

Erektile Dysfunktion

Teil 2

D. Hauri

Diagnostik

Wir möchten dieses Kapitel beginnen mit den möglichen diagnostischen Mitteln und deren Interpretation und abschliessen mit dem Vorschlag eines rationalen Vorgehens. Zum vornehmerein sei betont, dass sich nur derjenige Arzt auf eine eingehende Diagnostik einlassen sollte, der sich auch ihrer Konsequenzen bewusst ist. Es gibt für einen Patienten mit einer erektilen Dysfunktion nichts Frustrierenderes als eine begonnene Diagnostik mit einer anschliessend missglückten Therapie und schlussendlich keiner Antwort ihres Versagens, insbesondere fehlender Hinweise auf mögliche Alternativen. Um ein extremes Beispiel anzuführen: Eine misslungene Psychotherapie muss und darf nicht in der Implantation einer Penisprothese münden. Bei der Annahme des Vorliegens einer organisch bedingten erektilen Dysfunktion ist der Urologe eine der ersten und wichtigsten Anlaufstellen.

Anamnese

Sie steht am Anfang und gewissermassen im Zentrum der Diagnostik. Es handelt sich um den schwierigsten Teil, da auch heute noch eine erektile Dysfunktion für viele der davon Betroffenen ein Tabu bedeutet – und leider für ebenso viele Ärzte. Natürlich kann die Anamnese teilweise erlernt werden und Erfahrung trägt viel dazu bei. Auf der anderen Seite braucht es ebenso viel Einfühlungsvermögen und Überlegenheit und dies ist bekanntermassen nicht jedermann mitgegeben. Im Laufe der Anamnese sollte sich abzeichnen, ob die Problematik einer vorliegenden erektilen Dysfunktion primär psychisch bedingt ist oder ob organische Faktoren verantwortlich zeichnen, wobei sekundär psychische Reaktionen miteinbezogen werden müssen. Vorerst muss Klarheit darüber herrschen, worüber man spricht: Libido, Erektion, Orgasmus, Ejakulation müssen differenziert werden. Im Vordergrund stehen auch Alter, Sozialstatus, Begleiterkrankungen und Therapiewünsche; letztere betreffen nicht nur den Mann, sondern das Paar. Zur speziellen Sexualität gehören der eigentliche Geschlechtsverkehr, dessen Frequenz, Qualität und die Erfüllung der gestellten Wünsche, dann aber auch die allgemeine Befindlichkeit und die Qualität der Partnerschaft.

Ein besonderer Hinweis zu den morgendlichen

Erektionen: diese sind die letzten Erektionen, die bei körperlicher Erkrankung verschwinden. Also bedeutet eine erektile Dysfunktion mit noch vorhandenen morgendlichen Erektionen nicht, dass Erstere psychogen bedingt sein muss. Bei den körperlichen Erkrankungen stehen Diabetes mellitus, Arteriosklerose/Hypertonie, Hypercholesterinämie, Endokrinopathien, neurogene Erkrankungen, Erkrankungen der Genitalien, Nikotin- und Alkoholabusus nebst Konsum von Drogen im Vordergrund. Auch an die Einnahme gewisser Medikamente muss gedacht werden (vgl. Teil 1, Swiss Med Forum 2002;2:810–8).

Körperliche Untersuchung

Diese fokussiert sich primär auf die Genitalregion (Verletzung, Anomalien usw.) und allgemein den Habitus (Endokrinopathien, genetische Krankheitsbilder). Eine Blutdruckkontrolle ist unerlässlich.

Bluttests

Natürlich denkt man als Erstes an die Achse Hypothalamus–Hypophyse–Testikel. Man muss wissen, dass das Testosteron einem Zirkadianrhythmus unterworfen ist und am besten am Morgen bestimmt werden sollte, zu Vergleichszwecken zumindest immer zur gleichen Tageszeit. Das freie (nicht eiweissgebundene) Testosteron ist der funktionsbestimmende aktive Metabolit. Entsprechend dem habituellen Erscheinungsbild und der vom Patienten angegebenen Symptomatik sollten Bestimmungen der entsprechenden Funktionsparameter von Nieren, Nebennieren, Leber und Schilddrüsen nicht vergessen werden. Sicher gehört die Bestimmung von Glukose und Lipiden dazu.

