

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Inkontinenz und Sex

Stifter KF

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (Sonderheft

4) (Ausgabe für Österreich), 21-23

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



K. F. Stifter

INKONTINENZ UND SEX

1. DIE GEFAHR DER VERWECHSLUNG

Inkontinenz führt nicht nur zur sozialen Isolation, sondern fördert in weiterer Folge auch die koitale Anorgasmie und letztlich die sexuelle Abstinenz. Die Angst, das peinliche Erlebnis des unfreiwilligen Harnabganges beim Koitus nicht verhindern zu können, führt zur besorgten Selbstbeobachtung und gestressten Befindlichkeit, welche den Aufbau hochgradiger sexueller Erregung blockieren. Viele Frauen hätten diese Scham und die psychische Blockade schon deswegen nicht notwendig, weil es sich bei der vermeintlichen Harninkontinenz gar nicht um den Abgang von Urin, sondern um das sexologisch normale Phänomen der „weiblichen Ejakulation“ handelt. Mit diesem Terminus wird die orgasmische Emission einer Flüssigkeit bezeichnet, welche aus den paraurethralen (Skene'schen) Drüsen stammt. Trotzdem wird das „weibliche Ejakulat“, das weder die Farbe noch den Geruch von Urin hat, häufig mit Harninkontinenz verwechselt. Daß sich für dieses Drüsengebilde immer mehr der Begriff „weibliche Prostata“ etabliert, geschieht auf Grund von Analysen offensichtlich zu Recht. Auch selbst erhobene Daten zeigen, daß es sich bei diesem Gebilde nicht um ein verkümmertes embryonales Relikt handelt, sondern um ein Organ mit einer hochkomplizierten Sekretionsaktivität nach innen und außen [1] (Abb. 1, Tab. 1).

Quantitätsangaben dieses Sekrets belaufen sich in der moderneren Literatur von 0,5–16 ml. In Schriften zwischen dem 17. und 19. Jahrhundert finden sich Angaben zwischen 40 und 500 ml. Studien seit 1982 belegen, daß 10–69 % der Frauen persönliche Erfahrungen mit diesem Phänomen haben [2]. Vor der Erfin-

dung des Mikroskops war der Begriff „weibliche Samen“ für diese Flüssigkeit gebräuchlich. Schon Galenus (129–199 n. Ch.) war der Meinung, daß sich dieser mit dem männlichen Samen mischen müsse, damit es zur Empfängnis kommen kann.

In außereuropäischen Kulturen hat sich das Wissen um die weibliche Ejakulation bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts gehalten. In Japan beispielsweise wurde dieses Sekret als *Insui* bezeichnet, was so viel wie – *Insui* (Abb. 2a), *Heikono-inho* (Abb. 2b) – „Wasser der Liederlichkeit“ heißt und synonym auch für das männliche Ejakulat verwendet wird. Es ist aber nicht nur der Name, der zeigt, daß es sich bei dem Flüssigkeitsschwall des japanischen Holzschnittes der Abbildung 2 keinesfalls um Harn handelt: Es sind auch die gekrümmten Zehen, die für die Andeutung des Orgasmus bei dieser Art von Bildern typisch sind. *Insui* wurde oftmals in einem speziellen Gefäß namens *Heikono-inho* gesammelt, an dem ein künstlicher Penis angebracht war. Das solcherart gewonnene Sekret wurde von Männern als Verjüngungstinktur getrunken [3].

Es ist schwer vorstellbar, daß die weibliche Prostata angesichts ihrer Größe so große Flüssigkeitsmengen produzieren kann. Die Erfahrung zeigt, daß bei exzessiven Flüssigkeitsabgängen, die den Orgasmus begleiten, sehr oft auch Urin abgeht. Interessanterweise findet sich

eine im Westen bislang unbekannte, japanische Arbeit aus dem Jahr 1950, also zur Zeit Gräfenbergs, welche die Zervix als Quelle angibt.

Eine 35jährige Patientin konsultierte Oshikane, weil ihr die ungewöhnlich reichhaltigen Sekretionen beim Koitus Sorgen machten. Oshikane wurde eingeladen, ihr beim Masturbieren zuzusehen. Was der Professor zu Gesicht bekam, hat ihn verblüfft und gefesselt: „... wie bei einem Feuerwehrschauch spritzte die Flüssigkeit mit großer Heftigkeit heraus. Dieser Erguß kam aus der Scheidenöffnung und nicht vom Ausgang der Harnröhre oder der Bartholindrüse.“ (übers. in [1], p. 161).

