



Leseprobe

MD Jen Gunter

Die Vagina-Bibel. Vulva und Vagina – Mythos und Wirklichkeit - DEUTSCHE AUSGABE

»Die kanadische Frauenärztin Dr. Jen Gunter klärt auf – mit Humor und garantiert ohne erhobenen Zeigefinger!«
JOLIE

Bestellen Sie mit einem Klick für 20,00 €



Seiten: 480

Erscheinungstermin: 02. März 2020

Mehr Informationen zum Buch gibt es auf

www.penguinrandomhouse.de

Inhalte

- [Buch lesen](#)
- [Mehr zum Autor](#)

Zum Buch

Alles, was man über Vagina und Vulva wissen muss

Dieses Buch beantwortet medizinisch fundiert, ohne erhobenen Zeigefinger und mit einer gesunden Prise Humor alle Fragen rund um das weibliche Geschlechtsorgan. Führt Zuckerkonsum zu Pilzinfektionen? Welche Funktion hat das Schamhaar? Schrumpft die Vagina, wenn man keinen Sex hat? Zu diesen und einer Menge anderer Fragen und (Internet-)Mythen rund um Vulva und Vagina existieren eine Vielzahl falscher Informationen und Halbwahrheiten. Dr. Jen Gunther entlarvt hier nicht nur diese Fehlinformationen als solche, sondern macht allen Frauen Mut, sich selbst so anzunehmen, wie sie sind. Hier erfährt man alles über die überragende Bedeutung der Klitoris, das vaginale Mikrobiom, Vaginalhygiene, Irrtümer und Mythen über Hormone, kosmetische Vagina-Chirurgie, Veränderungen, die mit Schwangerschaft, Geburt und Menopause einhergehen, Geschlechtsumwandlung, Vaginalbeschwerden und -krankheiten, die beste Unterwäsche für vaginale Gesundheit, die Auswahl des richtigen Tampons, Menstruationstassen, den Mythos des G-Punkts und vielem mehr.

Ein wichtiges Buch – nicht nur für Frauen.

Dr. Jen Gunter
DIE VAGINA-BIBEL

*Allen Frauen gewidmet, denen –
typischerweise vonseiten eines Kerls –
immer wieder eingeredet wurde,
dass sie entweder zu nass seien oder zu trocken,
zu weit, zu eng, zu blutig, zu stinkig.*

Dieses Buch ist für euch.

Dr. med. Jen Gunter

DIE VAGINA-BIBEL

VULVA UND VAGINA —
MYTHOS UND WIRKLICHKEIT

Aus dem Englischen übersetzt und
medizinisch redaktionell bearbeitet von
Christina Knüllig

südwest

1. Auflage 2020

© 2020 by Südwest Verlag, einem Unternehmen der Verlagsgruppe Random House GmbH, Neumarkter Str. 28, 81673 München

Copyright © 2019 Jennifer Gunter

Published by Arrangement with KENSINGTON PUBLISHING CORP.,
NEW YORK, NY 10018 USA

Dieses Werk wurde vermittelt durch die Literarische Agentur Thomas Schlück GmbH, 30161 Hannover

HINWEISE

Die Verwertung der Texte und Bilder, auch auszugsweise, ist ohne Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten, so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung, da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.

Das vorliegende Buch wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch erfolgen alle Angaben ohne Gewähr. Weder der Autor noch der Verlag können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die aus den im Buch gegebenen praktischen Hinweisen resultieren, eine Haftung übernehmen.

Projektleitung: Andrei-Sorin Teusianu

Übersetzung & medizinische Redaktion: Christina Knüllig

Korrektorat: Barbara Kohl

Satz: KompetenzCenter, Mönchengladbach
Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck
Printed in Germany



Verlagsgruppe Random House FSC® N001967

ISBN 978-3-517-09905-7
www.suedwest-verlag.de

Inhaltsverzeichnis

Einführung	9
------------	---

LOS GEHT'S

1. Die Vulva	15
2. Die Vagina	26
3. Vagina und Vulva bei der Geschlechtsanpassung	36
4. Weibliche Lust und sexuelle Aufklärung	45
5. Schwangerschaft und Geburt	58

DIE VAGINA IN ALLTAG UND WARTUNG

6. Medizinische Vorsorgeuntersuchungen	75
7. Ernährung und vaginale Gesundheit	83
8. Das Wichtigste über Unterwäsche	90
9. Alles über Gleitmittel	95
10. Beckenbodentraining	101

HAUTPFLEGE UND -REINIGUNG

11. Vulva-Hygiene: Seifen, Waschlotionen und Reinigungstücher	111
12. Vagina-Hygiene: Spülung, Dampfbad, Spray und Kräuter	119
13. Haarentfernung und Intimfrisur	126
14. Feuchtigkeitspflege (Moisturizer), Hautschutzcreme und Badezusätze	139

PRODUKTE RUND UM DIE MENSTRUATION, ALTE UND NEUE MYTHEN

- | | | |
|-----|--|-----|
| 15. | Die Wahrheit über das toxische Schocksyndrom | 151 |
| 16. | Enthalten Tampons und Binden Giftstoffe? | 158 |
| 17. | Monatshygiene | 162 |

DIE MENOPAUSE

- | | | |
|-----|-----------------------------------|-----|
| 18. | Die Menopause | 179 |
| 19. | Das urogenitale Menopausensyndrom | 190 |

MEDIKAMENTÖSE THERAPIEN UND OPERATIVE EINGRIFFE

- | | | |
|-----|---|-----|
| 20. | Cannabis | 205 |
| 21. | Verhütung | 213 |
| 22. | Antibiotika und Probiotika | 220 |
| 23. | Kosmetische Genitalchirurgie,
Injektionen und »Verjüngung« | 230 |

SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN (STIs)

- | | | |
|-----|---|-----|
| 24. | Allgemeine Informationen über STIs | 243 |
| 25. | Sexuell übertragbare Infektionen (STIs) vorbeugen | 252 |
| 26. | Das Humane Papillomvirus (HPV) | 266 |
| 27. | Genitalherpes (HSV) | 278 |
| 28. | Gonorrhö (Tripper) und Chlamydien | 286 |
| 29. | Trichomoniasis | 293 |
| 30. | Filzläuse | 300 |

ERKRANKUNGEN

- | | | |
|-----|------------------------------|-----|
| 31. | Scheidenpilz (Vaginalmykose) | 307 |
| 32. | Bakterielle Vaginose | 318 |

33.	Vulvodynie	326
34.	Beckenbodenkrämpfe und Vaginismus	335
35.	Hauterkrankungen	344
36.	Harnwegsinfekte und chronisches Blasenschmerzsyndrom	354
37.	Senkung und Vorfall der Beckenorgane	362

SYMPTOME

38.	Mit Ärztin oder Arzt sprechen	371
39.	Ich habe Schmerzen beim Sex	380
40.	Ich habe eine Scheidenentzündung	389
41.	Ich verspüre einen Juckreiz an den Schamlippen	397
42.	Meine Vulva tut weh	402
43.	Ich habe einen komischen Geruch	406
44.	Ich blute nach dem Sex	412

ZUM GUTEN SCHLUSS

45.	Den Medizinschrank richtig bestücken	421
46.	Internet-Hygiene und Apps	427
47.	Aus dem Ammenmärchenbuch	434

Anmerkungen	445
Danksagungen	461
Register	463

Einführung

Ich habe eine Vagenda, eine Agenda rund um Vagina und Vulva: Geht es nach mir, sollen *alle Frauen* bestärkt werden, und zwar mithilfe korrekter Information über diesen so wichtigen Körperteil.

Einer der wichtigsten Werte der modernen Medizin ist das erklärte Einverständnis, die informierte Wahl. Wir Ärztinnen und Ärzte informieren dabei über Risiken und Vorzüge einer Behandlung oder Maßnahme. Auf dieser Basis treffen dann unsere Patienten wohlüberlegte Entscheidungen zum Wohle ihres Körpers. Doch das klappt nur, wenn die Informationsgrundlage akkurat und objektiv ist. Gerade im schnelllebigen Informationszeitalter finden wir genau diese Art von Informationen nicht so ohne Weiteres. Oft werden wir Opfer von Halbwahrheiten und Desinformation.

Angebliche Wundermittel und obskure Heilsversprechen gab es schon immer, das ist wahrlich nicht neu. Dennoch wird es heutzutage immer schwerer, Mythos und Wahrheit in der Medizin zu trennen.

Da sind nicht nur die sozialen Medien, die ständig Medizinwissen unterschiedlicher Qualität verbreiten. Hinzu kommen die Zwänge des Medienbetriebs, der auf die beständige Verbreitung vermeintlicher Neuigkeiten angewiesen ist, auch wenn es gar nichts zu vermelden gibt. Und geht es dann auch noch um den Körper der Frau, gibt es schon gar kein Halten mehr: Falschinformationen, wohin man schaut. Aber so ist es nun einmal im Patriarchat.

Die Besessenheit, was die Reinheit und Sauberkeit der weiblichen Fortpflanzungsorgane betrifft, geht auf eine Zeit zurück, in der sich der Wert einer Frau anhand ihrer Jungfräulichkeit bemaß oder der möglichen

Zahl ihrer Kinder. Vagina und Gebärmutter waren dabei die harte Währung. An diese Ängste zu rühren, geht direkt unter die Haut. So wundert es nicht, dass die Begriffe »rein«, »natürlich« und »sauber« häufige Verwendung in der Vermarktung frauenspezifischer Produkte finden.

