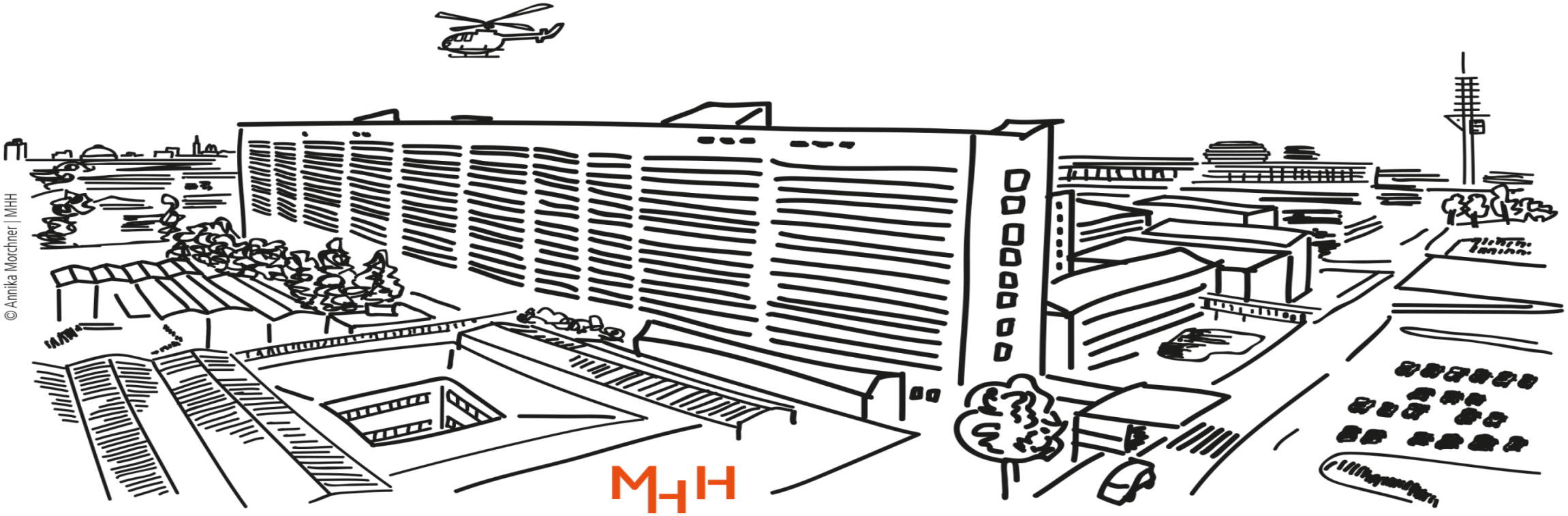
Blind Spots - mehr erkennen, besser begleiten im psychiatrischen Alltag

14.10.2026 GÜTERSLOHER FORTBILDUNGSTAGE

Referent: Dr. Dipl.-Psych. Jonas Kneer,
Abteilung für Klinische Psychologie und Sexualmedizin
Medizinische Hochschule Hannover



Email: kneer.jonas@mh-hannover.de

Übersehen, gefürchtet oder irrelevant?

Sexualität als Blindspot in der Psychotherapie



Jonas Kneer

Medizinische Hochschule Hannover

Inhaltsübersicht

Sexualität: vom Blindspot in den Fokus

Wimpernschlag | Eine kurze Geschichte der Sexualmedizin

01 Blindspot | Die Bedeutung sexueller Gesundheit

02 Blindspot | Relevanz sexueller Gesundheit in unserer Arbeit

03 Blindspot | Relevanz sexueller Störungen bei psychischen Erkrankungen

04 Blindspot | Ziele, Werte, Normen und sexuelle Vielfalt

Sexualität im Fokus | Sexualität sichtbar machen und sexuelle Gesundheit fördern



Eine kurze Geschichte der Sexualmedizin

Deutschland als Wiege der modernen Sexualmedizin

1919



Berlin: weltweit erstes Institut

Magnus Hirschfeld gründet das Institut für Sexualwissenschaft.

Forschung · Versorgung · Beratung · Aufklärung

1920er-Jahre



Internationales Zentrum

Empirische Forschung statt moralischer Verurteilung

Einsatz für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

Frühe medizinische Begleitung von Transitionen

1933



Zerstörung durch die Nationalsozialisten

Institut geplündert und geschlossen.

Große Teile der Bibliothek und Sammlungen vernichtet.

Mehr als 100 Jahre später: Wo stehen wir heute?

Wie offen, wissenschaftlich und vorurteilsbewusst ist unsere Versorgung?

Quellen: Charité – Geschichte der Sexualmedizin; United States Holocaust Memorial Museum – Magnus Hirschfeld.

Sexuelle Gesundheit

Definition lt. WHO (2006)

Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche.

Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.

Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health, WHO, 2006

Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, *17*(2), e0261034.

Sexuelle Gesundheit

Definition lt. WHO (2006)

Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche.

Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine **positive**, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für **lustvolle** und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.

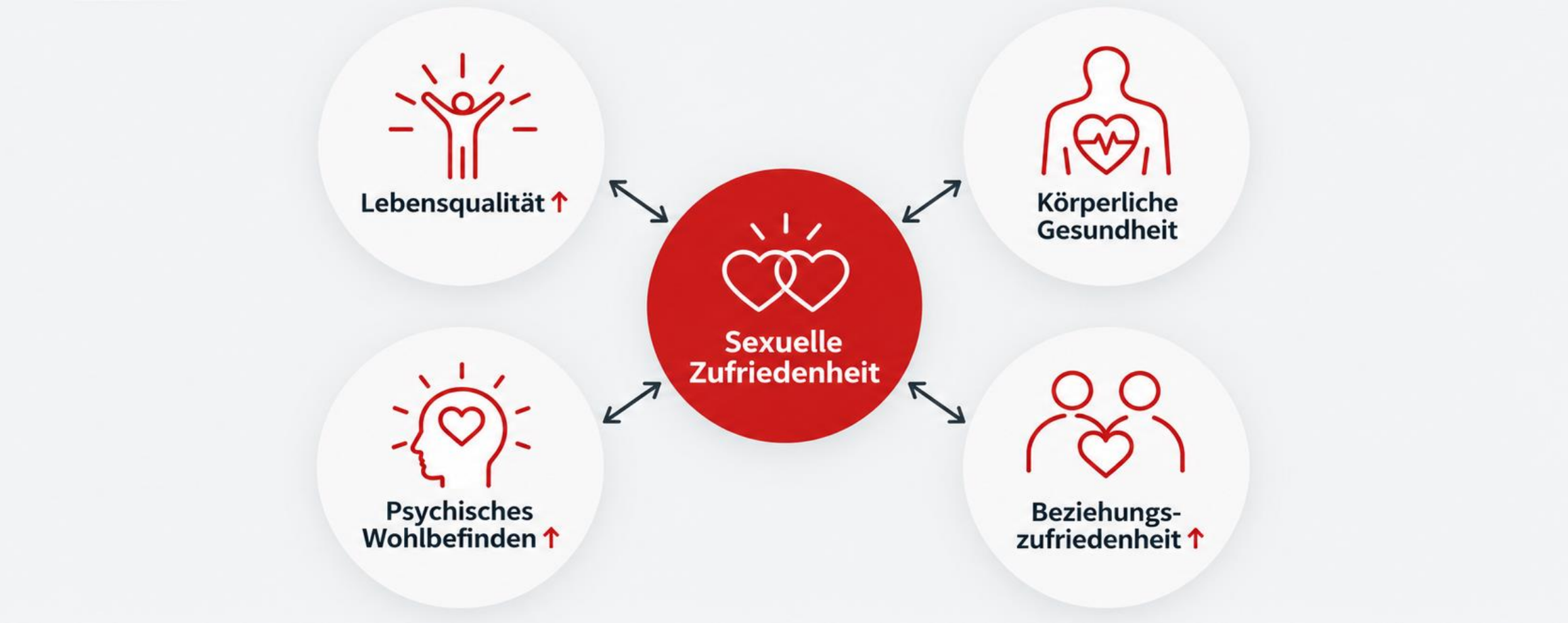
Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health, WHO, 2006

Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *Plos one*, *17*(2), e0261034.

