (F 52.6)	12 – 27%
gesteigertes sexuelles Verlangen (F 52.7)	?

Man kann davon ausgehen das 25-30% der peri- und postmenopausalen Frauen einen deutlichen Leidensdruck durch Libidomangel/-verlust verspüren

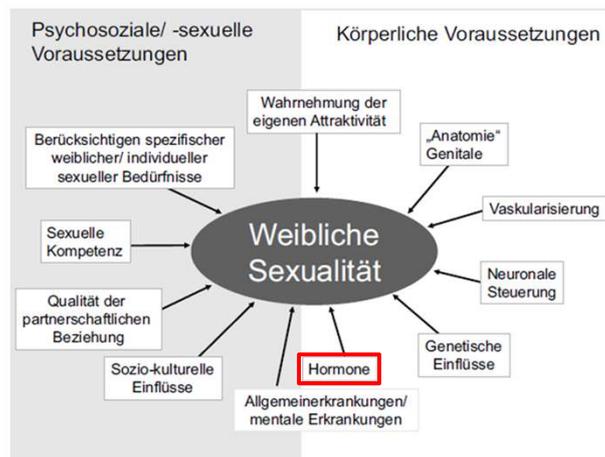
4

Überlappende Störungen der Sexualfunktion



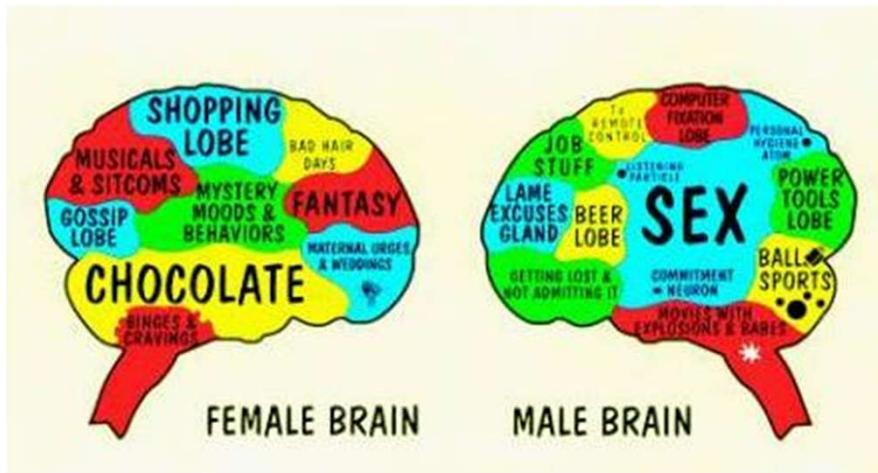
5

Einflussfaktoren der weiblichen Sexualität



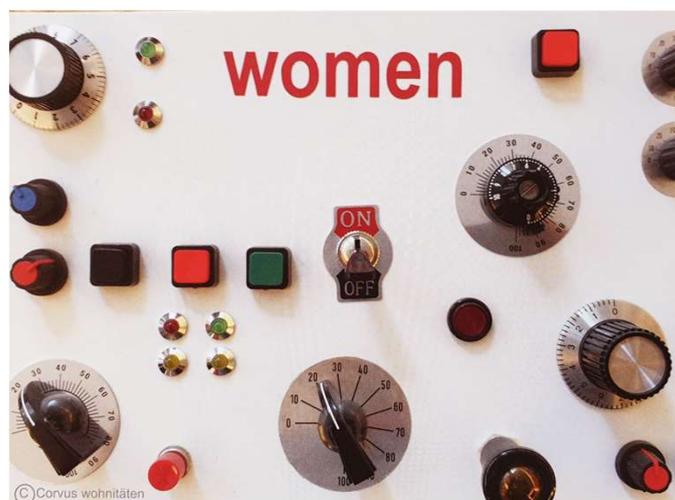
6

Neurobiologie: weibliche versus männliche Hirnstrukturen



7

Geschlechtsspezifische Unterschiede:



8

Geschlechtsspezifische



9

Sexualanamnese

Thema	Details
Partnerschaft(en)	Jetziger Zustand der Beziehung? Gegenwärtiges Sexualverhalten? Wieso jetzt gemeldet (aktuelle Veränderungsmotivation)? Entwicklung der Beziehung? Konflikte/Streitverhalten? Kinder/Kinderwunsch? Unterschiedliche Sexualnormen?
sexuelle Entwicklung und Identität	Soziosexuelle Entwicklung (männliche und weibliche Rollen- vorbilder, Kommunikation über Sexualität in der Herkunftsfamilie, eigene Entwicklungsschritte bzw. Traumata)? Deviante Fantasien? Geschlechtsidentität/Geschlechterrolle?
Informationsdefizite	biologische Grundlagen, sexuelle Mythen
äußere Störfaktoren	Angst, dass Kinder/Eltern stören? Wochenendbeziehung? Berufsleben und Freizeit (Überarbeitung, Unzufriedenheit)?
Krankheiten	Körperliche/psychische Erkrankungen? Nebenwirkungen von Therapien?
Abhängigkeit oder Missbrauch	Alkohol, Rauchen, Medikamente, Drogen

10

Sexualanamnese

Aspekte der Anamnese	Details zur Anamnese
Dauer der Störung	Plötzlich oder langsame Entwicklung? Schwankungen?
Abhängigkeit der Störung	Situativ? Praktikbezogen? Partnerbezogen? Lebenslang oder erworben? Gefühle und Gedanken bezüglich der Problematik?
Appetenz	Häufigkeit von sexuellem Verlangen und wie wird dieses bewertet? Seit wann wurden welche Veränderungen bemerkt?
Lubrifikation	Lubrifikation bei Masturbation, Petting, Koitus, sexuellen Fantasien? Zeitpunkt der Lubrifikation? Wann geht diese verloren?
Orgasmus	Häufigkeit bei Masturbation, Petting, Koitus? Erleben des Orgasmus? Gefühle und Gedanken beim Orgasmus? Bewertung des Orgasmus durch den Partner (aus Sicht der Frau)?
Kontrazeption/ Hormonersatztherapie	Welche? In welchem Alter begonnen? Wie lange eingenommen? Wirkung auf Sexualität?
Geburten und evtl. Komplikationen	Schwangerschaftserlebnis? Art der Entbindung und weiterer Verlauf? Subjektives Geburtserlebnis? Kinderversorgung?
gynäkologische Erkrankungen	Endometriose, Karzinomerkrankungen, Deszensus, Prolaps mit und ohne Inkontinenz, Operationen (Laparoskopie, Hysterektomie etc.)

11

Libidoverlust bei allgemeinen Erkrankungen und hormonellen Veränderungen

Libidoverlust bei chronischen Erkrankungen:

- Metabolisches Syndrom: Diabetes/Hypertonie/Fettstoffwechselstörungen/Adipositas
- Rheumatische Erkrankungen/entzündliche Erkrankungen/Malignomerkrankungen

Hormonelle Veränderungen:

- Perimenopause/Postmenopause
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Störungen des Androgenhaushalts
 - Polyzystisches Ovarsyndrom
 - Nebennierenfunktionsstörung
- Hyperprolaktinämie

12

Labordiagnostik zur Abklärung von Libidostörungen



- Blutbild; Ferritin; CRP; HbA1c; Lipidprofil (Gesamt-Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Triglyzeride)
- RR-Messung
- ggf. OGTT
- Estradiol, LH, FSH
- TSH (ggf. fT3; fT4 sowie TPO-/TRAK-AK)
- Testosteron, SHBG, Androstendion, DHEAS
- Prolaktin

13

Medikamente

Medications associated with female sexual dysfunction.

Medication	Desire disorder	Arousal disorders	Orgasm disorders
Psychotropics			
Antipsychotics	+		+
Barbiturates		+	+
Benzodiazepines	+	+	
Lithium	+	+	+
SSRIs	+	+	+
TCA	+	+	+
MAO inhibitors			+
Trazodone	+		
Venlafaxin	+		
Cardiovascular and antihypertensive medications			
Antilipid medications	+		
Beta blockers	+		
Clonidine	+	+	
Digoxin	+		+
Spirolactone	+		
Methylidopa	+		
Hormonal preparations			
Danazol	+		
GnRH agonists	+		
Hormonal contraceptives	+		
Antiandrogens	+	+	+
Tamoxifen	+	+	
GnRH analogues	+	+	
Ultralight contraceptive pills	+	+	