Nur: Die Erhebung all dieser Werte muss nicht unbedingt am Anfang der Diagnostik stehen. Erscheint ein äusserlich gesunder, körperlich ohne Hormondefizite behafteter Mann kann vorläufig auf letztere Diagnostik vollständig verzichtet werden oder sie kann sich auf ein paar wenige, als wichtig erscheinende Punkte beschränken. Auch hier darf man sich auf eine zuverlässig erhobene Anamnese stützen.

Nächtliche Tumeszenzmessung

Jeder gesunde Mann erlebt während des Schlafes in der REM-Phase vier bis sechs von ihm nicht unbedingt registrierte Erektionen. Diese lassen sich messen (Abb. 1) und als Kurve in

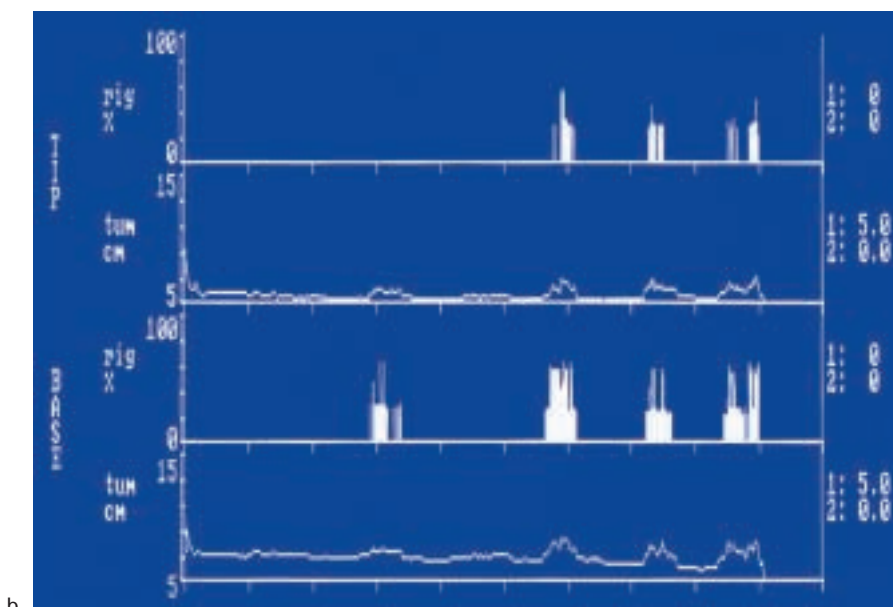
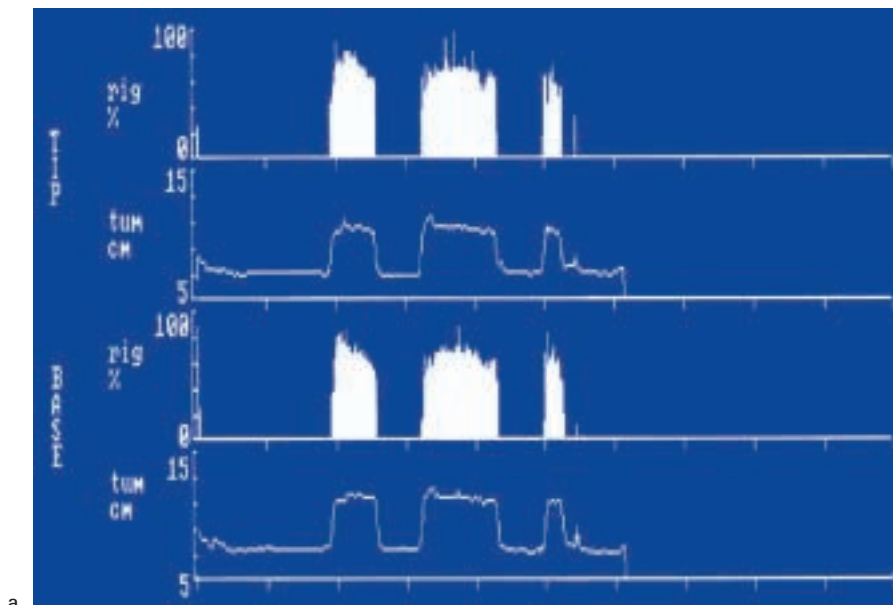
Korrespondenz:
Prof. Dr. Dieter Hauri
Urologische Klinik
UniversitätsSpital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
CH-8091 Zürich