Er konstruierte daraufhin ein Instrument, das sich ähnlich einer Saugglocke um den Gebärmutterhals stülpen ließ (Abb 3). In einem ausführlichen zweiten Experiment trat während der Masturbation aus dem Schlauch A ein Sekret aus, das 30 Minuten lang in verschiedenen Proberöhrchen aufgefangen wurde. Der Sexologe wechselte alle zwei Minuten den Behälter. Abbildung 4 zeigt alle 15 Probegläser mit den jeweiligen Flüssigkeitsmengen, nach zeitlicher Abfolge geordnet. Besonders auffällig ist die große Menge von Sekret, die sich in Gefäß 10 befindet. Die Probandin hatte zu diesem Zeitpunkt den stärksten von mehreren Orgasmen. Die gesamte aufgefangene Menge betrug 56 ml. Oshikane behauptet, daß sie aus den Drüsen um die Zervix stammt.

Tabelle 1: Vergleich ♀ Ejakulat mit Urin (mod. aus [5])

	16 ml ♀ Ejakulat	Urin
PSA (prostataspezifisches Antigen)	213 ng/ml	0,8 ng/ml
PAP (prostatisc saure Phosphatase)	329 U/l	42 U/l
PSAP (prostataspez. saure Phosphatase)	271 U/l	37 U/l
Glukose	127 mg/dl	30 mg/dl
Kreatinin	33,0 mg/dl	178,0 mg/dl

Abbildung 1: Weibliche Prostata

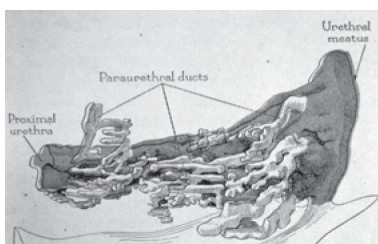
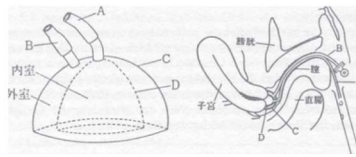


Abb. 2a und 2b



Abbildung 3: Oshikanes Zervixglocke

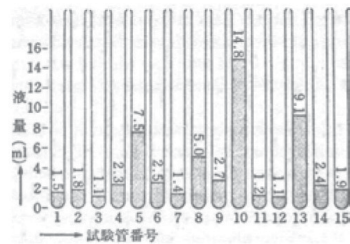


2. BECKENBODEN UND ORGASMUS

Wenn inkontinenterweise zweifelsfrei Harn während des Koitus abgeht, empfiehlt sich das Beckenbodentraining nicht nur als urogynäkologische Primärmaßnahme. Sie hat auch hohe sexologische Relevanz: Von 14 Studien der letzten 25 Jahre zeigen 11 eine eindeutige Korrelation von koitaler Orgasmuswahrscheinlichkeit und Muskelstärke des Beckenbodens. Dieser Zusammenhang leuchtet sofort ein, wenn man weiß, daß sich die Vagina mit zunehmender sexueller Erregung im Inneren wie ein Ballon aufbläht (*ballooning-* und *tenting-Effekt*). Die Folge dieser Vergrößerung ist, daß der wichtige lustbringende Bereich innerhalb der Scheide, der *G-Punkt*, aber auch die tieferliegenden Strukturen der Klitoris, durch mangelnden Kontakt mit dem Penis nur unzureichend stimuliert werden. Somit wird das Erreichen eines Orgasmus beim Geschlechtsverkehr deutlich erschwert oder unmöglich. Wird die Vagina durch entsprechendes Training zu einem „Hohlmuskel“, kann sie den Penis wie eine feste Manschette umschließen. Nur so wird die drastische sexualphysiologische Volumszunahme im Inneren kompensiert und das „*lost penis*“-Syndrom vermieden.

Der G-Punkt ist jenes *gedachte* Areal an der oberen Vaginalwand, hinter der entlang der Harnröhre die weibliche Prostata liegt. Er schwillt bei Stimulation an und vermag sexuell hochgradig zu erregen (Abb. 5). Die Sexologin Beverly Whipple hat 1982 diesen abgekürzten Terminus im Gedenken an Ernest Gräfenberg kreiert, der 1950 von einer *erotische Zone* an der vorderen Vaginalwand schrieb [1]. Form, Lage und Größe können stark variieren. Daher liegt der G-Punkt auch nicht bei jeder Frau an der gleichen Stelle und „genaue“ Lokalisationsangaben treffen nur zufällig zu. Der G-Punkt ist semantisch kein real anatomi-

Abbildung 4: Die Gesamtmenge (56 ml) in 15 Probegläsern



misches Organ, aber als Konstrukt ein Faktum. Prostatistisches Gewebe hat erogene Eigenschaften. Das wissen männliche Homosexuelle, welche durch Prostatistimulation sogar multiple Orgasmen erleben können.