Medienvertreter und Promi-Influencer beziehen sich auf genau diese Urängste, wenn sie in ihren Posts und Produktempfehlungen vor allen möglichen Vaginalkatastrophen warnen. Als ob die Vagina etwas Zartes und Verletzliches wäre, das ständig kaputt gehen könnte. (Ganz im Gegenteil: Von der Evolution wurde sie auf Dehnbarkeit und Reißfestigkeit unter der Geburt angelegt, und das lange vor der Erfindung des Nähens.)

Warum nun die *Vagina-Bibel* und nicht die *Vagina-und-Vulva-Bibel*? Das hat etwas mit unserem Sprachgebrauch zu tun. Wir sprechen über den Genitaltrakt (Vulva und Vagina) nun einmal umgangssprachlich als Vagina (oder Scheide). Medizinisch gesehen ist die Vagina lediglich der innere Teil. Aber die Sprache geht manchmal eigene Wege.

Seit 33 Jahren bin ich nun in der Medizin, davon 24 Jahre als Frauenärztin. Ich habe schon vielen Frauen zugehört. Ich kenne die Fragen, die gestellt werden, aber auch die, die unterbleiben, weil die Betroffenen nicht genau wissen, wie sie sie formulieren sollen.

Die *Vagina-Bibel* enthält all das, was Frauen aus meiner Sicht über Vagina und Vulva wissen sollten. Antworten auf alle möglichen Fragen, die mir in der Praxis oder online gestellt wurden und die vielleicht hinterher eine neue Frage aufwarfen: »Warum hab ich das eigentlich nicht gewusst?«

Lesen können Sie dieses Buch von Anfang bis Ende oder indem Sie gleich ein bestimmtes Kapitel konsultieren. Auch Einzelabschnitte sind sinnvoll. Gut sind sie alle! Ich hoffe sogar, dass mit der Zeit einzelne Seiten ganz zerlesen sein werden, vielleicht weil Sie nach dem Arztbesuch noch einmal nachgelesen haben oder nach einem Produkt suchten, über das wilde Heilsversprechen kursieren, oder vielleicht sogar einer Freundin, dem Partner oder der Partnerin ein wenig Nachhilfe in Anatomie zukommen lassen.

Wenn Frauen durch Falschinformationen bedingt falsche Vorstellungen von ihrem Körper haben, nützt das niemandem. Ich für meinen Teil will einfach dazu beitragen, dass es damit ein Ende hat.

Dr. med. Jen Gunter

LOS GEHT'S



sprache). Die Vulva gliedert sich wie folgt (s. dazu Abbildung 1 auf S. 14):

- Schamhügel oder Venushügel (Mons)
- die großen Schamlippen (Labia majora)
- die kleinen Schamlippen (Labia minora)
- Klitoriseichel (Glans clitoridis) (der sichtbare Teil der Klitoris)
- Klitorisvorhaut
- Scheidenvorhof (Vestibulum)
- die Öffnung der Harnröhre (Urethra)
- Damm (Perineum) (Bereich zwischen Scheidenvorhof und Anus)

Auch den Anus werden wir bei dieser Gelegenheit der Partei der Vulva zuschlagen, obwohl er medizinisch gesehen zum Gastrointestinaltrakt und nicht zu den Geschlechtsorganen gehört. Viele Beschwerden im Bereich der Vulva haben jedoch auch mit dem Anus zu tun, wobei Frauen diesbezüglich nicht so recht durchdringen. Wenn Ärzte »Frau« und »untenrum« hören, dann liegt die Gynäkologie nahe. Doch es gibt Frauen, die sich über Analsex informieren wollen, und schließlich kann es nach einer Geburt zu einer analen Inkontinenz kommen.

Die Klitoris: Geschichte einer Vernachlässigung

Wenn man ganz weit, sozusagen bis zu Hippokrates zurückgeht (wobei viele Medizinhistoriker davon ausgehen, dass es ihn als Person gar nicht gab), dann muss man feststellen, dass männliche Ärzte in den seltensten Fällen Unterleibsuntersuchungen bei Frauen vornahmen geschweige denn weibliche Leichen seziierten, da es als unschicklich, ja grob galt, eine Frau außerhalb der Ehe zu berühren. Und weil es keine weiblichen Ärzte gab, entstammte alles, was in den antiken Lehrbüchern geschrieben stand und den ersten Medizinern beigebracht wurde, von Frauen und Hebammen. Die Männer legten es dann entsprechend aus, und so hatte

es die Medizin von Anbeginn mit reichlich *Mansplaining* (dem typischen männlichen Fachsimpeln) zu tun.

Die meisten antiken Ärzte waren sich wie wohl viele Männer ihrer Zeit nicht ganz im Klaren darüber, was die Aufgabe der Klitoris ist. Deshalb haben sie ihr auch keine große Bedeutung zugemessen. Dies steht in starkem Kontrast zur anatomischen Erfolgsgeschichte des Penis. In der Medizin werden alle Körperoberflächen mit einer Vorder- und einer Rückseite bezeichnet (»ventral« oder »dorsal«). Wenn man jemanden ansieht, die oder der in einer neutralen Position, also mit seitlichen Armen und Handflächen nach vorne aufrecht steht, dann zeigen Gesicht, Brust und Handflächen nach ventral, Rücken und Handrücken nach dorsal. Diese Konvention gilt aber nicht für den Penis. Natürlich nicht. Die neutrale Position eines Mannes war aus Sicht der alten Anatomen eine riesige himmelwärts gerichtete Erektion. Nun laufen allerdings Männer nicht ständig mit einer Erektion herum. Wenn man einen Mann betrachtet, der sich in dem befindet, was gemeinhin als Ruhezustand gilt – also Penis erschlafft –, dann ist der sichtbare Teil nicht die »Vorderseite«, sondern tatsächlich die rückwärtige – dorsale – Seite, wohingegen die Hinterseite die ventrale ist.

Das ist keine Lappalie, sondern eher ein tragikomischer Ausdruck dessen, dass die Gesellschaft einschließlich der Medizin von Erektionen geradezu besessen ist. Eine Klitoris bildet da eher eine Fußnote in der Geschichte. Wenn sie überhaupt Beachtung fand, dann galt den Alten die Klitoris als das weibliche Pendant zum Penis. Nur weniger wert. (Es tut mir leid, aber dieses Organ, das immerhin zu multiplen Orgasmen befähigt, die allein der Lust dienen, ist *nicht weniger wert*. Es ist der Goldstandard.) Doch die Vernachlässigung der Klitoris beschränkte sich nicht allein auf die Medizin. Denken Sie nur an all die antiken griechischen Statuen mit ausgestalteten Hoden und Penis (wobei zu beachten ist, dass die Penisse eher klein gehalten wurden, Sexualität und intellektuelle Ambitionen, das vertrug sich vielleicht doch nicht so, als ideal galt der große Geist, nicht der große Penis). Die Vulven jener Zeit waren nichts weiter als mysteriöse Ausbuchtungen, schamhaft hinter gekreuzten Beinen verborgen.

Um 1000 v. Chr. interessierten sich persische und arabische Ärzte allmählich für die Klitoris. Doch konnte ein männlicher Arzt unmöglich einen weiblichen Körper geschweige denn eine weibliche Leiche berühren. Der Fortschritt war mühsam. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts waren die Beschreibungen der weiblichen Anatomie einschließlich der Klitoris schon recht genau, zumindest anatomisch gesehen. Dieser Fortschritt gedenkt man dadurch, dass bestimmte anatomische Bereiche nach ihren Entdeckern benannt sind, so die Eileiter – englisch: Fallopian Tubes – nach Gabriele Fallopio (der auch das Kondom erfand und es sogar einer klinischen Studie unterzog!) oder Caspar Bartholin, nach dem die Bartholin-Drüsen benannt sind.

1844 publizierte der deutsche Anatom Georg Ludwig Kobelt eine sehr genaue Beschreibung der Klitoris, die es bis heute mit den modernen Beschreibungen aufnehmen kann. Seine Arbeit wurde allerdings genau wie die dazu nötigen Vorarbeiten weitgehend ignoriert. Das hat womöglich eine Vielzahl von Gründen: zum einen die viktorianischen Moralvorstellungen (und hier vor allem die Gefahr, die von der weiblichen Sexualität auszugehen schien), zum anderen später das falsche Diktum Freuds, wonach der klitorale Orgasmus »unreif« sei.

Über viele Jahre war das Sprechen über die weibliche Sexualität in der Arztpraxis tabu, aber diese Form der Unterdrückung ist nicht allein auf die Medizin beschränkt. 1938 wurde die Lehrerin Helen Hulick in Los Angeles in Beugehaft genommen, weil sie es gewagt hatte, für eine Zeugnisaussage in Unterhosen zu erscheinen, und sich nach richterlicher Aufforderung weigerte ein Kleid anzuziehen. Zur Strafe musste sie fünf Tage ins Gefängnis. Frauengesundheit war kein Thema und sexuelle Gesundheit schon gar nicht. Frauen waren weder relevant noch wichtig.

In den Zwanziger- und Dreißigerjahren des letzten Jahrhunderts glaubten Ärzte allen Ernstes, dass die Vagina voller gefährlicher Bakterien stecke. Das ist natürlich absurd. Denn wenn dies so wäre, wenn die Vagina also beständig vor dem infektiösen Beinahekollaps stünde, dann hätten Frauen – evolutionär betrachtet – gar nicht überlebt. Das Narrativ der schmutzigen Vagina machte sich aber ganz gut, wenn es darum ging, Frauen insgesamt kleinzuhalten.