hauri@uro.usz.ch

Abbildung 1.
Messgerät (Rigiscan®) zur Erfassung der nächtlichen Erektionen: je eine Messeinheit wird an der Penisspitze und an der Penisbasis plaziert. Nicht-invasive Methode zur ambulanten Durchführung.



Abbildung 2.
Messkurven der nächtlichen Erektionen:
a: normaler Mann
b: erektile Dysfunktion.
Messpunkte an der Penisspitze (TIP) und an der Penisbasis (BASE). Die jeweils obere Kurve misst die Rigidität (rig), die untere Kurve die Tumescenz (tum). Das Ausbleiben der Tumescenz bei erektiler Dysfunktion fällt sofort auf. Ebenso eindrücklich sind die Abnahme und die «Einbrüche» der aufgezeichneten Rigidität.



bezug auf Tumeszenz (Volumenzunahme) und Rigidität (Steifigkeit) des Penis aufzeichnen (Abb. 2). Erscheint nun bei einem unter erektiler Dysfunktion leidenden Mann ein normaler Kurvenverlauf, darf angenommen werden, dass es sich um eine primär psychisch bedingte erektile Dysfunktion handle. Umgekehrt weist eine pathologische Kurve auf ein höchst wahrscheinlich körperliches Leiden hin. Nur muss man sich bewusst sein, dass ein Kurvenverlauf erheblich pathologisch verändert sein kann, bei gestörtem Schlaf, Einnahme von Medikamenten oder Drogen. Die nächtliche Tumeszenzmessung allein ist nie beweisend.