14

Pille und Libido

Beeinflusst die Pille die Lust auf Sex?
Lustkiller Pille? Einige Frauen klagen über eine nachlassende Libido durch die Antibabypille. Eine Studie fand jedoch keine handfesten Belege für einen Zusammenhang zwischen Pille und Lust

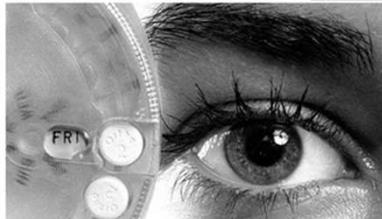


Die Antibabypille wird 50
Weniger Libido und andere Mythen

Christine Pander, 23.06.2010 07:42 Uhr

1 Faktoren ab

2 Fotos



Libidostörungen und orale Kontrazeptiva

■ Eine Störung der sexuellen Appetenz (Libido) ist definiert als ein Mangel oder Verlust sexuellen Verlangens. Sie beinhaltet
 → eine Verminderung des Denkens an Sexualität,
 → eine Verminderung von sexuellen Phantasien,
 → eine verminderte Suche nach sexuellen Reizen,
 → eine seltene Initiierung von sexuellen Kontakten.
 Die Folge ist meist ein Mangel an sexueller Erregung und Befriedigung.

Eine sexuelle Appetenzstörung kann primär vorhanden oder sekundär erworben sein. Sie kann situativ auftreten und auf einen bestimmten Partner begrenzt oder aber auch praktikabilitätsgemäß sein.

Als Ursachen kommen neben schweren Erkrankungen, zunehmendem Lebensalter oder Ketten in der Partnerschaft auch hormonelle Veränderungen, z. B. postmenopausal oder postpartal, in Betracht. Immer wieder berichten aber auch Frauen unter Anwendung hormonaler Kontrazeptiva über eine Abnahme der Libido. Geschichtliche Studien über korrelierte Zusammenhänge zwischen „abnehmenden“ Pillen und einer Libidobehinderung liegen jedoch zumeist nicht vor. Diskutiert werden u. a. Gestagen mit antiandrogener Partialwirkung oder höhere Estradiolspiegel, die das SHBG erhöhen und damit Testosteron binden. Da dies aber nur bei einigen Patientinnen zur Abnahme der Libido führt, muss es auch immer wieder im Kontext mit anderen, die Sexualität beeinflussenden Faktoren, z.B. Partnerkonflikte, betrachtet werden.

Les 5: 19 Jahre; sexuelle Unlust belastet die Beziehung

hätte sie keine Beschwerden und auch die Dyspareunie spielte keine Rolle mehr.

Vor fünf Monaten traten bei ihr Zwischenhaltungen auf, weshalb ihr eine Pille mit relativ hoher Estradioldosis und einem Gestagen mit antiandrogener Partialwirkung verordnet wurde.

Die Beziehung zu ihrem derzeitigen Freund besteht seit fast zwei Jahren und sie ist sehr glücklich mit ihm. Stress, akute Erkrankungen, Änderung der beruflichen oder familiären Situation bzw. andere kritische Lebensereignisse, die eine Libidostörung hervorrufen könnten, werden von ihr verneint.

Auf Nachfrage berichtet sie, dass sich in dem gleichen Zeitraum auch die Masturbationsfrequenz verringert habe und sie gelegentlich sogar Schmerzen bei sexuellen Aktivitäten verspüre, was sie jedoch auf die verminderte Lust zurückführt. Die anschließend durchgeführte gynäkologische Untersuchung und die Vaginomanometrie ergaben einen normalen Genitalbefund.

Nach Erhebung der Anamnese und der gynäkologischen Befunde haben wir der Patientin eine Pille im Original verordnet mit Levonorgestrel als Gestagen plus niedriger Dosis an Ethinylestradiol (20 µg). Bei der Wiedervorstellung nach drei

Monaten berichtet die Patientin, dass sie jetzt wieder wie



Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahmelt, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sexualmedizin
 Praxis für Frauenheilkunde und gynäkologische Forschung, Magdeburg



Cornelia Friedrich, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sexualmedizin
 Praxis für Frauenheilkunde, Kötten

15

Wie kann es durch Einnahme der Pille zur Abnahme der Libido kommen ?

- Erklärungsversuche:
 - Durch Einnahme der Pille wird die Eierstockfunktion unterdrückt
 - Insbesondere kommt es zur Abnahme der Testosteronspiegel im Serum
 - Testosteron ist – auch bei der Frau – für das Lustempfinden wichtig

Stimmt das ??