Ein männlich dominierter Berufszweig, eine männlich dominierte Gesellschaft, die sich nicht gerade für weibliche Erfahrungen und Wissen über den eigenen Körper interessiert, ein peniszentriertes Bild weiblicher Sexualität sowie Freuds Klitoris ohne Bedeutung, das sind schon eine ganze Menge Hindernisse. Auch lässt sich die Klitoris, da sie eher innen liegt, in der Praxis nicht so leicht untersuchen wie der Penis. Irgendwann wurden weibliche Leichen für die Dissektion der Klitoris erlaubt, aber man muss hier deutlich auf die Grenzen verweisen. Präparationen finden immer nur an wenigen Exemplaren statt. Leichen sind teuer und nicht einfach so verfügbar. Die meisten sind ältere Menschen, und nach der Menopause verändert sich der Umfang der Klitoris deutlich. In einer leichenbasierten Studie waren alle Toten zwischen 70 und 80. Auch verändert sich die Klitoris im Laufe der Aufbewahrung. Bevor die Magnetresonanztomografie (MRT) aufkam, konnte man nicht genau wissen, wie die Klitoris bei einer lebenden Frau überhaupt positioniert ist oder wie sie durch eine vermehrte Durchblutung im Zuge der sexuellen Stimulation anschwillt.

Anatomisches Wissen verändert sich nur langsam. Auch wenn ich nicht mehr alle Anatomiestunden aus dem Medizinstudium und der klinischen Ausbildung erinnere, habe ich doch noch meine Lehrbücher. Zwei wurden 1984 gedruckt und ein weiteres 1988. Die zwei, die besonders für Gynäkologie und Geburtshilfe relevant waren, sind, was die Klitoris betrifft, durchaus korrekt. Das allgemeine Anatomiebuch von 1984 jedoch widmet drei Seiten mit Abbildungen (zwei davon in Farbe) dem Penis. Die Klitoris dagegen wird mit einem eingefügten Bildchen irgendwo oben rechts in die Ecke abgeschoben, ein einziges eiterfarbiges Etwas, das auch noch als »Miniaturpenis« bezeichnet wird.

Geht ja wohl gar nicht!

Die Klitoris

Die Klitoris dient vor allem einem Zweck: der sexuellen Lust. Sie ist der einzige Körperteil, der allein dazu geschaffen wurde.

bein). Sie sind 5 bis 9 cm lang, ein Arm auf jeder Seite ungefähr neben den großen Schamlippen.

- **KLITORISSCHWELLKÖRPER ODER VORHOFSCHWELLKÖRPER:** bilden die inneren Arme des umgekehrten Y und sind 3 bis 7 cm lang. Sie stehen mit der Außenseite der Harnröhre und der Vagina in Verbindung.

Weil die Klitoris so nah an der Harnröhre und den unteren Scheidenwänden liegt, sagen manche Experten, man sollte besser vom einem klito-urethra-vaginalen Komplex sprechen.

Alle Teile der Klitoris schwellen bei sexueller Erregung an, was bedeutet, dass sie durch eine vermehrte Durchblutung dicker und fester werden. Dabei weist die Klitoriseichel die höchste Dichte an Nervenfasern und am wenigsten schwellfähiges Gewebe auf. Am meisten davon haben Klitoriskörper und -schenkel. Dass die ganze Klitoris empfindliche Nerven und schwellfähiges Gewebe aufweist, erklärt auch, warum selbst Frauen einen Orgasmus haben, die ohne Klitoriseichel auf die Welt kamen oder denen die Harnröhre operativ entfernt wurde (und damit wohl auch die mit ihr verbundenen klitoralen Anteile) sowie ferner Frauen, die genitalverstümmelt wurden. Der ganze »klito-urethro-vaginale Komplex« ist also sexuell erregbar. Da gibt es noch eine ganze Menge zu erforschen und zum Spaß zu erkunden, Sexploration vom Feinsten, gerade auch bei Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu bekommen. Der Umstand, dass die Klitoris weit mehr ist als die (sichtbare) Klitoriseichel, könnte auch jenen Frauen Hoffnung geben, deren Klitoriseichel vielleicht aufgrund einer Krebsoperation oder einer Genitalverstümmelung in Mitleidenschaft gezogen wurde. Auch wenn der Verlust nicht vollständig wettzumachen ist.

Schamlippen und Schamhügel

Der Schamhügel oder auch Venushügel und die beiden Lippenpaare – große Schamlippen (Labia majora) und kleine Schamlippen (Labia

minora) – dienen dem sexuellen Lustgewinn und dem Schutz des Scheidenvorhofes bzw. des Vaginaleingangs (medizinisch Vestibulum).

Der Scham- oder Venushügel besteht aus Haut- und Fettgewebe und erstreckt sich vom Schambein bis zur Vorhaut der Klitoris. Durch das Fettgewebe ist er etwas erhöht, vielleicht ist das als natürliche Barriere gedacht. Die großen Schamlippen bestehen aus behaarter Haut und Fettgewebe. Sie reichen vom Schamhügel bis knapp hinter den Scheidenvorhof und weisen allerlei Drüsen auf. Zumeist sind sie 7 bis 12 cm lang, aber wenn Ihre länger oder kürzer sind, ist das ebenso gut.

Die kleinen Schamlippen weisen kein Fett auf, dafür schwellfähiges Gewebe, wodurch sie sich bei sexueller Stimulation vergrößern. Auf Höhe der Klitoriseichel teilen sie sich in zwei Falten, von denen die eine Klitorisvorhaut (Präputium) genannt wird, die andere unter der Eichel ist das Frenulum. Das Reiben der kleinen Schamlippen erhöht die sexuelle Lust. Sie sind mit speziellen Nervenenden ausgestattet, die sexuell stark ansprechen und sehr sensibel sind.

Die kleinen Schamlippen stehen manchmal weiter hervor als die großen. Hier gibt es aber keine »normale« Größe oder Form. Es gibt alle Breiten von < 1 cm bis 5 cm, aber auch noch größer ist medizinisch vollkommen in Ordnung. Stellen Sie sich die beiden Lippen eher wie Schwestern vor, nicht wie Zwillinge.

Die Vulvaschleimhaut

Unter dem Mikroskop schaut Haut aus wie eine Ziegelwand. Schicht um Schicht sind die Hautzellen übereinandergestapelt. Die unterste Schicht besteht aus besonders spezialisierten Zellen, den Basalzellen. Diese produzieren neue Hautzellen, die dann wie auf einem Förderband an die Oberfläche geschoben werden. Beim Aufsteigen entwickeln sie sich weiter und bilden das Protein Keratin. Dieses macht sie wasserfest und widerstandsfähig gegen Verletzungen. Auf der Oberfläche wiederum werden Fette gebildet, die eine Barriere bilden gegen Verletzungen und Infektionen und darüber hinaus feuchtigkeitsbindend sind. Die Zel-

len der obersten Schicht sind bereits abgestorben und werden durch die Reibung oder durch Verletzungen abgeschilfert. Ungefähr alle 30 Tage hat sich die Oberhaut erneuert.

Schamhügel und große Schamlippen haben Schweißdrüsen, die den Schweiß direkt auf die Haut absondern. Zusammen mit Schamhaar und Flaumhaar bilden sie eine mechanische Schutzbarriere und binden Feuchtigkeit. Weil jedes Schamhaar mit einem Nervenende verbunden ist, spielt das Zerren oder Ziehen am Haar möglicherweise eine Rolle bei der sexuellen Erregung.

In den Haarwurzeln von Flaum- und Schamhaar sitzen die Talgdrüsen, die Talg (Sebum), eine ölige Substanz, produzieren. Diese sorgt dafür, dass die Haut weich und geschmeidig sowie wasserabweisend bleibt. Die Wurzeln des Schamhaars haben darüber hinaus auch noch besondere Schweißdrüsen, die sogenannten apokrinen Drüsen (man findet sie auch unter den Achseln). Diese werden in der Pubertät aktiviert und sondern in einem leicht öligen Schweiß winzige Mengen an Hormonen und Pheromonen auf den Haarschaft ab. Hautbakterien wiederum verwandeln das Sekret in den ganz besonderen, typischen Geruch der apokrinen Drüsen. Was ihre genaue Funktion ist, weiß man nicht. Aber da sie sich während der Pubertät entwickeln und Pheromone, also Botenstoffe der Kommunikation, absondern, hatten oder haben sie sicherlich etwas mit sexueller Anziehung zu tun.

Die Haut der kleinen Schamlippen hat weniger Schichten und weniger Keratin, und diese hauttypischen Veränderungen werden noch stärker, je näher man dem Scheideneingang kommt. Die kleinen Schamlippen sind haarlos, haben aber ebenfalls Talgdrüsen. Weil sie weniger Keratin, eine dünnere Haut und keine Haare haben, sind sie empfindlicher gegenüber Verletzung und Reizung.

Die Absonderungen der Talgdrüsen und der apokrinen Drüsen mischen sich mit Hautfetten und bilden so den Säureschutzmantel der Haut. Dadurch schützt sich die Haut vor Bakterien, Viren und Verunreinigungen insgesamt. Der pH-Wert der Vulvahaut liegt bei ungefähr 5,3 bis 5,6 und ist damit leicht sauer. (Wasser hat einen neutralen pH-Wert von 7).

Melanin

Haut, Haare und Iris erhalten ihre Färbung durch den Farbstoff Melanin, der in den sogenannten Melanozyten in der unteren Basalschicht der Haut gebildet wird. Interessanterweise hat die Vulva davon mehr als alle anderen Körperteile (Hand- und Fußflächen haben weniger). Dennoch weicht sie farblich nicht besonders ab. Noch kann die Medizin nicht erklären, warum man am Rücken weniger Melanozyten hat als in der Vulva, wo doch beide einen ähnlichen Farbton aufweisen.