Ultraschall-doppler-Duplexuntersuchung der Penisgefässe

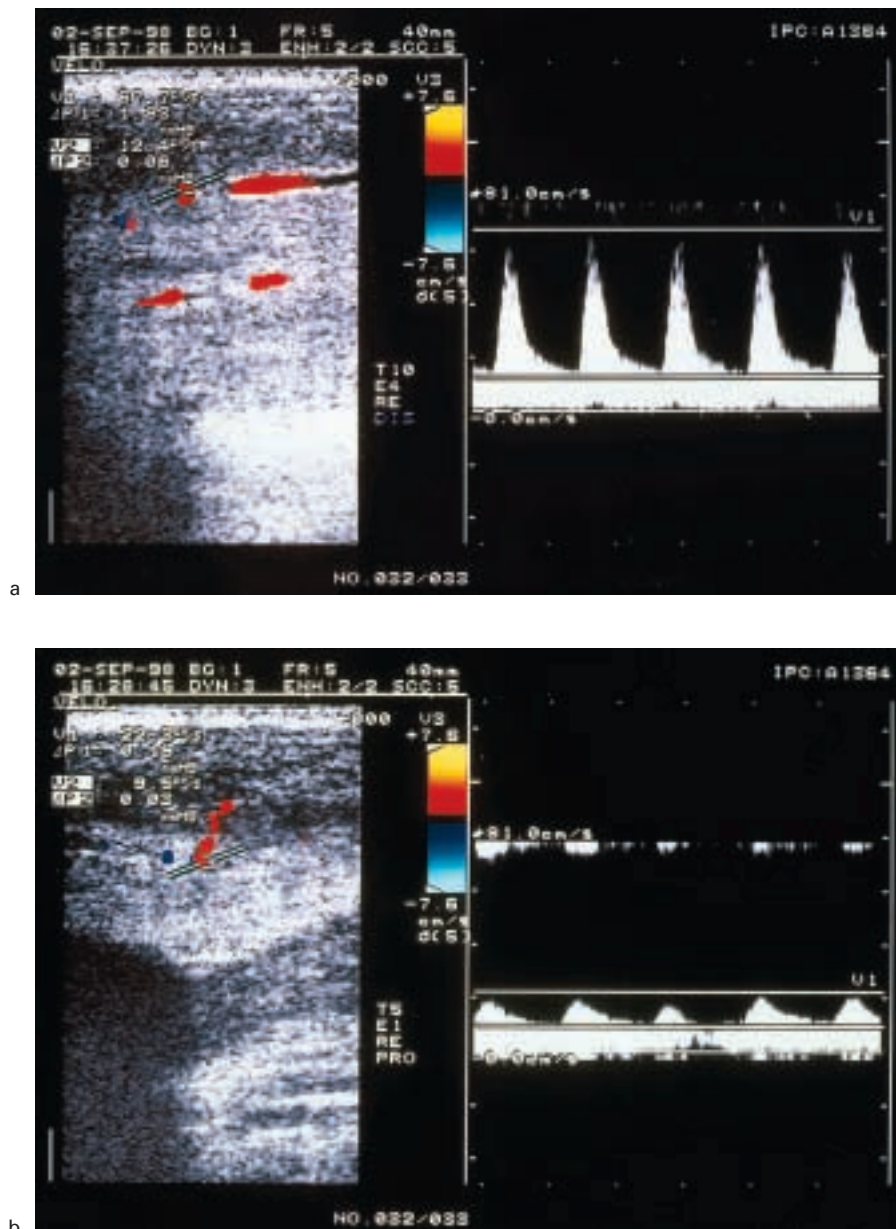
Diese Untersuchung ist hilfreich in der Diagnostik der Penisgefässe (Abb. 3). Damit können sowohl das Kaliber der Penisarterien und die

arterielle Durchflussgeschwindigkeit gemessen, allfällige arterielle Ausfälle erkannt wie auch eine venöse Inkompetenz (fehlende Drosselung anlässlich einer Erektion) festgehalten werden. Eine gefässbedingte erektile Dysfunktion kann damit recht zuverlässig diagnostiziert werden, jedoch nur auf Höhe der Penisgefässe, nicht jedoch im Bereiche des kleinen Beckens (A. pudenda interna). Diese Untersuchung muss jedoch erlernt werden und erfordert eine ziemlich teure Apparatur.

Schwellkörper-Injektions-Testung (SKIT)

Damit wird mittels intrakavernöser Injektion vasoaktiver, bzw. muskelrelaxierender Substanzen die Relaxation der entsprechenden Arterien wie auch der Trabekelmuskulatur getestet. Anfänglich geschah dies mit dem vorwiegend gefässrelaxierenden Papaverin (allenfalls zusätzlich mit Regitin). Heute verwendet man

Abbildung 3. Ultraschall-doppler-Duplexuntersuchung.
 a: normal
 b: bei gefässbedingter erektiler Dysfunktion.
 Im linken Feld werden die (rot gefärbten) Arterien dargestellt, deren Durchmesser ausgemessen werden kann. Im rechten Feld wird die jeweilige Durchflussgeschwindigkeit des angepeilten Gefässes aufgezeichnet und berechnet.