BLINDSPOT I:
DIE BEDEUTUNG SEXUELLER GESUNDHEIT

Sexuelle Gesundheit

Die Bedeutung sexueller Zufriedenheit



Sexualität als Ressource

Positive Effekte aktiver Sexualität für das Individuum und die Partnerschaft

Kurzfristig

Verbesserte Stimmung • Aktivierung des Kreislaufs • analgetisch und entspannend • schlaffördernd

Mittelfristig

Regelmäßige Menstruation • Immunsystem • Fruchtbarkeit • Schwangerschaft und Geburt • höherer Selbstwert • antidepressive Effekte

Langfristig

Höhere Lebenserwartung • jüngeres Aussehen • späterer Beginn der Menopause • geringeres KHK-Risiko • Reduktion des Prostatakrebsrisikos • gesünderes Altern • zufriedenere Beziehungen

Gianotten, W. L., Alley, J. C., & Diamond, L. M. (2021). The health benefits of sexual expression. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 478–493.

u.a. Brody, 2003; Brody & Krüger, 2006; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Schüßler & Schubert, 2001

Multifunktionalität der Sexualität

Das salutogenetische Potential von Sexualität



Bio	Fortpflanzung	• Evolutionsbiologischer Faktor
Psycho	*Lustgewinn, *Selbstwert, *Orientierung/ Kontrolle (intrapsychisch)	• Lust, Erregung und Befriedigung • Salutogenetische Faktoren
Sozial	Beziehungsaspekt *Bindung	• Befriedigung von Beziehungsbedürfnissen (vgl. Anerkennung, Nähe, Sicherheit, Geborgenheit) • Partnerschaftliche Zufriedenheit

*Grundbedürfnisse nach Grawe

BLINDSPOT II:
DIE RELEVANZ SEXUELLER GESUNDHEIT IN UNSERER ARBEIT

Wie oft wird Sexualität in Ihrer Arbeit thematisiert?

Sexualität zum Thema machen I

Eine Kommunikations- und Wahrnehmugnslücke?



Schweitzer, T., Martl, P., Dubrovin Leão, D., Hammerl, L., Halms, T., Domani, K., vom Baur, S., Eder, A.-S., Rabenstein, A., Rüther, T., Hasan, A., & Gertzen, M. (2026). Sexual health in psychiatry: Bridging the communication gap and training needs between patients and clinicians – A cross-sectional exploratory pilot study. *Community Mental Health Journal.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10597-026-01716-4

Sexualität zum Thema machen II

Eine Kommunikations- und Wahrnehmugnslücke?

Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Studie zur Sexualanamnese in Deutschland

91,8 %

der Frauen (N = 1.286)

wurden bisher noch keine Fragen im Sinne einer Sexualanamnese im ärztlichen Umfeld gestellt.

96,2 %

der Männer (N = 1.087)

wurden bisher noch keine Fragen im Sinne einer Sexualanamnese im ärztlichen Umfeld gestellt.

ca. 90 %

der Patient:innen würden es begrüßen, von ihren Ärzt:innen auf Sexualität angesprochen zu werden.

Zéler & Troadec, 2020 & Brenk-Franz et al. 2023

Zéler, A., & Troadec, C. (2020). Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients' Feelings? *Sexual Medicine*, 8(4), 599–607.

Brenk-Franz, K., Brähler, E., Hoy, M., Schneider, N., Strauß, B. (2023). How often are patients in Germany asked about their sexual history? A population-representative survey. *Dtsch Arztebl Int*, 120, 811–812. doi: 10.3238/arztebl.m2023.0204

Sexualität zum Thema machen III

Eine Kommunikations- und Wahrnehmugnslücke? Die Gründe.

Was zeigen die Studien?

Dyer & das Nair · 2013

Qualitativer Review · Gesundheitsversorgung in Großbritannien

19 verbundene Themen: Unsicherheit, fehlendes Training, Zeitmangel und Sorge, Patient:innen zu verletzen.

Seitz et al. · 2020

Kongressbefragung · 74 Psychiater:innen in Österreich

Nur etwa ein Drittel spricht Sexualität im Alltag an. 25 % vermuten bei 60–100 % ihrer Patient:innen sexuelle Probleme, fragen aber nicht nach.

López et al. · 2026

Onlinebefragung · 220 Psychotherapeut:innen in Deutschland

Mehr subjektives Wissen geht mit häufigerer Sexualanamnese einher (r = 0,31). Auch Erfahrung und Interaktionsdynamiken spielen eine Rolle.

Zentrale Barrieren – zusammengefasst

Fehlende Kompetenz

Wenig Ausbildung; Unsicherheit bei Anamnese, Diagnostik und Behandlung.

Scham und Angst vor Grenzüberschreitung

Persönliches Unbehagen; Sorge, zu intim zu werden oder Patient:innen zu verletzen.

Angst vor komplexen Problemen

Befürchtung, Schwierigkeiten anzustoßen, die man nicht ausreichend bearbeiten kann.

Zeit, Prioritäten und Zuständigkeit

Begrenzte Ressourcen; andere Themen stehen im Vordergrund; unklare Verantwortung.

Fehlende Versorgungswege

Unzureichende Angebote und wenig Wissen über geeignete Anlaufstellen.

BLINDSPOT III: VERBREITUNG SEXUELLER DYSFUNKTIONEN (SD)

Ein unterschätztes Problem

Prävalenz sexueller Probleme

Gesid-Studie; Briken et al., 2020

GeSiD
Gesundheit und Sexualität in Deutschland

N = 4955 (w=2253; m= 2322)	Sexuelle Probleme ♀		Sexuelle Dysfunktionen ♀		Sexuelle Probleme ♂		Sexuelle Dysfunktion ♂	
	Lebenszeit	12-Monate	Lebenszeit	12-Monate	Lebenszeit	12-Monate	Lebenszeit	12-Monate
Appetenzstörungen (%)	50.2	27.1	10.6	6.0	27.9	14.7	5.3	3.8
Erregungsstörungen (%)	42.6	23.4	9.7	5.2	22.3	13.6	11.4	7.9
Verzögerter Orgasmus (%)	40.2	23.1	9.8	5.8	16.2	9.7	4.6	3.5
Vorzeitiger Orgasmus (%)	/	/	/	/	23.0	11.7	7.6	4.7
Schmerz (%)	20.6	10.9	9.6	4.9	/	/	/	/
Mind. eine sex. Thematik (%)	**72.5**	**45.7**	**25.2**	**16.5**	**55.1**	**33.4**	**20.1**	**15.0**

Briken P, Matthiesen S, Pietras L, Wiessner C, Klein V, Reed GM, Dekker A. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. Dtsch Arztebl Int. 2020 Sep 25;117(39):653-658. doi: 10.3238/arztebl.2020.0653. PMID: 33357346; PMCID: PMC7829447.