Melanin absorbiert und reflektiert ultraviolettes Licht und bietet dadurch einen Sonnenschutz. Doch Melanozyten reagieren auch auf biologische, physische und chemische Reize und sind außerdem Teil des Immunsystems.

Der Scheidenvorhof (Vestibulum)

Am Übergang zwischen Vagina und Vulva liegt der Scheidenvorhof (Vestibulum), auch die Öffnung zur Harnröhre ist hier zu finden. Rein formal gesehen ist die Vulva äußerlich, doch ähnelt ihre Haut mehr der Haut im Inneren der Vagina. Es ist eine Schleimhaut, was bedeutet, dass sie wenig Keratin aufweist und ihre Zellen Glykogen, Speicherzucker, einlagern. Hier gibt es weder Haare noch Talg und das Gewebe wird vor allem mechanisch von den kleinen Schamlippen geschützt.

Dann gibt es hier zwei besondere Drüsenpaare: zum einen die Skene-Drüsen (oder paraurethralen Drüsen), die der männlichen Prostata ähneln (Studien zeigen, dass sie prostataspezifische Antigene – PSA – absondern). Und zum anderen die Bartholin-Drüsen in der Nähe des Scheideneingangs. Beide tragen zur Scheidenfeuchtigkeit bei.

Der anale Schließmuskel (Anus)

Der Anus besteht aus zwei Muskelringen, dem äußeren und dem inneren Schließmuskel. Seine Schleimhaut ist besonders stark mit Nerven durch-

zogen, weil er nicht nur zwischen festem und flüssigem Stuhl sowie Gasen unterscheiden muss, sondern auch noch das gesellschaftlich angemessene Timing der Stuhlentleerung zu koordinieren hat. Im Übrigen ist das dichte Nervengeflecht der Grund dafür, warum manche Menschen Analsex sehr stimulierend finden, aber zugleich auch, warum erweiterte Hämorrhiden und Analfissuren (kleine Hautrisse) so schmerzhaft sind.

Der innere Schließmuskel ist im Hinblick auf die Stuhlkontinenz, also das Aufhalten, von überragender Bedeutung, sein Anteil liegt bei ungefähr 80 Prozent.

UNTERM STRICH

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Dort, wo die Haut die Unterwäsche berührt, liegt die Vulva, innen liegt die Vagina, dazwischen der Vorhof.
- Die Klitoris umfasst weit mehr als den sichtbaren Teil und ist das einzige Körperorgan, das allein der Lust dient.
- Für die kleinen und großen Schamlippen gibt es keine Normgröße.
- Schamlippen und Venushügel dienen ebenfalls der sexuellen Lust, aber auch dem Schutz des Scheiden- oder Vaginaleingangs.
- Der pH-Wert der Vulva ist leicht sauer, er liegt zwischen 5,3 und 5,6.

2. KAPITEL

Die Vagina

Die Vagina ist ein Schlauch aus Bindegewebe und Muskeln, der die Vulva mit der Gebärmutter (Cervix) verbindet. Ich weiß, dass diese Beschreibung für etwas so Lustbringendes ziemlich unsexy ist. Auch möchte ich am liebsten nicht Vagina sagen, weil das lateinische Wort Vagina »Scheide« bedeutet, und ich mag es gar nicht, wenn der weibliche Körper darüber definiert wird, wie er zum Penis passt. Medizinisch betrachtet, fängt die Vagina mit dem Jungfernhäutchen, dem Hymen, an, gleich innen im Vorhof.

Warum haben wir überhaupt ein Jungfernhäutchen?

Bis heute können Evolutionsbiologen diese Frage nicht beantworten.

Manche Experten vertreten die These, dass ein Jungfernhäutchen einem männlichen Partner gezeigt hat, dass er nicht die Nachkommen eines anderen Männchens aufzog. Das aber ist eher unrealistisch und ziemlich patriarchalisch gedacht. Das Hymen kann nämlich auch durch körperliche Aktivität einreißen, und bei 50 Prozent der Teenager, die angeben, sexuell aktiv zu sein, ist es noch intakt. Als »Jungfräulichkeitsindikator« ist es also ziemlich unzuverlässig.

Die Theorie vom »Reinheitsgebot« impliziert auch, dass evolutionär gesehen, nur das erste Kind zählt. Nur ist es so, dass die meiste Zeit über in der menschlichen Geschichte fast die Hälfte der Neugeborenen starb. Es ergibt daher keinen Sinn, eine angeblich so wichtige biologische Res-

source in eine sexuelle Begegnung zu investieren und das Kind dann womöglich nicht überlebt oder gar nicht erst entsteht.

Eine andere Theorie besagt, dass sich das Hymen entwickelte, um den ersten Sex schmerzhaft zu machen. Auf diese Weise würden sich Frauen nur auf einen »bindungsbereiten« Mann einlassen. Aber so schmerzhaft ist das erste Mal nun auch nicht, dass sich Frauen für einen potenziellen Mr. Right aufsparen. Wenn es wirklich so wehtäte, hätten wir nicht so viele Teenagerschwangerschaften. Und wenn es evolutionäres Ziel wäre, den ersten Sex so enttäuschend zu gestalten, dass Frauen sich nicht mehr anderweitig umschaute, sondern beim »Ersten« blieben, dann ist es wiederum komisch, schon gleich zu Beginn der fruchtbaren Zeit ein so tolles Organ wie die Klitoris zu haben.

Meine Theorie ist, dass das Hymen ab einem bestimmten Punkt in der menschlichen Geschichte eine körperliche Schutzbarriere darstellte. Vor der Pubertät ist die Vaginaschleimhaut sehr empfindlich. Wenn ein Mädchen vor der Pubertät auch nur etwas Dreck in die Vagina bekommt, kann sich daraus eine starke entzündliche Reaktion ergeben. Östrogen und die Fettpolster an Schamhügel und großen Schamlippen, das Schamhaar und die kleinen Schamlippen – alles zum Schutz der Vagina – entwickeln sich aber nicht vor der Pubertät. Während wir uns weiterentwickelten und anfangen, aufrecht zu gehen, vergrößerte sich auch der Abstand der Vaginalöffnung zum Dreck, und damit entfiel die Notwendigkeit einer physischen Barriere, der evolutionäre Druck ließ nach. Das würde auch erklären, warum wir heute so viele Formen des Jungfernhäutchens haben: Es ist biologisch einfach nicht mehr so wichtig.

Im Fötus bildet sich die Vagina zunächst als feste Röhre. Dann bilden sich ausgehend von der Gebärmutter nach unten die Zellen im Inneren allmählich zurück. Übrig bleibt nur das Hymen im unteren Teil der Vagina. Es kann ringförmig sein, gewölbt, es kann Löcher haben oder auch ganz fehlen. Manchmal bleiben alte Zellen zurück, die ein Band bilden, das längs oder quer verläuft. Das nennt man Septum. Dieses Septum ist ziemlich dünn und geht schnell durch das Einführen eines Tampons oder bei der Penetration kaputt. Manchmal ist es aber auch

recht dick. Und ganz selten blockiert es sogar die Vagina. Ein Septum könnte der Grund sein, wenn eine mit 16 noch nicht ihre Tage hat, sich weder Tampon, Finger noch Penis einführen lassen oder der Sex schmerzhaft ist, weil »da etwas ist«.

Vagina: Die Grundlagen

Die Vagina ist mit einer speziellen Schleimhaut ausgekleidet, die – ein bisschen wie ein Akkordeon – Erhebungen und Vertiefungen aufweist, die Rugae vaginales. Manche Frauen nehmen sie als »Hubbel« wahr oder als irgendwie rubbelig. Am besten stellt man sich ein Bettlaken mit Falten vor.

Die Schleimhaut liegt auf einer Schicht glatter Muskeln, der im medizinischen Sinne äußeren Wand der Vagina. Glatte Muskulatur lässt sich nicht willentlich kontrollieren (auch der Darm besteht aus solch einer glatten Muskulatur). Und auch wenn nicht alle Funktionen der Vaginalmuskulatur vollständig erforscht sind, so nimmt man doch an, dass sie Blut und Ausfluss zur Scheidenöffnung hinausbewegen soll. Geraten die Muskelbewegungen aus dem Takt oder verkrampfen, ist das schmerzhaft. Daten zeigen, dass bei Frauen mit starken Regelschmerzen die glatte Muskulatur stärker anspricht.

Aufgrund der Rugae und der glatten Muskulatur kann sich die Vagina im Ruhezustand ganz einfallen. Dann berühren sich ihre Wände und Luft kann nicht hinein. Bei der Penetration und der vaginalen Entbindung indessen ist sie überaus dehnfähig. Jedermann (okay, das Patriarchat) ist immer ganz hingerissen, dass der Penis so an Größe zulegen kann. Doch die wenigen Zentimeter, die der Penis hier aufbringt, sind nichts im Vergleich mit der Dehnfähigkeit der Vagina.

Die glatte Vaginalmuskulatur ist von einem dichten Netz bestehend aus Blutgefäßen durchzogen, was sie nach einer Verletzung schnell heilen lässt.