Grundsätzlich ja, aber.....

16

Pille und Libido

- Die Einnahme der Pille führt zwar zu Veränderungen der Hormonspiegel, insbesondere für Testosteron, SHBG und freies Testosteron
- Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Hormonspiegeln und Sexualität/Libido lässt sich jedoch nicht aufzeigen
- Das heißt:
 - Eine Hormonbestimmung vor und unter der Pilleneinnahme hilft nicht zur Erklärung des Libidoverlustes
 - Es hängt nicht vom jeweiligen Pillenpräparat ab (androgen oder antiandrogen ausgerichtet) ob es zum Libidoverlust kommt

17

Praktisches Vorgehen: (nach Ahrendt, 2013)

- Wechsel auf eine andere Ethinylestradioldosis (z.B. 20µg statt 30µg)
- Wechsel von Ethinylestradiol auf Estradiol (oder umgekehrt)
- Wechsel auf ein anderes Einnahme-Schema (24 Tage statt 21 Tage; Langzyklus statt 21 oder 24 Tage)
- Wechsel auf eine andere Applikationsform (Vaginalring oder Spirale statt Pille)



Der entscheidende Faktor ist der Präparatewechsel, die Änderung des Einnahmemodus, oder der Wechsel der Applikationsform

18

Off-label Medikamente zur Behandlung von Libidostörungen



- Pflanzliche Präparate
- Flibanserin
- Vyleesi
- Estrogen-Gestagen-Therapie
- Androgene
 - Testosteron
 - DHEA



19

Pflanzliche Präparate



- Maca
 - Extrakt aus peruanischem Knollengewächs (Maca-Pflanze) Wirkmechanismus unklar
- Ginseng
 - Hauptwirkstoffe: Saponine, Wirkmechanismus unklar, antioxidativer Effekt
- Ginkgo biloba
 - Primär zur Neuroprotektion eingesetzt, Wirkmechanismus unklar
- Gelée Royale
 - Extrakt aus Bienenwachs der Bienenköniginnen, Wirkmechanismus ggf. über antioxidativen Effekt
- Aminosäuren
 - Für Tyrosin, Arginin, Niacin Effekte gegenüber Placebo belegt

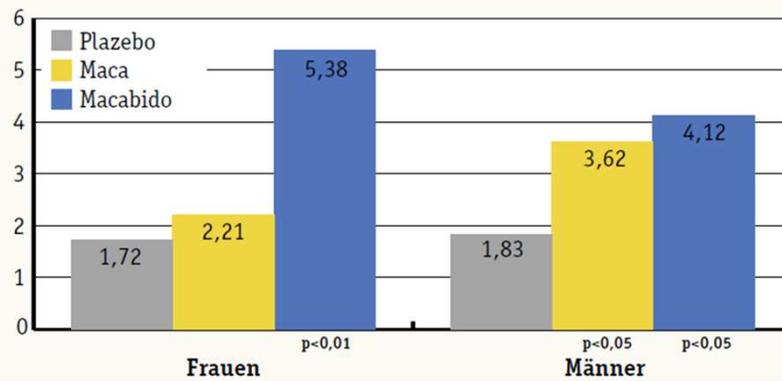


20

Einfluss von Maca/Macabido



Veränderungen der Libido



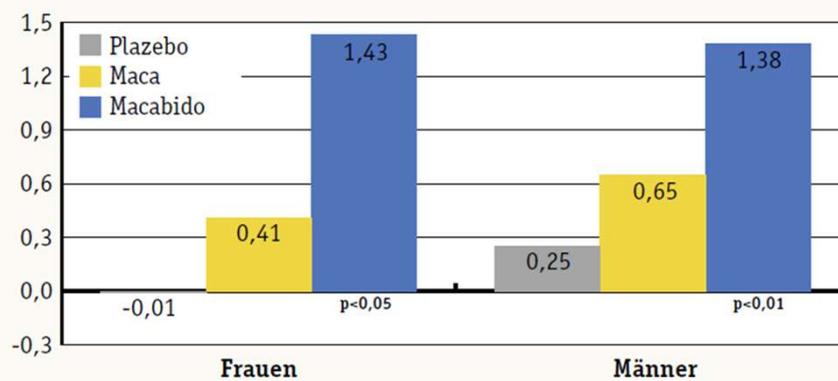
106 Frauen und Männer; Behandlungsdauer: 8 Wochen