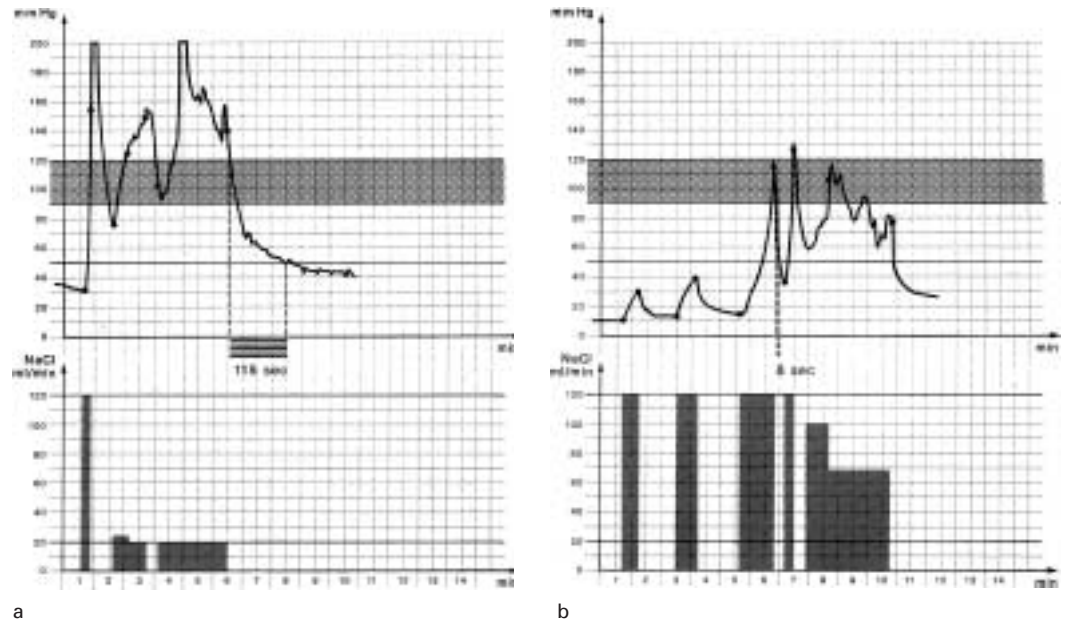


Abbildung 4.

Kavernosometrie.

a: normal b: erektile Dysfunktion (venöses Leck)

Die obere Kurve zeigt den intrakavernösen Druck (mm Hg) an, die untere die jeweilige Perfusionsmenge (NaCl ml/min). Normalerweise braucht es initial eine gewisse Perfusionsmenge, um den bei einer Erektion normalen intrakavernösen Druck von 90–120 mm Hg zu erreichen. Anschliessend genügt eine minimale Perfusionsmenge, um den notwendigen Druck aufrechtzuerhalten. Nach Absetzen der Perfusion beträgt die Druckabfallzeit auf den Ausgangswert 60–120 sek. Bei einer erektilen Dysfunktion wegen venöser Inkompetenz (nicht verschliessende Venen) können auch erheblich höhere Perfusionen einen geforderten intrakavernösen Druck nicht aufbauen. Nach Sistieren der Perfusion sinkt die Druckkurve innerhalb sehr kurzer Zeit.

Abbildung 5.

Kavernosographie bei venösem Leck. Das intrakavernös applizierte Kontrastmittel entweicht sofort in die venöse Strombahn; in vorliegendem Beispiel in die Becken- und Iliakalvenen bds., sowie zusätzlich in die linke Femoralvene.



ausschliesslich das vom Körper selbst gebildete Prostaglandin E1, welches vorwiegend für die Trabekelmuskelrelaxation verantwortlich ist. Diese Testung gewinnt in Kombination mit der Ultraschall-doppler-Duplex-Registrierung an Wert.

Kavernosographie/-metrie

Durch kontrollierte Schwellkörperperfusion kombiniert mit intrakavernöser Druckmessung können die physiologische oder fehlende Venenfunktion in den Corpora cavernosa getestet und ein allfälliges «venöses Leck» radiologisch dokumentiert werden (Abb. 4, 5). Bei festgehaltener massiver venöser Inkompetenz kann man meist auf eine medikamentöse Testung verzichten und muss die Implantation einer Penisprothese ins Auge fassen.