Vaginas sind ganz unterschiedlich lang. Die Rückseite (die am Mastdarm, dem Rektum, anliegt) ist die längere, ihre Länge kann zwischen 5

Blase und Darm oder daran, einen Orgasmus zu haben? Es geschieht einfach. Sobald wir über genügend motorische Kontrolle verfügen, üben wir das Entleeren von Blase und Darm. Evolutionär gesehen haben sich diese Tätigkeiten vom Bewusstsein abgekoppelt, damit wir nicht die ganze Zeit mit ihrer Steuerung beschäftigt sind. Sonst wären wir womöglich nie aus unserem Sumpf herausgekrochen!

Vor allem durch Geburten wird der Beckenboden in Mitleidenschaft gezogen, was irgendwann zu Darm- und Blaseninkontinenz oder einem Vorfall der Beckenorgane führen kann. Ist der Beckenboden indessen zu fest, kann dies zu Schmerzen beim Sex führen oder zu Unterleibsschmerzen.

Die Vaginalschleimhaut

Die Vaginalschleimhaut besteht aus ungefähr 28 Zellschichten. Wie bei der Vulva gibt es die Basalschicht, die ständig neue Zellen produziert. Doch anders als dort können die Zellen der Vaginalschleimhaut Glykogen, eine Speicherform des Zuckers, aufnehmen. Auch haben sie viel weniger Keratin als die Vulvazellen, wodurch sie nicht ganz so wasserabweisend sind. Deshalb tritt immer ein wenig Flüssigkeit aus dem Blutkreislauf zwischen den Zellen aus und wird zu Vaginalsekret, das sogenannte Transsudat. Die verminderte Wasserfestigkeit bedeutet auch, dass über die Vagina Stoffe ins Blut gelangen können.

Die Vaginalschleimhaut erneuert sich viel schneller als die Haut der Vulva. Schon alle 96 Stunden gibt es eine neue Zellschicht, und dafür gibt es gleich mehrere biologische Gründe:

- **REIBUNG:** Ganz gleich, wie vorsichtig wir mit dem Finger, einem Sexspielzeug oder dem Penis vorgehen: Durch Reibung geht die oberste Zellschicht ab und das muss schnell repariert werden. Würde der heterosexuelle Sex zu langsam verheilenden inneren Verletzungen führen, hätte das einen üblen Einfluss auf unsere Fortpflanzungsfähigkeit als Gattung.
- **NAHRUNG FÜR DIE SCHEIDENFLORA:** Bei einer Frau im fruchtbaren Alter löst sich die alleroberste Zellschicht ca. alle 4 Stunden. Die abgestorbenen Zellen enthalten das gespeicherte Glykogen, und

dauernd über Ausfluss. Außerdem entfernen immer mehr Frauen ihre Schambehaarung, was dazu führt, dass Ausfluss direkt in der Unterwäsche landet und sich nicht irgendwo in den Haaren verfängt. Und schließlich gibt es regaleweise Produkte, die allein der »Bändigung« einer gesunden feuchten Vagina dienen.

Vaginaler Ausfluss besteht aus Absonderungen der Gebärmutter, der Drüsen am Vaginaleingang (Bartholin-Drüsen und Skene-Drüsen) sowie aus Stoffwechselprodukten der guten Bakterien sowie abgestorbenen Hautzellen und auch ganz wenig »Transsudat« (s. o.).

Zu den bekanntesten Scheidenbakterien gehört die Spezies *Lactobacillus* (spp.), auch als Laktobazillen bzw. Milchsäurebakterien bekannt. Diese bilden die bekannte Milchsäure und schützen die Scheidenschleimhaut durch einen Säuregehalt zwischen 3,5 bis 4,5 (sauer). Milchsäurebakterien bilden darüber hinaus bestimmte Proteine, die Bakteriozine, eine Art hausgemachtes Antibiotikum, das schädliche Bakterien abtötet oder außer Gefecht setzt. Milchsäurebakterien binden sich an die Schleimhautzellen und verhindern so, dass schädliche Bakterien diese Plätze besetzen. Auch bilden Milchsäurebakterien Wasserstoffperoxid. Die Theorie einer Art vaginalen Verteidigung ist allerdings aus der Mode gekommen.

Die vier wichtigsten Spezies der vaginalen Milchsäure- bzw. Laktobakterien sind *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. iners* und *L. gasseri*. Erst langsam verstehen wir überhaupt die unterschiedlichen Aufgaben und Wirkungen der verschiedenen Milchsäurebakterien, und in dem Zusammenhang kann sich noch vieles ändern. Zu meiner Studienzeit galt *L. acidophilus* als die am meisten verbreitete Spezies, aber das lag vor allem daran, dass man sie am besten im Labor anzüchten konnte. Im Zuge der DNA-Techniken können wir heute das Vagina-Mikrobiom viel genauer bestimmen, da wir Bakterien nicht erst zum Wachstum bringen müssen. Im Moment gehen wir davon aus, dass *L. iners* die am häufigsten vorkommende Spezies ist. 84 Prozent aller Frauen weisen sie auf, bei 34 Prozent der Frauen dominiert sie das Vaginalmikrobiom. Im Vergleich dazu spielt *L. acidophilus* eine eher untergeordnete Rolle, wenn es überhaupt eine spielt.

Jede Frau unterhält eine von fünf möglichen Bakteriengemeinschaften. Davon werden vier von *Lactobacillus* spp. dominiert (bei 73 Prozent der Frauen); die übrigen 27 Prozent haben weniger Milchsäurebakterien und dafür andere Bakterienmixe. Dabei spielen vor allem genetische und Umweltfaktoren eine Rolle. Weiße und asiatische Frauen unterhalten eher ein von Milchsäurebakterien dominiertes Scheidenmilieu, wohingegen ca. 40 Prozent der Afroamerikanerinnen und der Latinas keine Milchsäurebakterien-Gemeinschaften aufweisen. Je mehr Laktobakterien, desto saurer das Scheidenmilieu. Umgekehrt folgt daraus, dass ein Scheidenmilieu ohne Milchsäurebakteriendominanz etwas alkalischer ist (pH-Wert 4,7 bis 5,0).

Das heißt nun nicht, dass Afroamerikanerinnen oder Latinas ein weniger gesundes Scheidenmilieu hätten, es handelt sich lediglich um Varianten. Wir stehen hier mit unserem Verständnis noch ganz am Anfang, und neben Milchsäurebakterien spielen bei der vaginalen Gesundheit noch ganz andere Dinge eine Rolle.

Auch während des Monatszyklus schwankt der pH-Wert. Durch das Blut (pH-Wert 7,35) steigt er während der Regelblutung. Da Blut aber Milchsäurebakterien bindet, reduziert sich der pH-Wert während der Blutung. Dies ist eine Erklärung, warum Frauen am Ende des Menstruationszyklus für Infektionen besonders anfällig sind. Denn nun sind die guten Bakterien dezimiert und der pH-Wert ist hoch. Blut an sich bietet Bakterien ebenfalls einen guten Nährboden.

SOLLTE ICH MEINE SCHEIDENFLORA UNTERSUCHEN LASSEN? Anders als in den USA sind im deutschsprachigen Raum keine Heimtests verfügbar. Lediglich ein Hersteller bietet ein Testset an, mit dem man den pH-Wert untersuchen kann. Was wir im Moment über das Scheidenmilieu wissen, ist, dass es aus einer Vielzahl von Gründen täglichen Schwankungen unterworfen ist, und selbst noch innerhalb eines Tages. Eine einzelne Momentaufnahme, ja selbst mehrere hintereinander sind da nicht sinnvoll.

Außerdem kommt hier ein Unbehagen auf. Wir wissen, dass bei manchen Frauen wenig Milchsäurebakterien ganz normal sind. Ein Heim-

test, der nun zum Beispiel wenig Milchsäurebakterien ausweist, führt aber zu der Annahme, dass da etwas nicht in Ordnung ist, und schon macht man sich Sorgen.

Und schließlich wissen wir noch gar nicht, wie wir die Ergebnisse interpretieren sollen, und austauschen oder anreichern können wir das Mikrobiom auch nicht. Also: Zukünftig mag Heimtestung eine sinnvolle Sache sein, Stand 2019 ist sie das nicht.

UNTERM STRICH

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Die Faltungen oder kleinen Wülste in der Vagina nennt man medizinisch *Rugae vaginales*.
- Die Länge der Vagina hat nichts mit der Körperlänge oder der Statur zu tun.
- Die Menge des Vaginalausflusses beträgt typischerweise zwischen 1 und 3 ml pro Tag.
- Die Vaginamuskulatur speichert reichlich Zucker als Glykogen, um damit die guten Bakterien zu füttern (s. auch das 7. Kapitel, wo es um die Ernährung und das Scheidenmilieu geht).
- Fünf Bakterienstämme gibt es in der Vagina.

3. KAPITEL

Vagina und Vulva bei der Geschlechtsanpassung

Das sexuelle Geschlecht (Sexus) bezeichnet eine Person aufgrund von biologischen Eigenschaften (Anatomie und/oder Hormone) als männlich oder weiblich. Es wird bei der Geburt zugewiesen, kann aber auch geändert werden. Gender indessen ist die Empfindung, wer man ist: männlich, weiblich, beides oder weder noch. Eine Transgender-Person ist jemand, dessen Gender-Identität von seinem oder ihrem bei der Geburt bestimmten sexuellen Geschlecht abweicht.

In den USA gibt es ungefähr eine bis anderthalb Millionen Transgender-Frauen und -Männer. Neben medizinischen Problemen erleben diese Leute oft, dass ihre Ärzte nicht mit den Richtlinien vertraut sind, die die World Professional Association for Transgender Health (WPATH) aufgesetzt hat. Bis zu 50 Prozent aller Transgender-Personen berichten, dass sie ihre Ärzte oder die Versicherung überhaupt erst mal auf ihre besonderen medizinischen Bedürfnisse hinweisen müssen. Das ist ausgrenzend und führt nicht gerade zu einem guten Vertrauensverhältnis im Gesundheitswesen.