3. DIE OPTIMIERUNG DES BECKENBODEN-TRAININGS

Das herkömmliche und am meisten empfohlene Beckenbodentraining geht auf Arnold Kegel zurück, nach welchem, besonders in Amerika, der *Musculus pubococcygeus* benannt wurde. Er empfahl schon vor über 50 Jahren 300 isometrische Kontraktionen am Tag. Das entspricht mit den Pausen dazwischen einem Zeitaufwand von einer Stunde. Ein Überblick über die populärwissenschaftliche Literatur der letzten 20 Jahre zeigt, daß diverse Bestseller zu diesem Thema nicht nur von Arnold Kegel, sondern auch voneinander abschreiben und oft völlig unrealistische Ratschläge geben. So hat Martica Heaner [4] offensichtlich nicht einmal nachgerechnet, daß 2 mal täglich 300 Kontraktionen zu 5 Sekunden mit jeweils 10sekündigen Entspannungsphasen in Summe umgerechnet einen Marathon von 2 ½ Übungsstunden abverlangt! Kein Wunder also, warum selbst bei hoher Motivation die Compliance der Patientinnen wegen Überforderung zu wünschen übrig läßt.

Die meisten traditionellen Trainingsempfehlungen sind nicht nur extrem zeitaufwendig, sie sind zu allem Überdruß auch oft nur wenig effizient. Vor allem deshalb, weil sie Erkenntnisse der modernen Sportmedizin vernachlässigen, wonach ein Muskel grundsätzlich bis nahe an die Leistungsgrenze bean-

Abbildung 5:



Abbildung 6:



sprucht werden muß, um stärker zu werden. Jeder Besucherin eines Fitness-Studios, welche mittels Geräten elastischen Widerstand überwindet, erscheint diese Voraussetzung selbstverständlich. Gymnastik alleine, oder beliebig über den Tag verteilte Kontraktionen „ins Leere“, bauen keinen Muskel optimal auf.

Im Zusammenhang mit dem Training des Beckenbodens muß auch darauf verwiesen werden, daß diese Region bei vielen Frauen nur sehr diffus in ihrem Bewußtsein verankert ist. Die Hälfte aller Patientinnen kontrahiert daher andere Muskelgruppen, wenn sie nur verbal, ohne Feedback, instruiert werden [1].

Als Konsequenz dieser perineometrisch überprüfbareren Fakten, wurde kürzlich COME (Clinical Orgasm Muscle Exerciser) entwickelt.

4. DAS COME-KONZEPT

Diese Trainingshilfe (Abb. 6) bietet mit seiner anatomisch optimierten Form einen sich anpassenden, elastischen Wi-

derstand, der durch Muskelarbeit überwunden werden muß und Pseudokontraktionen vorbeugt. Ein eingebauter, ausziehbarer Indikatorstab zeigt durch einfaches Biofeedback an, ob auch die richtige Muskulatur kontrahiert wird.

Um die Effizienz dieses modernen Trainingskonzeptes COME zu testen, wurden die perineometrischen Elektromyogramm-Werte von 68 Frauen ausgewertet. Es zeigte sich, daß jene Versuchspersonen, welche mit COME trainierten, bereits nach 6 Wochen prozentuell einen 2,7-mal höheren Zuwachs an Muskelstärke verzeichnen konnten, als

die Vergleichsgruppe ohne COME (im Gruppenmittel von 8,70 auf 14,32 μ V bzw. 8,78 auf 10,87 μ V). Das besondere dabei war, daß sich auch die ebenso wichtige Entspannungsfähigkeit (Differenz der MW von An- und Entspannung) ähnlich verbesserte! Beide Werte erwiesen sich als signifikant.

Literatur:

1. Stifter KF. Zur Sexologie des „vaginalen“ Orgasmus. Hedaco, Eschen, 2004. (Für Ärzte gratis bestellbar über office@come.info)
2. Zaviacic M. The Human Female Prostate. From Vestigial Skene's Paraurethral Glands and Ducts to Woman's Functional Prostate. Slovak Academic Press, Bratislava, 1999.

3. Stifter KF. Die dritte Dimension der Lust. Das Geheimnis der weiblichen Ejakulation. Ullstein, Frankfurt/Main, Berlin, 1988.

4. Heaner MK. Das 7 Minuten-Sex-Geheimnis. Bastei-Lübbe, 1997.

5. Stifter KF, Stackl W, Grin W. Ultrasound of the „G-spot“ (Female Prostate). Abstracts of the XVII World Congress of Sexology, Montreal, 2005.

Korrespondenzadresse:

Hon.-Prof. Dr. Karl F. Stifter
A-1130 Wien, Auhofstraße 136
E-mail: office@drstifter.com
Homepage: www.drstifter.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)