Elektro-/neurophysiologische Abklärungen

Diese diagnostischen Möglichkeiten, die sich in der Zukunft noch wesentlich ausweiten lassen, werden nur ansatzweise erläutert, da diese spezielles Wissen und Apparate, die sich nicht in der Routine einsetzen lassen, voraussetzen. Mittels elektrischer Stimulation des M. bulbocavernosus (Bulbocavernosus-Reflex) lässt sich eine Antwort der Reizleitung aufzeichnen (Abb. 6). Durch Latenzzeitmessung kann die somatomotorische Innervation ermittelt werden. Bei gleichzeitiger Ableitung der somatosensorisch-evozierten kortikalen Potentiale ist eine Differenzierung zwischen peripherer und zentraler Läsion möglich. Ansatzweise gelingt es, elektrophysiologisch die Aktivität der Schwellkörpermuskulatur ähnlich eines EMG

aufzuzeichnen. Die Reproduzierbarkeit und ihre diagnostische Wertigkeit sind jedoch immer noch umstritten.

Penisangiographie

Durch selektiven Katheterismus der Penisarterien gelingt es, diese und ihre allfällige Pathologie radiologisch sehr zuverlässig darzustellen (Abb. 7) und in der Diagnostik einzusetzen (siehe Teil 1, Swiss Med. Forum 2002;2:810–8).

Abbildung 6.

Bulbocavernosus-Reflex. Dabei wird der M. bulbocavernosus elektrisch stimuliert und die Reizantwort im Gebiet des N. dorsalis penis abgeleitet. Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Diabetiker, bei dem im Laufe der Jahre einerseits die Latenzzeit zunimmt und andererseits die periphere Reizantwort abnimmt.

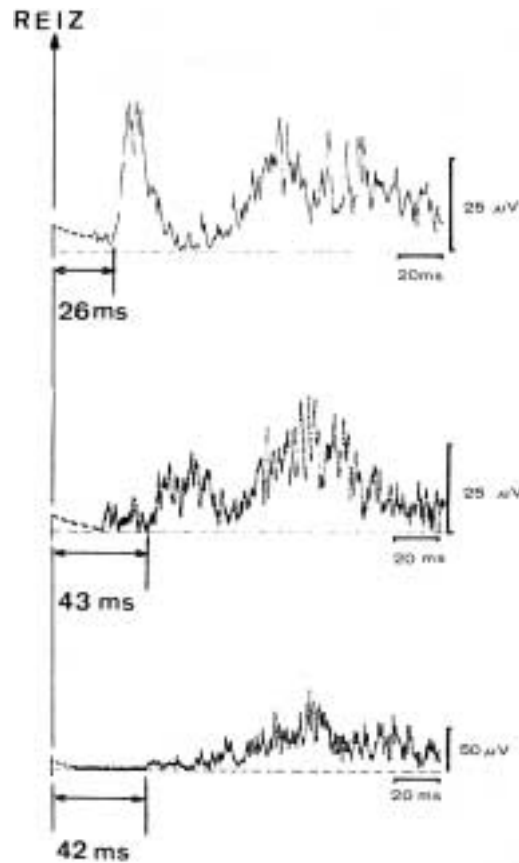
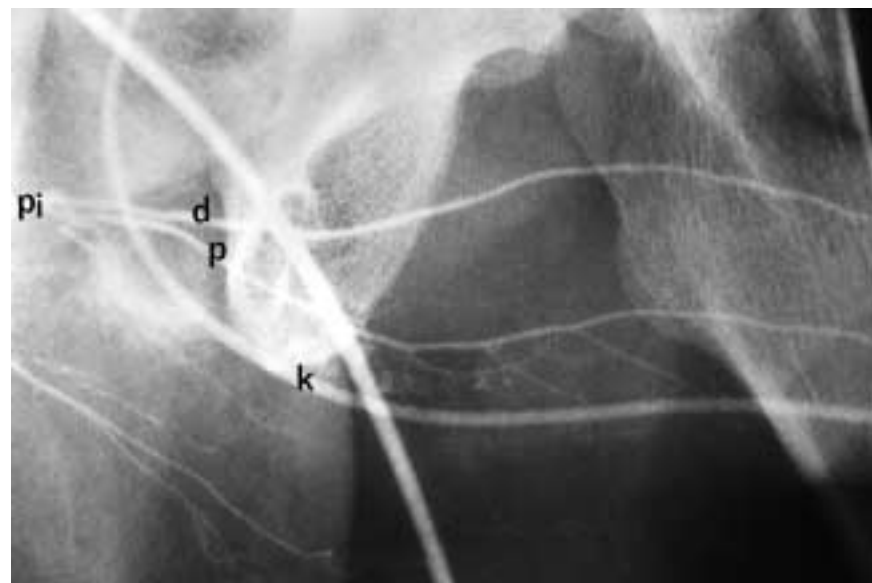