Sexuelle Funktionsstörungen

GeSiD-Basisraten vs. TK-Diagnosen

1. GeSiD-Studie

12-Monats-Prävalenz mit deutlichem Leidensdruck (ICD-11-orientiert)

Männer	**15,0 %**
Frauen	**16,5 %**
Gesamt	**ca. 15–16 %**

Stichprobe und Methode

Bevölkerungsrepräsentative Befragung, Deutschland 2018/19, n = 4.633, 18–75 Jahre; selbstberichtete Probleme, ICD-11-orientiert.

2. TK-Studie

Ambulant dokumentierte F52-Diagnosen (ICD-10) (Datenjahr 2006)

Männer	**1,4 %**	(14,3 pro 1.000)
Frauen	**1,0 %**	(10,4 pro 1.000)
Gesamt	**ca. 1,3 %**	(12,7 pro 1.000)

Stichprobe und Methode

Routinedaten der Techniker Krankenkasse (TK), TK-versicherte Erwerbspersonen; ambulante ICD-10-F52-Diagnosen (Datenjahr 2006).

Unterschiedliche Stichproben, Erhebungsmethoden und Diagnosekriterien – kein direkter Prävalenzvergleich.

Die GeSiD-Studie erfasst selbstberichtete Probleme in der Allgemeinbevölkerung (ICD-11-orientiert), die TK-Studie ambulant dokumentierte Diagnosen bei TK-versicherten Erwerbspersonen (ICD-10).

Quellen:
Briken et al., 2020
TK Gesundheitsreport 2008 (Daten 2006)

JEDE SCHWERWIEGENDE GESUNDHEITLICHE PROBLEMATIK HAT AUCH EINEN EINFLUSS AUF DIE SEXUALITÄT UND UMGEKEHRT



Sex. Dysfunktionen und psy. Erkrankungen

Ein starker Zusammenhang

Häufigkeit sexueller Dysfunktionen:

- 45% – 93% bei Depressionen[1]
- 25% – 81% bei Zwangserkrankungen[1]
- 33% – 75% bei Angsterkrankungen[1]
- 56% bei Schizophrenie[2]
- 75% bei Alkoholabhängigkeit[3]
- 61% bei Opioidabhängigkeit[3]



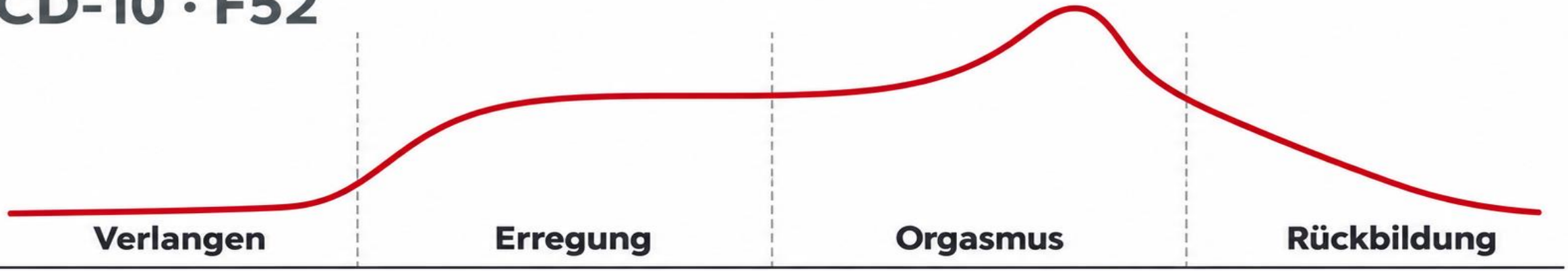
1) Herder et al. (2023). Sexual dysfunction-related to psychiatric disorders: a systematic review. *The Journal of Sexual Medicine, 20*(7), 965–976.

2) Korchia, T., Achour, V., Faugere, M., Albeash, A., Yon, D. K., Boyer, L., & Fond, G. (2023). Sexual dysfunction in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.

3) Ghosh et al. (2022). A scoping review of the prevalence and correlates of sexual dysfunction in adults with substance use disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 216–233.

Sexuelle Funktionsstörungen

ICD-10 · F52



Verlangen

F52.0 · Vermindertes Verlangen

F52.10 · Sexuelle Aversion

Erregung

F52.2 · Erektions- / Lubrikationsstörung

Orgasmus

F52.3 · Orgasmusstörung

F52.4 · Vorzeitige Ejakulation

Befriedigung

F52.11 · Fehlende Befriedigung

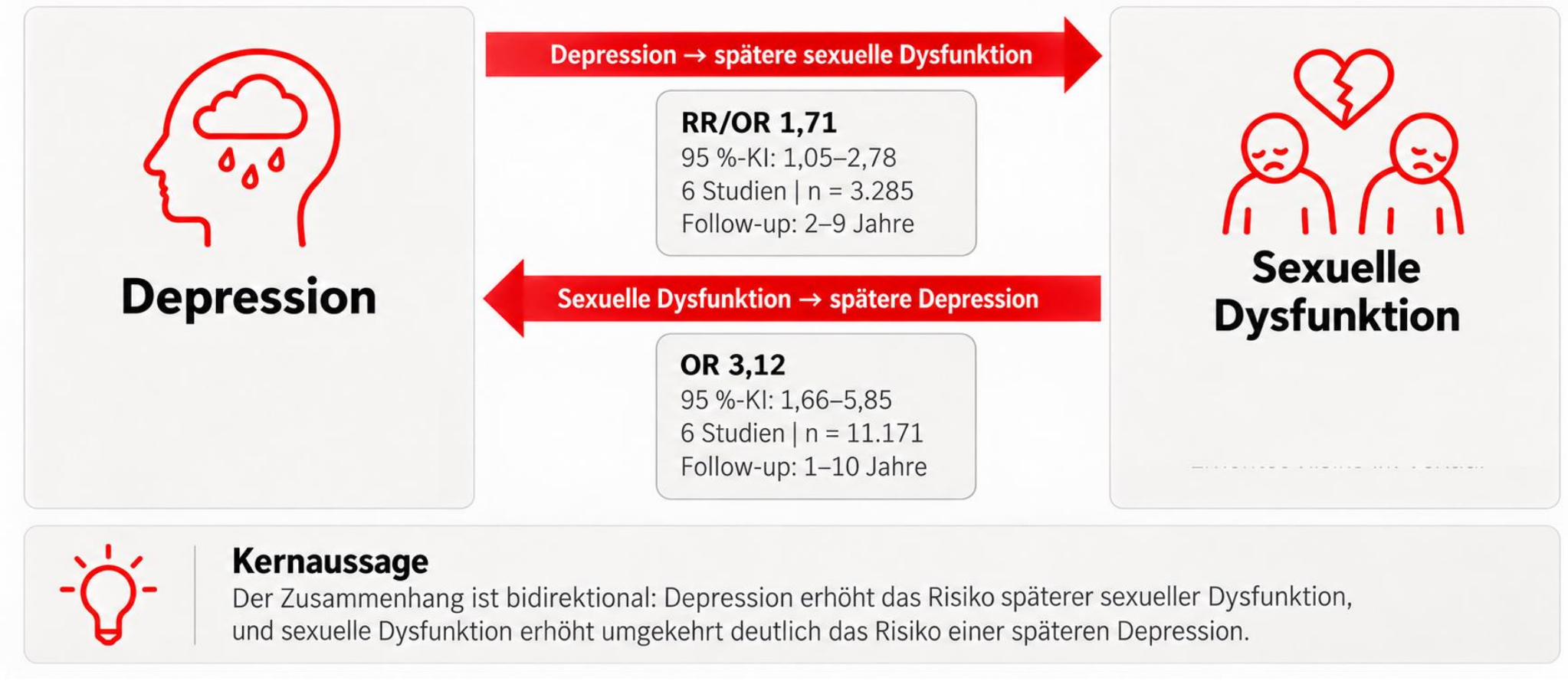
Schmerzen / Penetration

F52.5 · Nichtorganischer Vaginismus | **F52.6** · Nichtorganische Dyspareunie

Schematische Zuordnung: Beschwerden können mehrere Phasen betreffen.