21

Einfluss von Maca/Macabido



Veränderung der sexuellen Zufriedenheit



106 Frauen und Männer; Behandlungsdauer: 8 Wochen

22

Flibanserin: „Pink Viagra“



- Flibanserin ist ein Psychopharmakon (Serotoninrezeptor-Antagonist/-Agonist) (Boehringer Ingelheim/Sprout Pharmaceuticals, Inc. (USA))
- 2015 von der FDA im „dritten Anlauf“ für die Behandlung von Libidostörungen bei prämenopausalen Frauen zugelassen
- 3 Zulassungsstudien. Zielparameter:
 - Anzahl befriedigender sexueller Kontakte
 - Libido
 - Stressempfinden
 - 50 versus 100 mg/d (tägliche Einnahme !)
- Signifikante Überlegenheit gegen Placebo bei 100mg/d
- > 5% unerwünschte Ereignisse:
 - Somnolenz (15,8%)
 - Fatigue (7,6%)
 - Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit (6,3-6,9%)

Absolute Steigerung der sexuell befriedigender Aktivitäten: 0,5-1 pro Monat

23

„Breaking News“: 25.06.2019



25. Juni 2019, 15:47 Uhr Pharmazie

Spritze gegen Unlust

This carton contains:

4 Single-dose autoinjectors

Read enclosed instructions for Use before administration.

Zwei von fünf Anwenderinnen müssen mit Übelkeit rechnen

Dem geringen Effekt steht eine Reihe von Nebenwirkungen entgegen. Das von der US-Firma Amag Pharmaceuticals vertriebene Medikament kann zu Kopfschmerzen, Blutdruck-Erhöhung, starkem Erröten, in seltenen Fällen zu einer dunklen Verfärbung von Teilen der Haut - auch in Gesicht und Dekolleté - führen.

■ In den USA ist ein weiteres Medikament zugelassen worden, das Frauen helfen soll, die unter mangelndem sexuellen Verlangen leiden.

■ Die Wirkung ist mäßig, Nebenwirkungen sind häufig.

24

Hormonersatztherapie (HRT)

- Bei peri- und postmenopausalen Frauen mit Libidostörungen muss zunächst geklärt werden, ob die typischen klimakterischen Symptome vorliegen:
 - Hitzewallungen/Stimmungsschwankungen/Schlafstörungen
 - Lokale Beschwerden (vaginale Trockenheit) ?
- Falls es neben „Libidostörungen“ auch weitere Symptome des Klimakteriums (s.o.) gibt Indikation zur HRT
- Bei vegetativen Beschwerden:
 - Östrogen plus Gestagen (Östrogen-Monotherapie nur im Z.n. Hysterektomie)
- Bei lokalen Beschwerden:
 - Vaginale Östrogenbehandlung
- Es dauert typischerweise 3-6 Monate bis sich die Beschwerden deutlich gebessert haben

Was kann man tun falls es zu keine Besserung der Libidostörungen kommt ?