Doch Transpersonen erleben noch weitere Hürden bei der Gesundheitsversorgung. Fast 30 Prozent geben verbale Übergriffe in der Arztpraxis an, 20 Prozent berichten von einer Behandlungsverweigerung.

Solche Negativerfahrungen können dazu führen, dass jemand überhaupt nicht mehr zum Arzt geht. Trans-Männer mit Vagina und Gebärmutter stehen womöglich ohne Arzt oder Ärztin da, die eine Gebärmutterhalskrebsvorsorge macht oder sich mit Vaginalproblemen auskennt.

Was auch immer der Grund sein mag, und davon gibt es leider reichlich, geben 48 Prozent der Trans-Männer und 33 Prozent der Trans-Frauen in den USA an, dass sie Vorsorgeuntersuchungen hinauszögern oder ganz vermeiden. In Deutschland gibt es seit 2018 eine von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) herausgegebene S3-Leitlinie zur Gesundheitsversorgung von transsexuellen Menschen. Sie heißt: »Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit«, ist abrufbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/138-001.html> und wurde entwickelt, um den gesundheitlichen Besonderheiten von Trans-Menschen gerecht zu werden. Weitere Informationen auch beim »Regenbogenportal« des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) <https://www.regenbogenportal.de/gesundheitsversorgung-von-transgeschlechtlichen-menschen/>

Trans-Männer

Veränderungen in Vulva und Vagina bei Trans-Männern

Durch Testosteron kann sich bei einer Geschlechtsanpassung im Bereich von Vulva und Vagina einiges verändern. So verlängert sich die Klitoris von einer Durchschnittslänge von 1,5 cm auf 4,5 cm. Dadurch, dass die Vorhauteichel mehr wächst als die Vorhaut, tritt sie nun stärker hervor, was sie empfindlicher macht. Auch die Schambehaarung kann zunehmen, wobei sie sich nun anders verteilt: mehr Haare auf den Oberschenkeln und vom Bauchnabel abwärts.

Durch die Testosterongaben wird auch die Scheidenschleimhaut dünner, die Milchsäurebakterien werden weniger und der pH-Wert steigt. Diese Veränderungen können sich schon im dritten Monat nach Behandlungsbeginn bemerkbar machen, meist dauert es aber bis zu zwei Jahre. Zu den nachteiligen Symptomen gehören Hautreizungen, Ausfluss, Schmerzen bei der gynäkologischen Untersuchung und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bei Trans-Männern, die vaginal-rezeptiven Geschlechtsverkehr haben. Der Mangel an Milchsäurebakterien und die

dünnere Vaginalschleimhaut erhöhen überdies das Risiko einer Übertragung von sexuell übertragbaren Infektionen (STIs).

Behandelt wird mit topisch aufgetragenem Östrogen in der Vagina. Richtig dosiert, gelangt es nicht in den Blutkreislauf und wird damit auch nicht die Wirkung des Testosterons in anderen Geweben beeinträchtigen. Manche Trans-Männer finden vaginal aufgetragenes Östrogen akzeptabel, andere nicht. Wenn es hier um körperliche Bedenken geht, dann kommt vielleicht ein Vaginalring infrage, der alle drei Monate ausgetauscht wird und in der Zwischenzeit das Östrogen abgibt. Richtig eingesetzt, sollte er nicht zu spüren sein. Wer als Trans-Mann mit dem Gedanken an Östrogen seine Probleme hat, könnte vaginale DHEA-Zäpfchen verwenden. DHEA (Dehydroepiandrosteron) ist ein Steroid und ein Vorläuferhormon von Östrogen und Testosteron und würde hier in der Scheide umgewandelt. Mehr über Medikation und Darreichungsformen in Kapitel 19.

Trans-Männer mit Gebärmutter brauchen eine gute Krebsvorsorge

Nicht alle Trans-Männer lassen sich Gebärmutter und Gebärmutterhals entfernen. Und wer die Operationen vornehmen lässt, tut dies oft erst Jahre nach der Geschlechtsanpassung. Deshalb ist zumindest über einen Übergangszeitraum ein regelmäßiger Abstrich am Gebärmuttermund unabdingbar. Auch für diese Gruppe der Trans-Männer gelten die allgemeinen Empfehlungen der Krebsvorsorge, und zwar beginnend mit 21 und bis zum 65. Lebensjahr dauernd. Danach können sie unterbleiben, sofern die letzten drei Pap-Abstriche negativ waren. Pap-Abstriche werden allgemein empfohlen, und zwar unabhängig von der sexuellen Aktivität und auch unabhängig vom Geschlecht der Person, mit der man Sex hatte. (Mehr zu Pap-Abstrich und Krebsvorsorge in Kapitel 26.)

Leider laufen Trans-Männer Gefahr, keine Krebsvorsorge am Gebärmutterhals zu bekommen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Wahrscheinlichkeit einer Krebsvorstufe beim Pap-Abstrich gegenüber Cis-

Frauen (also Frauen, die sich in ihrer Geschlechtsidentität wohlfühlen A. d. Ü.) um bis zu zehn Mal höher ist. Auch gestaltet sich bei Trans-Männern die Auswertung des Pap-Abstriches schwierig. Einer Studie zufolge ist das bei 11 Prozent der Trans-Männer der Fall, gegenüber einem Prozent bei Frauen. Vielleicht liegt das an einer testosteronbedingten Entzündung oder einem Unwohlsein bei der Untersuchung, die eine korrekte Zellentnahme erschwert. Veränderungen bei den Bakterien in der Vagina erhöhen überdies das Risiko einer Übertragung von HP-Viren (Humanes Papillomvirus), welche wiederum zu Krebs am Gebärmutterhals führen.

Schlechte Untersuchungen bedeuten nun aber, dass Zellen nicht richtig entnommen werden und es der Untersuchung an Genauigkeit mangelt. Überdies stellt man fest, dass Trans-Männer eher weniger zur Nachfolgeuntersuchung gehen oder dass andere Unregelmäßigkeiten auftreten, vielleicht aufgrund eines schlechten Zugangs zum Gesundheitssystem oder einer allgemeinen Marginalisierung. (Hier spielt auch die deregulierte Gesundheitsversorgung der USA eine Rolle, A. d. Ü.) Wir haben es hier also mit einem erhöhten biologischen Risiko sowie gesellschaftlichen Faktoren zu tun, die einem Zugang zum Gesundheitswesen abträglich sind.

Da es ungefähr sechs Monate dauert, bis sich das Testosteron negativ auf den Abstrich auswirkt, sollten Trans-Männer im Wartestand eine Krebsvorsorge vor ihrer Testosteron-Behandlung starten. Fällt diese dann negativ aus, ist erst einmal für drei Jahre Ruhe.

Folgende Maßnahmen vermindern das körperliche Unwohlsein beim Abstrich des Gebärmutterhalses:

- **HPV-TEST OHNE ZERVIX-ABSTRICH:** Hier kann ohne Spekulum gearbeitet werden. In Deutschland gelten ab 2020 überdies die neuen Leitlinien zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge als Kassenleistung. Danach haben alle Frauen erstmals im Alter von 20 Jahren die Möglichkeit, eine Früherkennung auf HPV zu machen, eine Altersobergrenze besteht nicht. Erstmals im Alter von 35 Jahren (ohne Altersobergrenze) ist ein kombiniertes Screening vorgesehen, das

aus zytologischer Untersuchung und Test auf Humane Papillomviren besteht. Dieser sogenannte Ko-Test kann bei unauffälligen Ergebnissen alle drei Jahre erfolgen und bei geringen Auffälligkeiten nach einem Jahr wiederholt werden. (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung, Website)

- **VAGINAL APPLIZIERTES ÖSTROGEN (CREME):** 2 bis 4 Wochen vor dem Abstrich angewandt, reduzieren sich dadurch falsch abnormale Resultate sowie Schmerzen bei der Untersuchung aufgrund einer trockenen Vaginalschleimhaut.

Eigentlich sollten sich alle Menschen gegen HPV impfen lassen, besonders jedoch Trans-Männer mit ihrem oben dargestellten besonderen Risikoprofil. (Mehr über die HPV-Impfung in Kapitel 25.) Trans-Männer, die eine Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) erwägen, sollten mit dem Operateur besprechen, ob eine vollständige oder nur eine teilweise (suprazervikale Hysterektomie) vorgenommen wird. Auch wenn Letztere technisch vielleicht leichter ist, bietet ein Teilverbleib doch keine Vorteile. Im Gegenteil: Bis 65 muss weiterhin eine Krebsvorsorge stattfinden.

Menstruation und Geschlechtsanpassung

Trans-Männer, die keine Hormone nehmen, haben immer noch ihre Periode. Manche entscheiden sich dann für ein Intrauterinpressar, um zu verhüten, was mit schwächeren Regelblutungen einhergeht. Auch die Testosterontherapie beeinflusst die Menstruation. Nach zwei Monaten wird diese weniger, um ungefähr drei Jahre nach Beginn der Hormonbehandlung ganz aufzuhören. Wenn die Hormongaben nicht richtig überwacht werden, sodass sie männlichen Verhältnissen entsprechen, kommt es bei 16 Prozent der überwachten Trans-Männer auch nach sechs Monaten noch zu Blutungen. Auch bei einer Unterbrechung der Behandlung kehrt die Menstruation zurück. Das gilt auch bei einem Kinderwunsch.