Ein bidirektionaler Zusammenhang

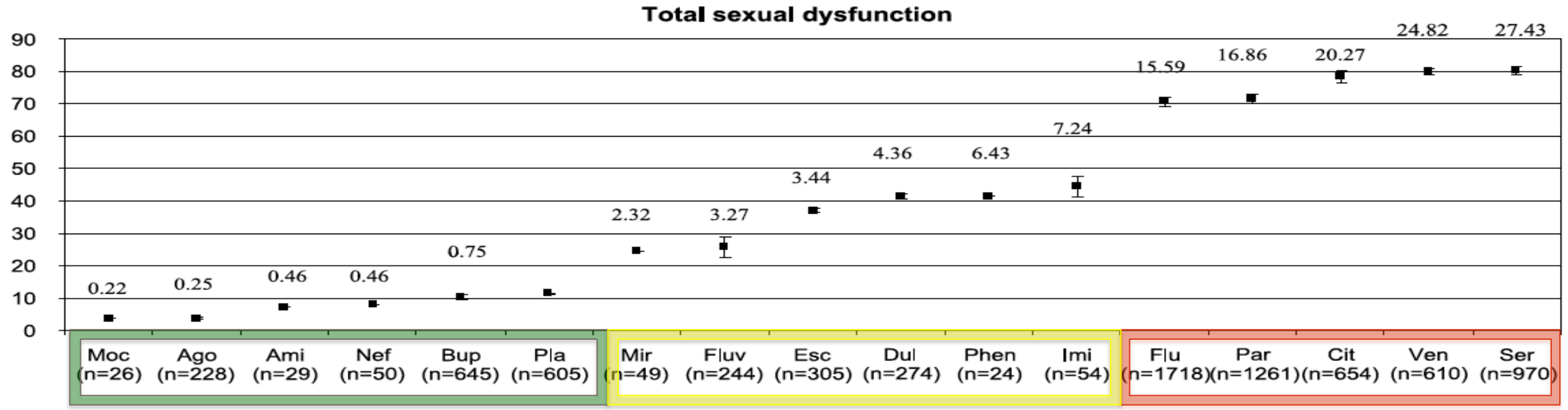
Depression und sexuelle Dysfunktionen



Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, *9*(6), 1497-1507.

Antidepressiva & sexuelle Dysfunktion

Meta-Analyse (% und odds ratio)



Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Tilmann Krüger

Effekte psychotherapeutischer Behandlung

Allgemeine Remission = Remission sexueller Problematiken?

Diverse psychische Erkrankungen

Psychotherapie ohne sexuellen Schwerpunkt

Sexuelle Funktionsstörungen nach erfolgreicher Behandlung



Bei 45 % bleiben sexuelle Funktionsstörungen bestehen.

Hoyer et al. (2009)

PTBS

Traumafokussierte Psychotherapie

Geringe Verbesserung

Sexuelle Beschwerden bleiben oft trotz wirksamer PTBS Behandlung bestehen.

O'Driscoll & Flanagan (2016) · Metaanalyse

Sexuelle Beschwerden eigenständig ansprechen und behandeln.

Hoyer et al.: doi:10.1080/14681990802649398 | O'Driscoll & Flanagan: doi:10.1111/jsm.12077

BLINDSPOT V: ZIELE, WERTE, NORMEN & SEXUELLE VIELFALT

Von der Funktion zum Bedürfnis, Sexuelle Normen hinterfragen

Einblicke in die Praxis

Was macht eine erfolgreiche Behandlung aus?

1 Beispiel 1 | Lustlosigkeit



Ausgangslage

Eine Patientin berichtet über ausgeprägte sexuelle Lustlosigkeit und wünscht sich, wieder häufiger Sex zu haben.

→



Intervention

- Erfahrungs- und Wahrnehmungsübungen
- Einbezug des Partners / Paargespräche
- Sensate Focus

→



Ergebnis

Nach 10 Sitzungen berichtet sie, wieder 1× pro Woche penetrativen Sex zu haben.

2 Beispiel 2 | Vorzeitige Ejakulation



Ausgangslage

Ein Patient kommt bereits nach wenigen Sekunden zum Orgasmus.

→



Intervention

- Erregungsregulation über 12 Sitzungen
- Start-Stopp-Technik
- Priligy® (Dapoxetin, SSRI)

→

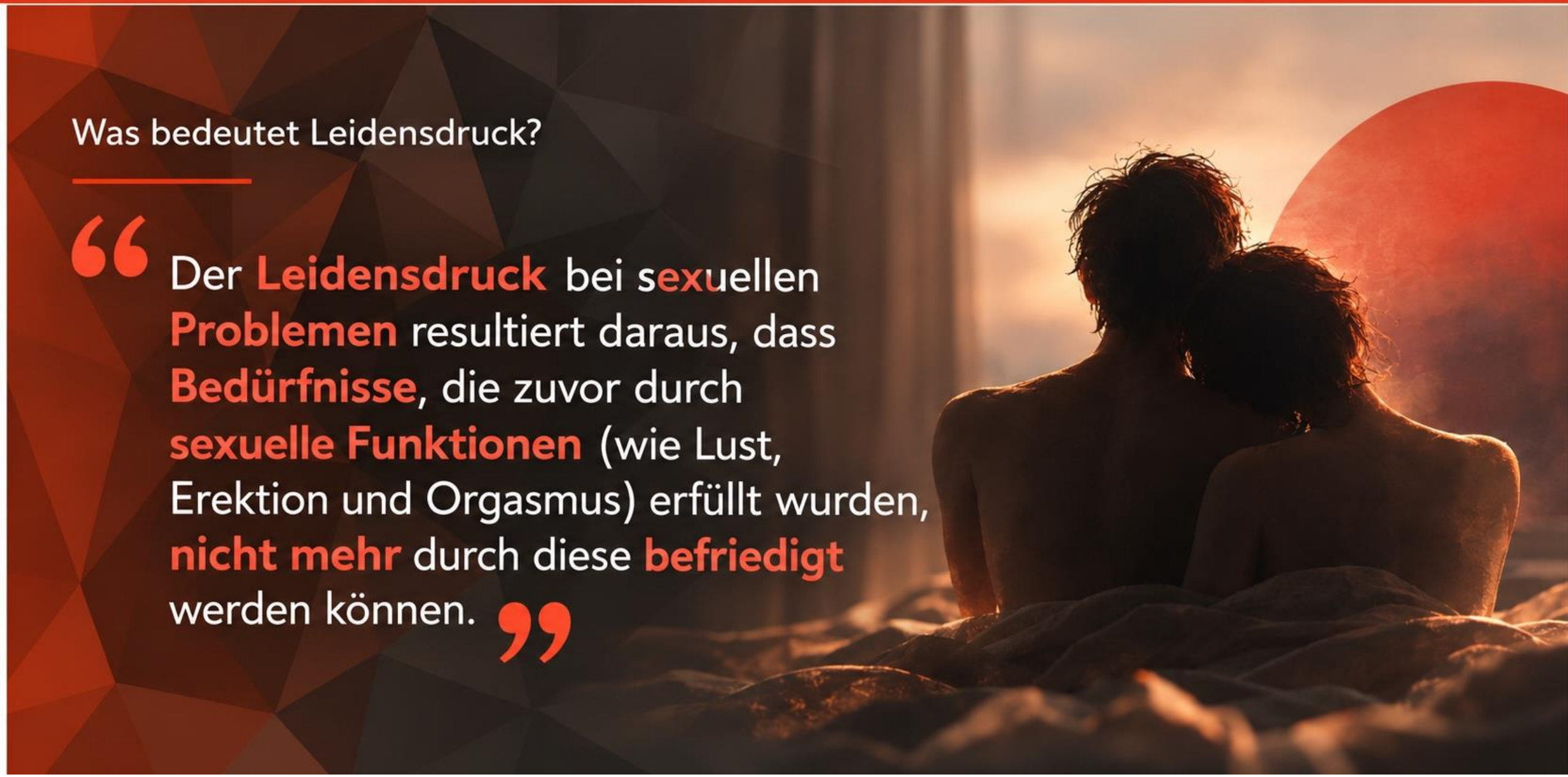


Ergebnis

Die Ejakulationslatenz verlängert sich auf 3–4 Minuten.