Abbildung 7.

Normale selektive Penisangiographie: Man erkennt, wie sich die A. pudenda interna (pi) in die A. dorsalis penis (d) und in die A. profunda penis (p) aufteilt und letztere die Rankenarterien abgeben. k = Katheter in der Urethra.



Sie hat ihren festen Platz bei der Planung einer operativen Penisrevaskularisation.

Schwellkörperbiopsie

Heute findet diese Untersuchung höchstens in der Beantwortung ihren Platz, ob eine progressive Fibrosierung des Schwellgewebes eine andere Therapie als die der Implantation einer Penisprothese zulasse. Da mit zunehmendem Wissen in bezug auf die Physiologie der Erektion die Schwellkörper an Bedeutung gewinnen, könnten in der Zukunft vermehrt molekularbiologische Prozesse mit einer Biopsie erfasst werden und sich damit neue therapeutische Perspektiven eröffnen.

Therapie

Medikamentöse Therapieformen

Intrakavernöse Schwellkörperautoinjektionstherapie (SKAT). Damit kann mittels intrakavernös selbst injizierter Substanzen, welche zur Relaxation der Muskulatur von Penisgefässen und Trabekeln führen, eine Erektion erzielt werden. Gelangten früher Papaverin, allenfalls in Kombination mit Phentolamin zum Einsatz, so wird heute allgemein das zuverlässiger reagierende, auch körpereigene Prostaglandin E₁ verwendet. Prostaglandin E₁ (Caverject®, Prostavasin®) (Tab. 1) wird direkt intrakavernös injiziert und führt bei positivem Verlauf innerhalb 5 bis 10 Minuten zu einer Erektion, welche 30 Minuten bis etwa 1 Stunde, im Extremfall auch mehrere Stunden anhalten kann. In der Regel genügen 10 bis 20 µg PGE₁; höhere Dosierungen erbringen keinen zusätzlichen Effekt. Die Injektionstechnik muss erlernt werden. Die Erfolgsquote beträgt je nach vorbelasteter Anamnese 60–80%. Als Nebenwirkungen sind kleinere, nicht bedrohliche lokale Blu-

Tabelle 1. Prostaglandin E₁ (PGE₁).