Auch wenn Tampons und Menstruationstassen unauffälliger sind als Binden, kann es aufgrund der testosteronbedingten leicht entzündlichen

Schleimhaut schmerzhaft sein, sie einzuführen, besonders wenn der Blutfluss gering ist. Was das toxische Schocksyndrom und Testosteron angeht, haben wir keine Daten.

Menstruationsunterwäsche (waschbar) könnte hier im Übrigen eine Option sein. Die gebrauchte Wäsche muss allerdings, sofern außerhalb der Wohnung gewechselt, in einer Plastiktüte aufbewahrt werden, was die Diskretion ziemlich zunichtemacht. (Mehr dazu in Kapitel 17).

Trans-Frauen

Operation an Vulva und Vagina

Durch eine Operation werden Schamlippen, Klitoris und eine Vagina konstruiert (Vaginoplastik). Dabei wird aus der eigentlichen Peniseichel (*Glans penis*) eine Klitoris gearbeitet, wobei dann die neue Klitoris und die Stimulation der Prostata bei der vaginalen Penetration für sexuelle Lust sorgen. Nach einer OP berichten 75 Prozent der Trans-Frauen, dass sie vaginalen Sex haben, wobei die Orgasmusfähigkeit zwischen 70 und 84 Prozent liegt.

Aus den Hoden werden die Schamlippen gearbeitet, wobei eine optimale Technik für eine Vaginoplastik noch aussteht. Experimentiert hat man bereits mit Gewebe aus Penis, Dickdarm und Peritoneum (Bauchfell, eine Schleimhautschicht, die die Bauchhöhle auskleidet und unter anderem die Organe am Zusammenkleben hindert). Darüber hinaus findet auch Haut aus anderen Körperteilen Verwendung, etwa Schleimhaut aus der Mundhöhle oder der Plazenta oder andere speziell aufbereitete Gewebe. Die Darstellung all der Techniken würde dieses Buch überfrachten, aber die Wahl ist von vielen Faktoren abhängig, darunter der Penislänge (und ob es hier genug Gewebe gibt) und natürlich Vorlieben aufseiten von Patient und Operateur.

In den USA wird am häufigsten Gewebe von Penis, Hoden und gegebenenfalls anderen Geweben verwendet. Bei »normalen« Frauen ist die Vagina zwischen 6,5 und 12,5 cm lang, was keinen Einfluss auf die sexuelle Befriedigung hat. Die meisten Chirurgen peilen eine mittlere

Vaginallänge zwischen 9 und 10 cm an. Aufgrund von anatomischen Gegebenheiten ist so eine Länge nicht immer möglich. Da gibt es also Schwankungen. Penisgewebe ist im Übrigen nicht selbstbefeuchtend, aber manche finden das sogar besser, weil Penishaut sexuell anspricht.

Eine Vagina, die aus Penishaut gebaut wird, ist mit regulären Hautbakterien besiedelt. Kommt es hier zu Symptomen wie Ausfluss oder Geruch, hat dies zumeist andere Gründe als bei einer angeborenen Vaginalschleimhaut, die es mit Hefe- oder bakteriellen Infektionen zu tun haben kann. Ausfluss hängt bei Trans-Frauen eher mit Talgabsonderungen oder abgestorbenen Hautzellen zusammen.

Im Falle von Ausfluss oder Geruch sollte die Haut regelmäßig mild gereinigt werden. Die neue Vagina hat keine Schleimhaut und auch keine Milchsäurebakterien. Viele Chirurgen empfehlen Vaginalduschen, um Gleitmittelrückstände oder Hautschüppchen zu entfernen. Was die vaginale Geruchsbildung angeht, gibt es noch keine generelle Empfehlung. Wenn Spülungen mit Wasser nicht ausreichen, sollte einige Tage mit einer 25-prozentigen Jod-in-Wasser-Lösung gespült werden. Eine andere Option ist ein Vaginalantibiotikum wie Metronidazol, um geruchsbildende Bakterien abzutöten.

Der Vorteil von Darm- oder Bauchfellgewebe ist, dass es selbstbefeuchtend ist. Günstigenfalls wird es mit der Schlüssellochtechnik (laparoskopisch) gewonnen. Allerdings kann im Falle der Verwendung von Darmgewebe der Ausfluss in der neuen Vagina erheblich sein.

Eine Vaginoplastik ist medizinisch gesehen ein großer Eingriff. Wenn sich jemand aus gesundheitlichen Gründen dem nicht unterziehen mag, gibt es immer noch die Möglichkeit, Vulva und Klitoris zu bilden und eine kleine Mulde als Vagina zu schaffen. Äußerlich macht das dann keinen erkennbaren Unterschied. Das ist überdies eine Option für Trans-Frauen, die keinen Vaginalsex möchten.

Hier noch einmal wichtige Aspekte, die bei einer Vaginoplastik beachtet sein wollen:

- **PERMANENTE SCHAMHAARENTFERNUNG AN DEN UND UM DIE HODEN:** Erfolgt diese nicht permanent, kann es zum Einwachsen von Haaren in der Vagina kommen, was wiederum Zysten, Vaginalausfluss und Geruch nach sich zieht. Die Prozedur kann bis zu einem Jahr in Anspruch nehmen, wobei die Elektrolyse die einzig wirklich permanente Methode ist.
- **KEINERLEI NIKOTIN DREI MONATE VOR UND NACH DER OPERATION:** Alle Tabakprodukte erschweren die Wundheilung, weil sie die Durchblutung in den kleinen Blutgefäßen verringern. Der Erfolg dieser großen Operation hängt aber entscheidend von der Durchblutung ab. Tabakgenuss kann zur Abstoßung des Transplantats und zu Vernarbungen innerhalb der Vagina führen.
- **NACH DER OPERATION IST EINE DILATATION (WEITUNG) NÖTIG, UM LÄNGE UND WEITE DER VAGINA ZU GEWINNEN:** Für die meisten Trans-Frauen wird dies eine lebenslange Verpflichtung sein, besonders jedoch im ersten Jahr nach der OP. Falls sich die Dilatation als zu schmerzhaft erweist, muss sofort mit dem plastischen Chirurgen konferiert werden. Denn schnell kommt es zur Bildung von festem Narbengewebe, das chirurgisch nur schwer zu korrigieren ist.

Schmerzen beim Sex oder bei der Dilatation können mit Narbenbildung in Zusammenhang stehen, aber auch mit Krämpfen der Beckenbodenmuskulatur (vgl. hierzu die Kapitel 2 und 34). Schmerzen und/oder der Operationsvorgang können zu Muskelkrämpfen führen. In beiden Fällen, bei Vernarbungen und Spasmen, fühlt es sich an, also ob die Dilatoren auf ein Hindernis stoßen.

STIs nach der Vaginoplastik

Wird die Vagina aus Penisgewebe konstruiert, ist eine Infektion mit Gonorrhö (Tripper) oder Chlamydien eher unwahrscheinlich, anders jedoch bei der Harnröhre aufgrund ihrer Nähe zur Vagina. Transmissionen von sexuell übertragbaren Virusinfektionen, wie Genitalherpes, HPV und HIV, sind möglich, aber nicht gut untersucht.

UNTERM STRICH

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Trans-Männer mit einer Gebärmutter haben ein höheres Risiko für abnormale Pap-Abstriche und insgesamt für eine unzureichende Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge.
- Auch wenn sich alle Menschen zwischen 9 und 14 gegen HPV impfen lassen sollten, sollten Trans-Männer diese Impfung und den Zervixabstrich möglichst vor der Hormontherapie machen.
- Bei Trans-Männern, die Testosteron einnehmen, kann es zu Vaginalausfluss und -schmerzen kommen, und zwar noch bis zu zwei Jahren.
- Bei Trans-Frauen hat Vaginalausfluss andere Ursachen als bei Cis-Frauen.
- Schmerzen beim Sex können bei Trans-Frauen mit einer Stenose der Vagina oder Muskelkrämpfen zu tun haben (vgl. Kapitel 34).

4. KAPITEL

Weibliche Lust und sexuelle Aufklärung

Ohne Brimborium über Sexualität zu sprechen ist in unserer Gesellschaft gar nicht so leicht. Weil das so ist, sind Frauen oft die Leidtragenden. Die weibliche Geschlechtlichkeit wird ganz zu Unrecht als »schmutzig« bezeichnet, und schon sehr früh bekommen Mädchen Botschaften darüber, was eine patriarchalische Gesellschaft von einem »netten« Mädchen erwartet und was nicht.

Den eigenen Körper nicht zu kennen, nicht zu wissen, wie er arbeitet und was es dazu braucht, macht hilflos und ist in einer sexuellen Beziehung von Nachteil. Viele heterosexuelle Frauen erfahren (erst) von ihren Partnern über bestimmte sexuelle Dinge. Die wissen jedoch oft selbst wenig oder gar nichts, zum Beispiel über den weiblichen Orgasmus. Wohin also können sich Frauen wenden, wenn sie seriöse Informationen bekommen oder wissen möchten, ob das, was sie erfahren haben, korrekt ist? Etwa, wenn es um sexuelle Praktiken geht oder um medizinische Fragen. In einer Studie kam heraus, dass nur 63 Prozent aller Gynäkologinnen und Gynäkologen standardmäßig nach der sexuellen Aktivität fragen, 40 Prozent nach sexuellen Problemen und 29 Prozent, ob Frauen mit ihrem Sexualleben zufrieden seien. Das ist ein Problem.