Was bedeutet Leidensdruck?

> Der **Leidensdruck** bei sexuellen **Problemen** resultiert daraus, dass **Bedürfnisse**, die zuvor durch **sexuelle Funktionen** (wie Lust, Erektion und Orgasmus) erfüllt wurden, **nicht mehr** durch diese **befriedigt** werden können.



DIE FUNKTION HINTER DER FUNKTION

VON DER FUNKTION ZUM BEDÜRFNIS

Sexuelle Funktionen

Lust · Erregung · Orgasmus



→

Was Sexualität ermöglichen kann

- Nähe und Verbundenheit
- Lust und Wohlbefinden
- Bestätigung und Selbstwert
- Selbstbestimmung und Ausdruck

---X→

Möglicher Leidensdruck

Wenn wichtige Bedürfnisse unerfüllt bleiben.



Therapeutische Frage: Welches Bedürfnis bleibt unerfüllt?

Bedürfnisse können auf unterschiedlichen Wegen erfüllt werden.

Die Bedeutung von Werten und Normen

Individiduell angemessene Therapieziele formulieren, Werte & Normen hinterfragen



Eigene Werte prüfen

Was halte ich für „normal“?

Welche Vorstellungen bringe ich mit?

Wo beeinflussen sie meine Behandlung?



Normen sichtbar machen

Wie oft „sollte“ man Sex haben?

Muss Sex Penetration beinhalten?

Muss Sexualität zum Orgasmus führen?



Persönliche Werte klären

Was ist Ihnen selbst wichtig?

Was wünschen Sie – und was erwarten andere?

Ungeprüfte Normen können Scham, Leistungsdruck und unpassende Therapieziele verstärken.

Normen hinterfragen und individuelle Therapieziele etablieren!

Sexuelle Vielfalt berücksichtigen

Konzepte abseits von Hetero-, Cis- und Monogamie verstehen und nicht direkt bewerten

Geschlechtliche Vielfalt



Cisnormativität

Trans und nichtbinäre Menschen mitdenken.

Identität, Körper und sexuelle Funktion getrennt erfragen.

Sexuelle Orientierungen



Heteronormativität

Lesbisch, schwul, bi, pan und asexuell mitdenken.

Orientierung nicht aus Aussehen oder Beziehung ableiten.

Beziehungskonzepte



Mononormativität

Monogamie, offene Beziehungen und Polyamorie mitdenken.

Konsens, Absprachen und Bedürfnisse erfragen.

Was sonst übersehen wird

Diskriminierung und Minderheitenstress • Unpassende Diagnostik • Normierende Therapieziele

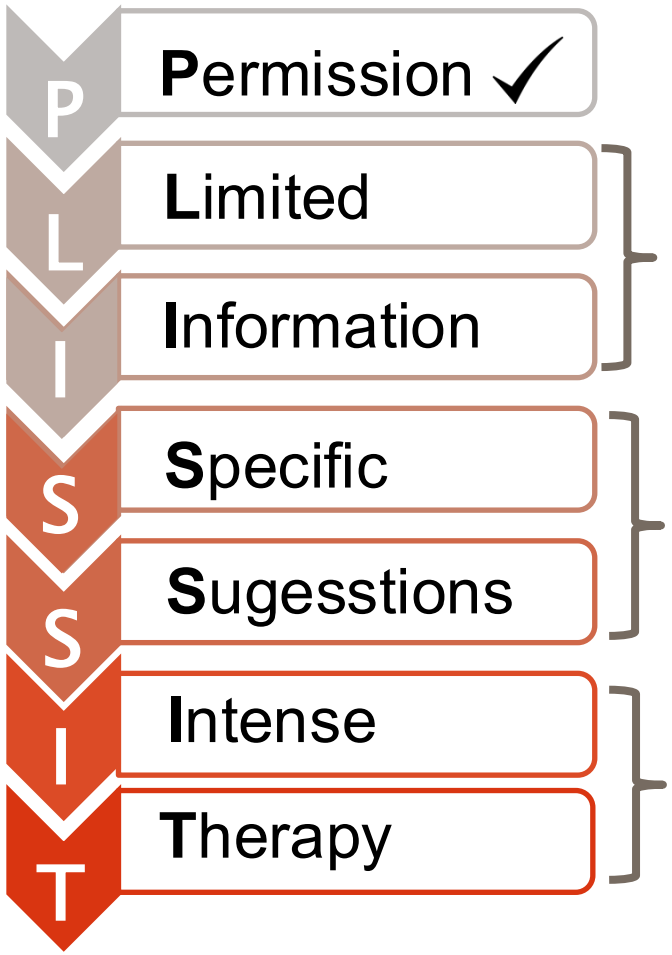
Offen und wertfreie Exploration der Thematik.

FOKUS: SEXUELLE GESUNDHEIT FÖRDERN & STÖRUNGEN BEHANDELN

Von der Funktion zum Bedürfnis, Sexuelle Normen hinterfragen

Sexualberatung

Das P-L-I-S-S-I-T Modell (Annon, 1976)



Zentrale Infos vermitteln (z.B. Häufigkeit von Störung, Häufigkeit von Sex in Partnerschaft, Voraussetzung für Lust etc.)

konkrete Vorschläge anbieten (z.B. Zeit für Aufbau von Lust & Erregung nehmen, Rahmenbedingungen berücksichtigen, Bedürfnisse kommunizieren)

Sexual- oder Psychotherapie od ggf. Medikamente wenn indiz. (Arbeit an Partnerschaft, Selbstwert und Körperbild bei anhaltender Problematik, ggf Überprüfung Medikation)

Den Einstieg finden

Sexualität zum Thema machen: Routinen etablieren

- **Sexualität und Partnerschaft als Ressource** bzw. Thema mit hoher Relevanz für **Gesundheit und Partnerschaft** und deshalb auch für die Therapie wichtig (bei fehlender Partnerschaft nach sexueller Aktivität fragen auch solo sex).
- **Fragebögen** aushändigen welche Sexualität als Gegenstand haben: z.B. Lazarus, BDI-II etc. („*Normal*“ ist eine Antwort die zu weiteren Fragen animieren sollte).
- „**Psychische Erkrankungen** gehen häufig auch mit sexuellen Problematiken einher … wie ist das bei ihnen? Hat sich an ihrer Sexualität etw. verändert?“
- **Einnahme von Medikamenten** (SSRI, Schmerzmittel, Neuroleptika etc.) hat auch häufig negativen Einfluss auf die Sexualität – Hat sich bei Ihnen seit der Einnahme von … etwas verändert?