25

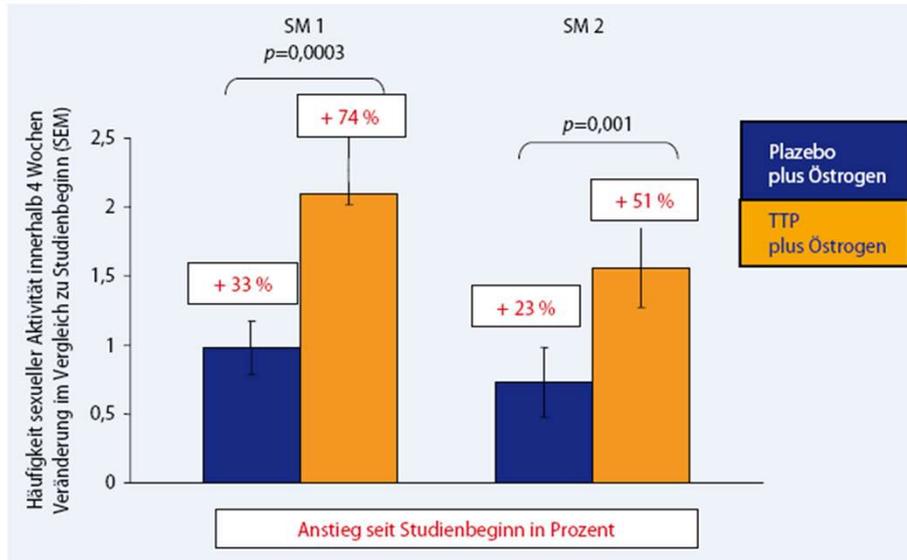
Indikationen einer Hormontherapie

1.5 Veränderung der sexuellen Funktion

	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad 0	Bei Frauen mit Libidoverlust in der Peri- und Postmenopause kann nach psychosexueller Exploration ggf. eine Testosterontherapie erwogen werden, wenn eine HRT nicht wirksam ist. Auf den off-label-use soll hingewiesen werden.
Level of Evidence 1b	Literatur: Menopause Full Guideline, Methods, evidence and recommendations, Version 1.5, 12 November 2015, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-pdf-559549261

26

Testosteronpflaster- gesteigerte sexuelle Aktivität nach 24 Wochen



27

Transdermale Testosterontherapie



- Testosteron transdermal: 3mg/Hub
 - Kein Effekt auf Serum-Steroidhormone
 - Keine androgenen Nebenwirkungen
 - signifikant verbessertes „sexuelles Erleben“
 - (Witherby S, et al., 2011)

Rezeptur Testosteron transdermal:

mikronisiertes Testosteron

in Liposomen-Gel (3mg/Hub)

(39,95€ für 100g, Dosierspender)

28

DHEA-Effekte bei der postmenopausalen Frau



First author, year (Ref.)	Study design	Duration (wk)	Dose (mg/d)	No. of PM women (age in yr)	Sexual function	Instrument to measure sexual function	Well-being	Instrument to measure well-being
Mortola, 1990 (9)	Placebo open label crossover	4	1600	6 (46–61)	No change 😞	Self-reported	Not assessed	
Morales, 1994 (16)	DB placebo crossover	24	50	15 (8 on HT) (40–70)	No change 😞	Visual Analog Scale	Not assessed	
Wolf, 1997 (70)	DB placebo crossover	2	50	15 (69 ± 1.7)	No change 😞	Self-reported	Nonsignificant improvement in mood and wakefulness	QOL Mood questionnaire CESDS
Bloch, 1999 (77)	DB placebo crossover	6	90 oral (3 wk), 450 oral (3 wk)	3 (45–63)	Not assessed		Significant improvement in mood	BDI, HDRS, CDS
Baulieu, 2000 (71)	DB placebo parallel	52	50	140 (>60)	Improvement 😊	Visual Analog Scale	Not assessed	
Hackbert, 2002 (72)	DB placebo crossover	1	300	16 (51–68)	Improvement 😊	FES, DSFI, OFQ, self-report, vaginal photoplethysmograph	Not assessed	
Schmidt, 2005 (73)	DB placebo crossover	6	90–450	6	Improvement 😊	DSFI	Significant improvement in mood	HDRS, BDI, CDS
Nair, 2006 (78)	DB placebo parallel	104		57 (>60)	Not assessed		No change 😞	HSQ, SF-36
Kritz-Silverstein, 2008 (74)	DB placebo parallel	52	50	115 (55–85)	No change 😞	Female Sexual Function Index	No change 😞	BDI, SF-36, LSJ-Z, SWLS
Labrie, 2009 (76)	DB placebo parallel	12	0.25, 0.5, 1.0% vaginal cream	218 (42–74)	Improvement 😊	Abbreviated Sexual Function, MENQOL	No change 😞	Psychological General Well-being Index
Panjari, 2009 (66)	DB placebo parallel	52	50	93 (40–65)	No change 😞	Sabbatsberg Sexual Self-Rating Scale, sexual event diary, MENQOL	No change 😞	Psychological General Well-being Index

Davis et al: DHEA replacement for postmenopausal women. JCEM 2011; 96: 1642-53.