Manche Ärzte, selbst Gynäkologinnen und Gynäkologen, haben Mühe, über Sexualität zu sprechen, weil sie für derartige Gespräche womöglich gar nicht ausgebildet wurden. Andere stehen in der Praxis ständig unter Zeitdruck. Und dann gibt es auch manchmal gar keine *medizinische* Therapie (also keine Medikamente), die man empfehlen könnte,

da die Ursachen (beziehungs)technischer Natur sind. Nicht dass ich hier das Problem kleinrede, ich möchte es nur verstehen. Ärzte sollten auf jeden Fall nachfragen, denn überweisen können wir ja immer noch: an Sexual- oder Familientherapeuten oder an eine Psychologin. Mediziner müssen nicht alles selber machen.

Ein anderes Problem in diesem Zusammenhang haben Frauen mit Vorerkrankungen, durch die es zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr kommt. Das gerät viel zu schnell in den Hintergrund. Viele Frauen leiden über Jahre und wissen nicht, dass es für ihr Problem einen Namen und eine Behandlung gibt.

Wie viel Sex haben die Leute denn nun wirklich?

Untersuchungen zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem Sexualleben nicht so hoch ist: Nur 49 Prozent der heterosexuellen Frauen, 47 Prozent der lesbischen und 49 Prozent der bisexuellen Frauen geben an, mit ihrem Sexualleben zufrieden zu sein. Bei den Männern sind die Zahlen nicht sehr viel höher, wobei die Teilnehmer mit der höchsten Zufriedenheit (wen wundert es?) heterosexuelle Männer waren (aber auch bei ihnen waren es nur 51 Prozent).

Doch auch wenn die Leute aufgrund eines gewissen Erwartungsdrucks privat oder öffentlich behaupten, dass Sex superwichtig für sie sei, dann besagt die Empirie doch, dass die durchschnittlich mit Sex verbrachte Zeit pro Tag bei vier Minuten liegt. Das ist weniger als die Zeit für den Einkauf oder die Zeit, in der man in den Kühlschrank schaut – und ich weiß, was ich besser finde! Also, die Antwort lautet, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Sexualleben ziemlich verbreitet ist.

Woher rührt die Diskrepanz?

Doch warum haben Menschen weniger Sex, als ihnen lieb ist? Zunächst meinen sie vielleicht, sie sollten sich aufgrund gesellschaftlicher Erwar-

tungen mehr Sex wünschen, und geben dann eine geschönte Antwort. (Hey, es gab Zeiten, da hab ich sogar auf anonymen Fragebögen mit meinem Gewicht gemogelt.) Sich die Wahrheit einzugestehen ist nicht immer leicht. Auch wollen wir alle tendenziell mehr von dem, was wir gut finden. Dann ist nicht jeder in einer sexuellen Beziehung, oder die Beziehung ist nicht in Ordnung und eine Lösung nicht in Sicht. Auch können die meisten nicht so richtig über ihre Sexualität sprechen, oder der Sex ist vielleicht einfach unbefriedigend.

Im Übrigen ist Sex für die meisten gar nicht sooo wichtig. Bestimmte Frauen haben aus medizinischen Gründen Schmerzen beim Sex. Und letztlich verändert sich natürlich auch die Libido, die sexuelle Lust, beständig.

Es ist einfach kompliziert.

Auch Beziehungen ohne Sex kommen häufiger vor, als man denkt. 15 Prozent aller Paare hatten in den letzten 6 bis 12 Monaten keinen, wobei die Datenlage bei unverheirateten Paaren dürftig ist.

Bei sexuellen Problemen wird die Schuld tendenziell bei der Frau gesucht, aber das ist nicht immer richtig. Es kann auch am Mann liegen.

Der sexuelle Reaktionszyklus

Was die sexuelle Erlebnisfähigkeit der Frau angeht, kommt der Klitoris die größte Bedeutung zu. Das bedeutet nicht, dass es nicht auch Frauen gibt, die durch die Stimulation ihrer Brustwarzen zum Orgasmus kommen oder durch Analsex. Es bedeutet bloß, dass es die Klitoris nur aus dem einem Grund gibt: der sexuellen Lust. Auch reagiert sie fast immer mit, wenn andere erogene Zonen stimuliert werden.

Das klassische Modell der sexuellen Erregung ist der lineare Anstieg, so wie von Masters und Johnson 1960 in ihrem berühmten Report *Die sexuelle Reaktion* vorgestellt. Das Modell hat vier Phasen: Erregungsphase, Plateauphase, Orgasmus und Rückbildungsphase. Nun wurde allerdings bald kritisiert, dass es das Begehren gar nicht mit einschließt (wenn man den Partner nicht mag oder von ihm abgestoßen wird, dann

ist Erregung schon eine ziemliche Herausforderung). Daraufhin gab es ein Modell *mit* Begehren, aber beide Modelle sind doch männerzentriert insofern, dass sie von einem fixen Erregungszustand gleich zu Beginn ausgehen. Das aber vernachlässigt die von Frauen häufig genannten Gründe für den Wunsch nach sexueller Intimität: etwa emotionale Verbindung mit dem Partner oder Vertrauen, Zuneigung, Sicherheit und Respekt.

Ein Kreislauf-Modell wurde im Jahr 2000 von Dr. Rosemary Basson vorgestellt. Dieses Modell geht davon aus, dass eine befriedigende sexuelle Begegnung nicht unbedingt mit einer heftigen spontanen Erregung beginnt, sondern Aspekte enthält, die, so berichten es Frauen, zur sexuellen Erregung und Befriedigung beitragen, also Gefühle der Sicherheit, des Begehrtwerdens oder einfach ein wohliges Gefühl. Beim Basson-Modell steht also am Anfang so etwas wie Nähe und Verbundenheit, erst danach setzen Erregung und Begehren ein.

Die sexuelle Erregung entsteht hier ebenfalls spontan, aber als Ergebnis einer komplexen Interaktion mit vielen körperlichen und emotionalen Stimuli, sie kann spontan sein, aber auch reaktiv. Das Modell wird dem Umstand gerecht, dass für viele Frauen Nähe ein ganz wesentlicher Bestandteil der Sexualität ist.

Oft sage ich Frauen, dass sie sich weniger auf die spontane Erregung, sondern lieber auf die Befriedigung insgesamt (emotional und körperlich) konzentrieren sollen. Und natürlich auf Spaß und sexuelle Lust. Viele Leute scheitern an der Hürde der spontanen Libido, die mir eh wie eine recht männliche Fantasie vorkommen will. Ich stelle mir Sex am liebsten als eine Party vor, bei der es egal ist, ob man auf Bütt Papier geladen wird oder per SMS, ob man mit einer Limousine anreist, mit dem eigenen Auto kommt, die U-Bahn nimmt oder zu Fuß geht. Worauf es ankommt, ist, dass man da war und es einem richtig gefallen hat.

Körperliche Veränderungen während der Erregung und beim Sex

Durch den Blutzustrom Richtung Vagina und Vulva wird die Klitoris größer, die Schamlippen schwellen an und die Vagina wird feucht. Ihr

unteres Drittel verengt sich und die oberen zwei Drittel werden weiter. Auch heben sich das obere Ende der Vagina und die Gebärmutter leicht an.

Beim Orgasmus ziehen sich die Beckenbodenmuskeln rund um die Vagina rhythmisch zusammen, was nicht bewusst steuerbar ist, denn Nerven und Muskeln erhalten keine bewussten Impulse vom Gehirn. Das ist ein bisschen so wie die Messung am Knie mit dem Reflexhämmerchen. Der Unterschenkel bewegt sich nach oben, weil der Reflexpunkt angestoßen wurde, nicht weil das Gehirn eine bewusste Aufforderung erteilt hätte. Umgekehrt führt das bewusste Zusammenziehen der Beckenbodenmuskulatur beim Beckenbodentraining nicht zu einem Orgasmus, auch wenn viele Frauen merken, dass das Zusammenziehen eine Erregung vergrößern kann. Ich stelle mir das bewusste Zusammenziehen manchmal als Anlassen der Pumpe vor, so wie die Aufwärmübungen beim Joggen oder das Motorlaufenlassen an kalten Tagen. Probieren Sie es auch mal!

Der weibliche Orgasmus – also das Kontrahieren des Beckenbodens – dauert zwischen 5 und 60 Sekunden mit einer Frequenz von 0,8 Sekunden. Bei den meisten fallen die Kontraktionen von Mal zu Mal länger und dafür schwächer aus. Die Anzahl der Kontraktionen liegt zwischen 3 und 15, danach kommt es zu einem Wohlgefühl und einer merklichen Entspannung. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen und Männer das Orgasmusgefühl in fast gleichen Worten beschreiben.

Für manche Frauen ist die direkte Berührung der Klitoris beim Vorspiel oder beim Sex viel zu stark. Immerhin weist sie ja mit die höchste Nervendichte im Körper auf. Wer hier einen Vibrator oder die Hand gar nicht mag, findet vielleicht die Stimulation mit der Zunge in Ordnung. Alternativ macht auch ein dünner Stoff, zwischen Vibrator oder Finger gelegt, die Reizung erträglich. Glücklicherweise lässt sich die Klitoris von vielen Seiten kreativ ansteuern, da ihre Schenkel bis zum Blasenausgang, unter die Schamlippen bis hin zur Vagina reichen. Die direkte Berührung der Klitoriseichel ist also gar nicht immer nötig. Ein Vibrator mit einer größeren Oberfläche, gegen den Vaginaleingang gedrückt, kann sie aus dieser Position ebenfalls stimulieren. Sich die Lage