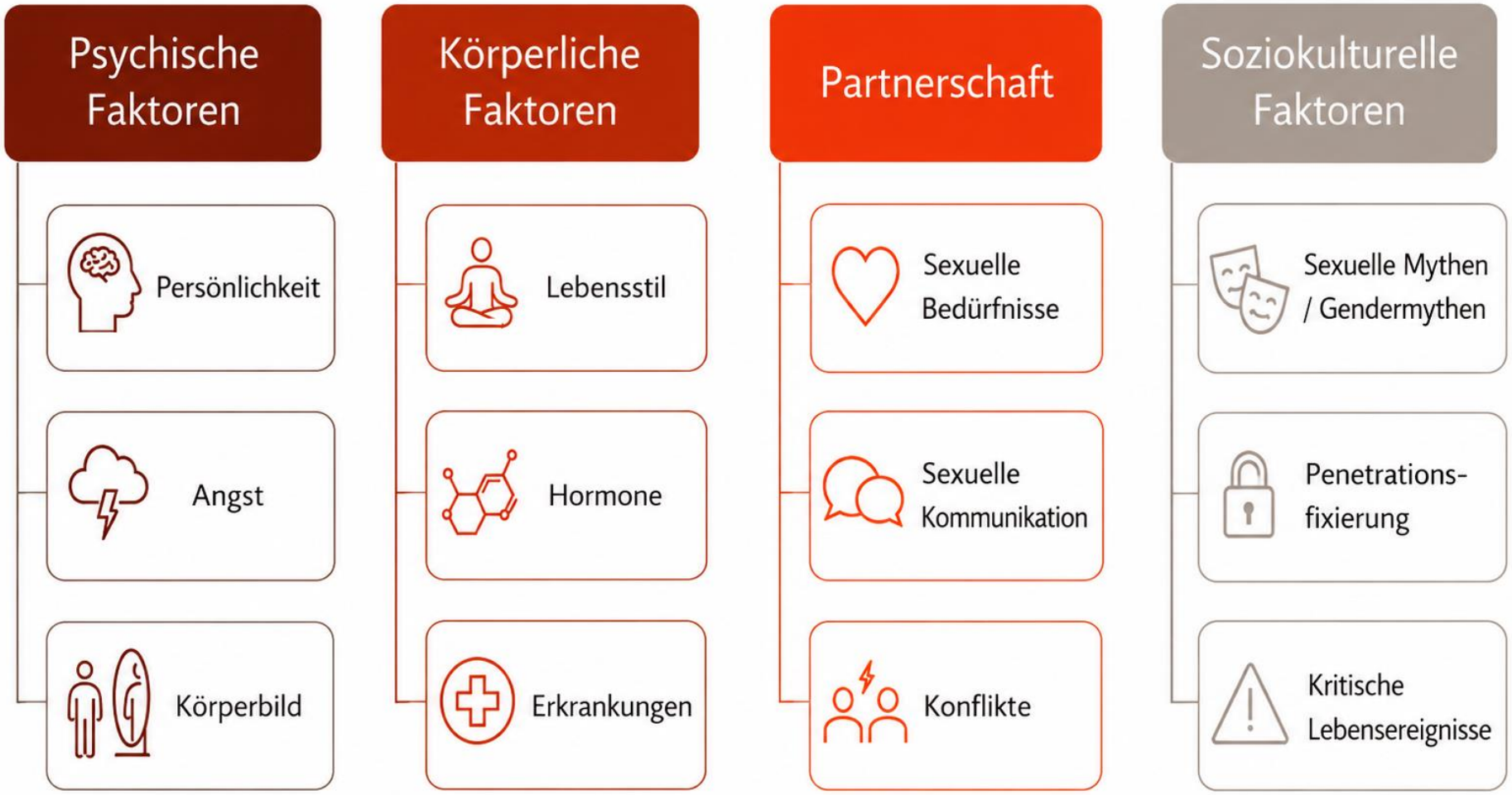
Systematische Betrachtung sexueller Störungen

Formale Beschreibungsmerkmale

Kriterium	Ausprägungsmöglichkeiten
 **Beginn**	■ Lebenslang (primär); seit Beginn sexueller Erfahrungen bestehend ■ Erworben (sekundär); erst nach symptomfreier Phase auftretend
 **Kontext des Auftretens**	■ Generalisierter Typus (bei allen Partnern und Praktiken) ■ Situativer Typus (partner-, praktik- bzw. situationsabhängig)
 **Ätiologische Faktoren**	■ Aufgrund psychischer Faktoren entstanden ■ Aufgrund kombinierter Faktoren entstanden (z.B. bei Überwiegen medizinischer Faktoren) ■ Anlagebedingt (-> häufig dann lebenslang und generalisiert)

Ätiologische Vielfalt berücksichtigen

Bio-Psycho-Soziales-Ursachenverständnis



(nach Velten & Özdemir, 2023)