29

Vaginale DHEA-Therapie



- DHEA-Vaginalcreme 6,5mg/Tag
 - DHEA-Spiegel steigen in den normalen prämenopausalen Bereich
 - Signifikante Steigerung des Maturationsindex/Abfall des vaginalen pH-Wertes
 - Hochsignifikante Verbesserung des sexuellen Verlangens, Erregung, Lubrifikation, Orgasmusfähigkeit, sexuelle Zufriedenheit
 - (Labrie et al., 2015; Ke Y et al., 2015)

Rezeptur DHEA vaginal:

DHEA 0,65%

Vaginalcreme ad 100.0

(31,95€ für 100 g, Tube mit Applikator)

30

Zusammenfassung



- Diagnostik
 - Umfassende Anamnese und Erfassung nicht-hormoneller Ursachen für den Libidoverlust
 - Medikamentenanamnese
 - Hormonanalyse (Menopausestatus, Androgene, Schilddrüse etc.)
- Bei Anwendung der Pille – Präparatewechsel

31

Zusammenfassung



- Für pflanzliche Präparate (Maca) werden Effekte beschrieben
- Flibanserin und Vyleesi sind keine echten Therapieoptionen
- Peri- und postmenopausal: adäquate HT und ggf. lokal Estriol
- Testosteron:
 - transdermal 3mg/d
- DHEA:
 - 6,25mg/d vaginal
 - (oral 10mg/20mg/d)

32

Literaturhinweis

Fortbildung

Die Hormone der Lust Endokrine Aspekte bei Libidostörungen

Christoph Kuck

Libidostörungen können viele verschiedene Ursachen haben – neben den physiologischen Faktoren spielen psychische Aspekte eine große Rolle. Das therapeutische Konzept sollte daher immer auf mehreren Säulen ruhen. Eine Säule davon bilden die medikamentösen Behandlungsoptionen, deren Möglichkeiten und Grenzen hier im Mittelpunkt stehen.

Sexuelle Funktionsstörungen sind ein häufiges Thema in der gynäkologischen Praxis. Nach der ICD-10-Klassifikation werden unter I92 sexuelle Funktionsstörungen zusammengefasst, die „nicht durch eine organische Störung oder Krankheit verursacht werden“ (Tab. 1). Zur weiteren Differenzierung kann auch die Technik nach DSM-IV (DSM, „diagnostic and statisti-

kal Manual of mental disorders“) herangezogen werden, die eine Unterteilung in die folgenden Kategorien vorsieht:
– sexuelle Apathieerkrankungen
– sexuelle Erregungsstörungen
– Orgasmusstörungen
– gynäkische Schmerzsyndrome
– Störungen aufgrund körperlicher Erkrankungen

– Sexualinhibitorer sexuelle Funktionsstörungen
Nähergelegt kommt es zu Überlappungen zwischen diesen Kategorien – eine scharfe Trennung ist wegen der engen Zusammenhänge nicht möglich. In den häufigsten Fällen wird von Frauen in der gynäkologischen Sprechstunde die Libidostörung im eigenen Sinne – also als Mangel oder Verlust von sexuellen Vorlieben – beschrieben, daher steht diesem im Folgenden die folgende Definition im Vordergrund:

Epidemiologie und Prävalenz
Obwohl Libidostörungen offensichtlich häufig sind, sprechen betroffene Frauen dieses Problem beim Gynäkologen selten direkt an. Eintragungen der Prävalenz variieren beträchtlich und liegen zwischen 10% und 40% [1]. Eine der größten Studien zu diesem Thema ist die der britischen Sexual Health Survey, die zeigt, dass 8,9% der Frauen zwischen dem 18. und 44. Lebensjahr unter Libidostörungen leiden. Bei den 45- bis 64-jährigen Frauen waren 12,3% und bei den über 65-jährigen Frauen 7,4% betroffen [2]. Bei der Interpretation dieser Datenmerkmale muss beachtet werden, dass diese Frauen eher häufigere als jüngere über sexuelle Lustlosigkeit berichteten, der Leidensdruck jedoch meist deutlich geringer ist. Daher die niedrigeren Prävalenzangaben. Dies kann damit zusammenhängen, dass Sexualität in höherem Alter eine geringere Bedeutung in der Beziehung spielt und/oder eine höhere Gewöhnung durch die auch beim Partner häufiger vorkommenden sexuellen Funktionsstörungen eine geringere sexuelle Aktivität für bei der Partner Abgewandert ist. Ein weiterer Aspekt ist, dass bei älteren Frauen häufig die Partner des Partners dazu führen kann, dass die Libidostörung nicht als behandlungsbedürftig angesehen wird.



Etwa 10% aller Frauen haben eine sexuelle Funktionsstörung