Das kleine 1x1 der Sexualberatung & Sexualtherapie

Basisfertigkeiten anwenden

1



Fundierte Diagnostik & biopsychosoziales Störungsverständnis

Systematische Anamnese, Differenzialdiagnostik und ganzheitliches Verständnis

2



Psychoedukation & Normalisierung

Vermittlung von Wissen, Entpathologisierung und realistische Erwartungen

3



Abbau hemmender & Förderung erregungs-fördernder Bedingungen

z. B. Abbau von Ängsten, Stress, Scham; Förderung von Lust und Erregung

4



Reduktion von Leistungs- und Zielorientierung

Weg von Penetrations-, Erektions- und Orgasmus-fixierung

5



Erlebnisorientierte Korrektur dysfunktionaler Überzeugungen

Neue Erfahrungen ermöglichen, hilfreiche Sicht- und Denkweisen entwickeln

6



Erweiterung von Verhaltens-repertoire & Körperwahrnehmung

Vielfalt entdecken, Körper spüren, selbstbestimmt genießen

7



Stärkung kommunikativer und partnerschaftlicher Kompetenzen

Bedürfnisse und Grenzen ausdrücken, Beziehungs-dynamik verbessern

8



Emotionsregulation & achtsamkeitsbasierte Zugänge

Umgang mit Emotionen, Achtsamkeit und Präsenz fördern

9



Integration somatischer / pharmakologischer Behandlung

Individuell indizierte medizinische Maßnahmen sinnvoll integrieren

10

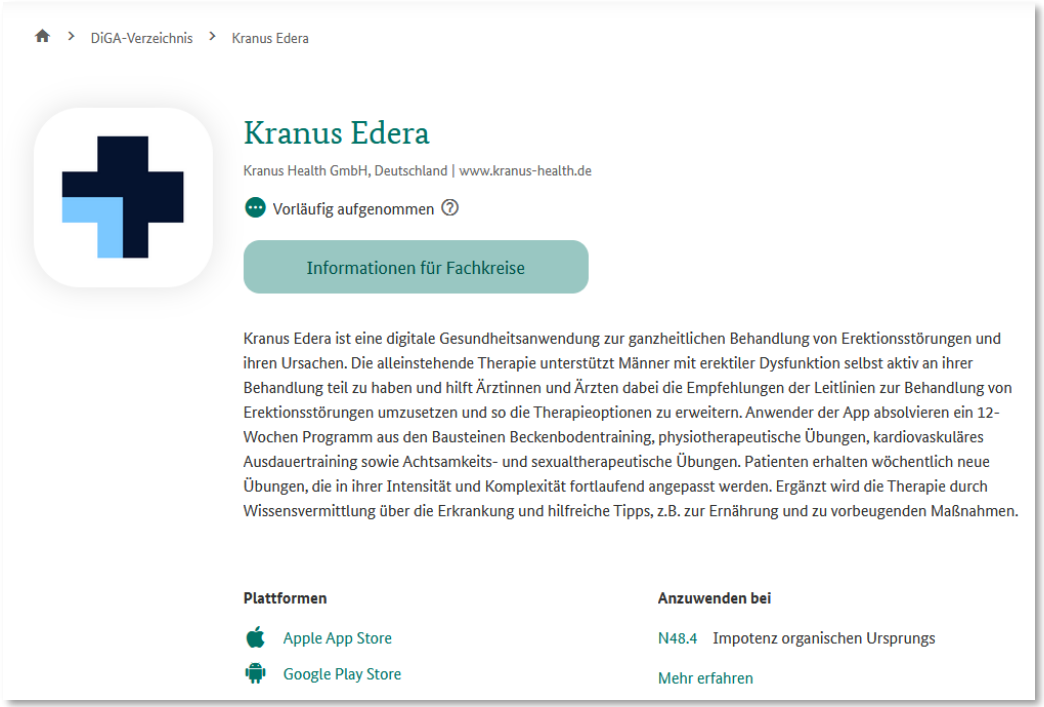


Fokus auf lust- und bedürfnisorientierte Sexualität

Lebensfreude, Intimität und sexuelle Selbstbestimmung stärken

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs)

Vaginismus & erektile Dysfunktion





Ergänzungen:

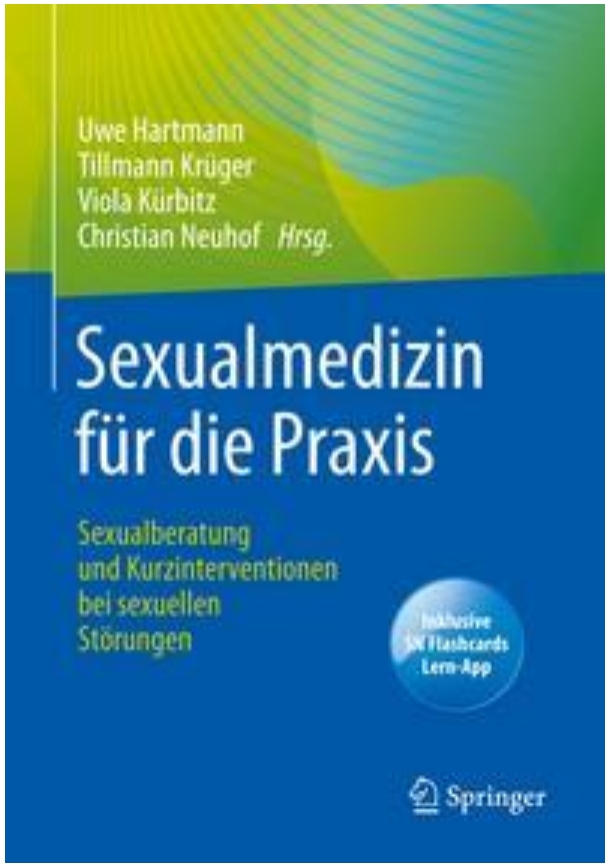
- Kranus Lutera (Beckenbodentraining)
- Pelvina (Beckenbodentraining: nicht weiter zugelassen)

(Pflicht)Lektüre Sexualtherapie & Sexualmedizin

Für (Verhaltens)therapeut:Innen & Ärzt:Innen

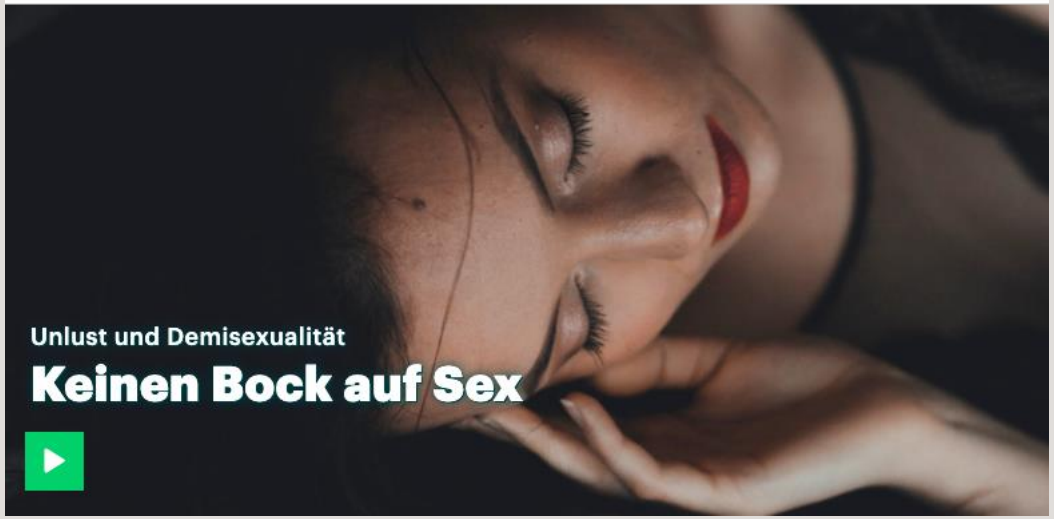




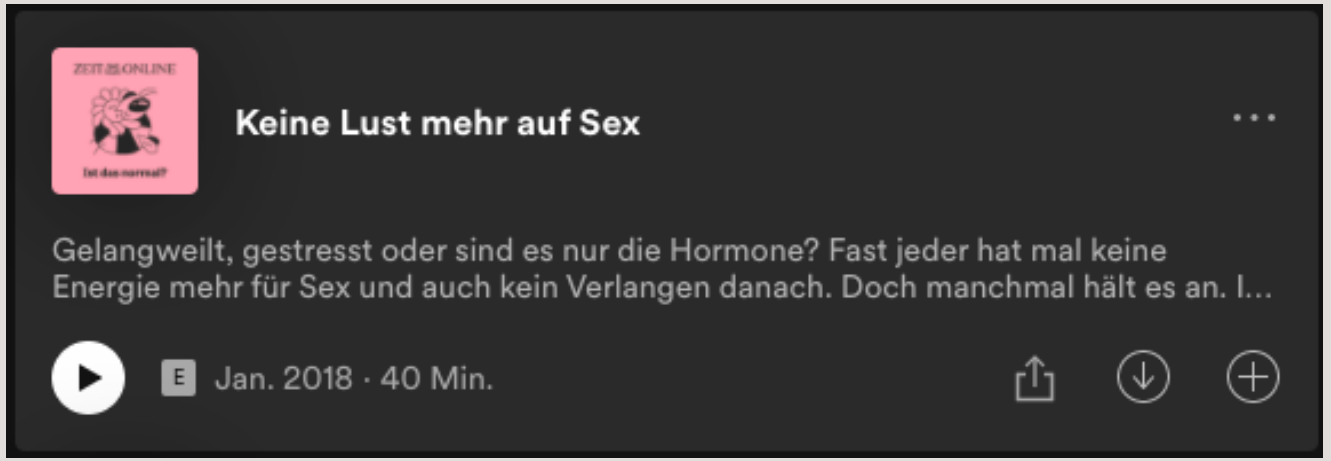


ZUR EIGENSTÄNDIGEN UND WEITEREN AUSEINANDERSTZUNG





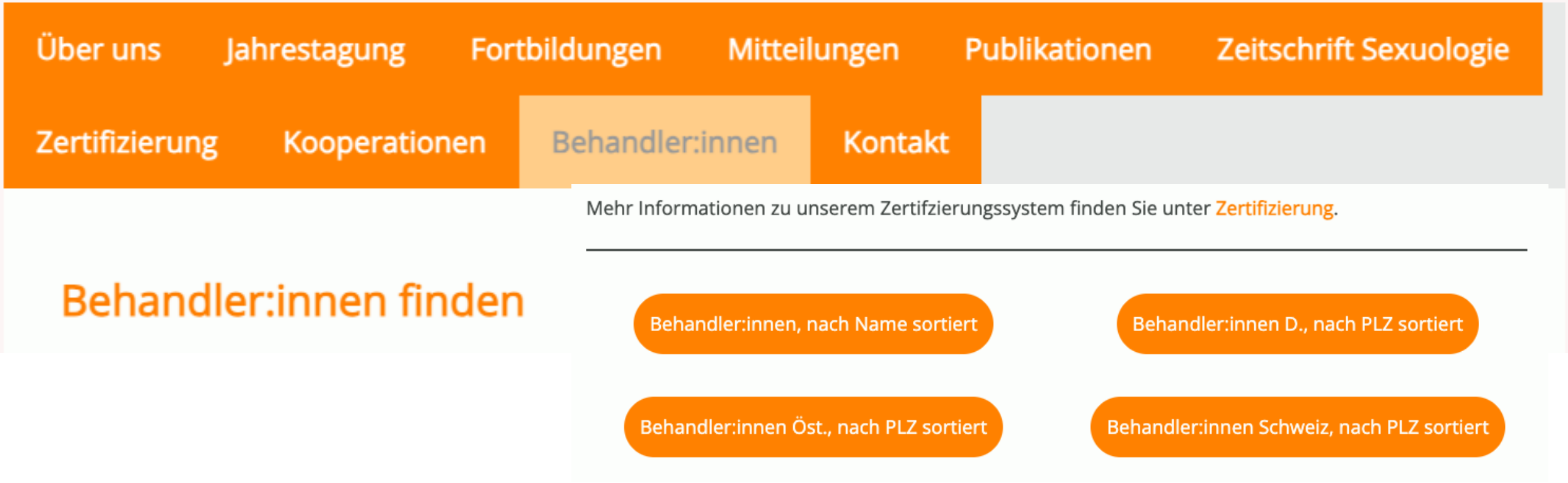




https://www.deutschlandfunknova.de/beitrag/liebe-keinen-bock-auf-sex

FACH-GESELLSCHAFTEN

DGSMP: Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin und Sexualpsychologie



FACH-GESELLSCHAFTEN

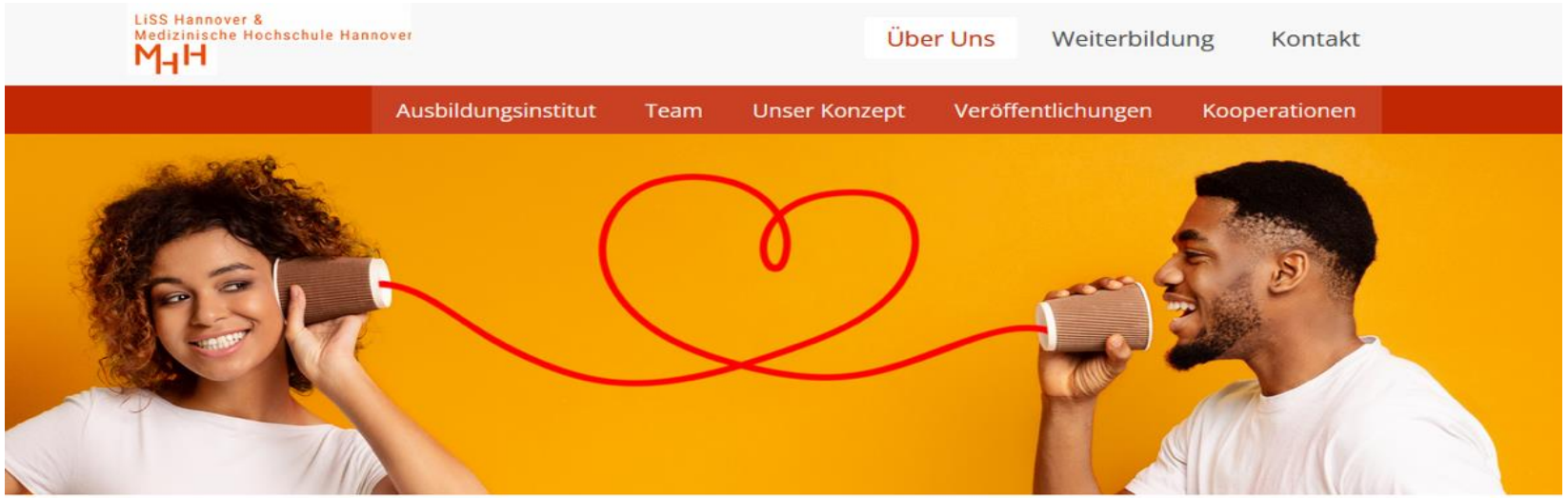
DGfS Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung

Forschung | Fort- und Weiterbildung | **Sexualtherapie** | Veranstaltungen | Über uns



Was Sie sonst noch tun können

Fort- und Weiterbildung in Sexualmedizin



LiSS Hannover & Medizinische Hochschule Hannover

SEXUALTHERAPIE UND SEXUALMEDIZIN

Herzlich Willkommen!

Hier erfahren Sie alles über das Weiterbildungscurriculum Sexualtherapie und Sexualmedizin.

Das Dozierenden- und Supervisorenteam besteht aus einer Mischung von langjährig erfahrenen und jungen Kolleginnen und Kollegen, die eins verbindet: Ihr Engagement und ihre Begeisterung für die Sexualmedizin und Sexualtherapie. Alle verfügen über einschlägige Kenntnisse und Fertigkeiten in der Diagnostik, Behandlung und Forschung sowie über intensive Lehr- und Supervisionserfahrungen im

Kontakt

Medizinische Hochschule Hannover

Abteilung für klinische Psychologie und Sexualmedizin

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel. 0511 532 2407

Literaturempfehlungen

- Velten, J. (2018). Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen (Fortschritte der Psychotherapie, Band 68). Göttingen: Hogrefe.
- Velten, J. & Özdemir U. (2022). Sexuelle Funktionsstörungen bei Männern (Fortschritte der Psychotherapie, Band 68). Göttingen: Hogrefe.
- Velten, J., & Zarski, A. C. (2022). Therapie-Tools Sexuelle Funktionsstörungen.
- Kockott, G., & Fahrner, E.-M. (2000). Sexualstörungen des Mannes (Fortschritte der Psychotherapie, Band 9). Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, U. (Hrsg.). (2018). Sexualtherapie – Ein neuer Weg in Theorie und Praxis. Berlin: Springer-Verlag.
- Hartmann, U., Krüger, T., Kürbitz, V., Neuhof, C. (eds) Sexualmedizin für die Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg
- Kossat, J. (2018). Elsevier Essentials Sexualität. Elsevier Health Sciences.
- Fliegel, S., & Veith, A. (2010). Was jeder Mann über Sexualität und sexuelle Probleme wissen will – Ein Ratgeber für Männer und ihre Partnerinnen. Göttingen: Hogrefe.
- Beier, K. M., Bosinski, H. A., & Loewit, K. (2021). Sexualmedizin. Elsevier Health Sciences.
- Gromus, B. (2005). Was jede Frau über weibliche Sexualität wissen will: Ein Ratgeber zu sexuellen Problemen für Frauen und ihre Partner. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Maß, R., & Bauer, R. (2016). Lehrbuch Sexualtherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hall, K. S., & Binik, Y. M. (Eds.). (2020). Principles and practice of sex therapy. Guilford Publications.