→ Natürlich vorkommend: Seminalplasma
→ α_2 -blockierende Wirkung: Muskelrelaxierend Vasodilatation
→ Steigert Konzentration des intrazellulären c-Adenosinmonophosphat (c-AMP)
→ Direkte Wirkung auf glatte Muskelzelle
→ Metabolismus: – über Lunge – lokal: Prostaglandin-15-Hydroxydehydrogenase

tungen, leichte ziehende Schmerzen im Penis, vorwiegend in der Anfangsphase und nach längerer Anwendung gelegentliche fibrotische Umwandlungen im Schwellgewebe zu erwarten. Sehr wichtig ist die anfängliche Instruktion des Patienten: vor allem in der Anfangsphase kann es zu verlängerten Erektionen im Sinne eines Priapismus kommen. Sollte diese Situation länger als 5 Stunden bestehen, muss die Substanz unverzüglich durch Punktion eliminiert werden, ansonsten irreversible Schädigungen des Schwellgewebes und eine definitive Impotenz zu erwarten sind. Es genügt also bei weitem nicht, den Patienten lediglich mit einem Rezept zu versorgen, was leider immer wieder vorkommt. Die Aussteigerquote dieser Therapieform ist relativ hoch (30–50%). Als Alternative wurde die intraurethrale Applikationsform von PGE₁ auf den Markt gebracht (MUSE®). Sie hat den Nachteil, dass die notwendige Resorption durch das Urethraepithel die Wirksamkeit der Substanz erheblich vermindert. Zudem kann es zu störenden Sensationen in der Urethra, aber auch in der Vagina kommen.

Sildenafil. Die orale Applikation eines Phosphodiesterase-Hemmers Typ V (Viagra®), der den Abbau des die Trabekelmuskulatur relaxierenden zyklischen Guanosin-Monophosphat hemmt (siehe Teil 1: Physiologie, Swiss Med Forum 2001;2:810–8), war ein Meilenstein in der medikamentösen Behandlung der erektilen Dysfunktion. Der Patient muss jedoch wissen, dass eine Erektion erst 30–60 Minuten nach Medikamenteneinnahme zu erwarten ist und nur unter aktiver sexueller Stimulation. Die Substanz liegt in der Dosis von 25, 50, 100 mg vor. Eine Erhöhung über 100 mg lässt keine weiteren Vorteile erwarten. Als relativ seltene Nebenwirkungen sind Gesichtsrötung, Kopfschmerzen und Dyspepsie zu erwarten, dann auch sehr selten Sehstörungen, welche das Helligkeitsempfinden und das Blau-/Grünsehen verändern. Alle Nebenwirkungen sind reversibel.

Was eines kurzen Kommentars bedarf: fälschlicherweise sind in der Laienpresse Anschuldigungen laut geworden, Sildenafil sei am Herz-

tod von Patienten schuldig. Eine allgemeine Patientenverunsicherung ist noch heute deutlich spürbar. Dem kann so nicht zugestimmt werden. Sildenafil schadet ausser in Kombination mit Nitrit- und Nitratprodukten der Herzaktion nicht. Allerdings bedeutet Geschlechtsverkehr Hochleistungssport, dem immer wieder einmal ein Herzpatient erlegen ist. Sildenafil darf also nur insofern dafür verantwortlich gemacht werden, als dass es Herzproblempatienten zur Erektion verhelfen kann, welche ihrerseits einen Geschlechtsverkehr erlaubt, der dann für weitere Folgen verantwortlich zeichnet; aber dies ist schon seit Jahrhunderten bekannt. Problempatienten bedürfen einer entsprechenden Abklärung und Beratung. Gegenüber landläufiger Vorstellung hat auch Sildenafil sein Versagerpotential: damit nach entsprechender nervaler Stimulation überhaupt NO freigesetzt werden kann, welches zur bekannten Kaskade führt (siehe Teil 1: Physiologie, Swiss Med Forum 2001;2:810–8), wird der Endothelin-Releasing-Factor benötigt (siehe Teil 1: Einfluss des Alters, Swiss Med Forum 2001;2:810–8). Dieser wird jedoch entscheidend beeinträchtigt bei jeder Form einer Hypoxie (Arteriosklerose/Hypertonie), dann aber durch den Diabetes mellitus. In letzter Zeit sind weitere Phosphodiesterase-5-Hemmer auf den Markt gekommen, welche jedoch ihre Überlegenheit gegenüber Sildenafil erst noch beweisen müssen.

Apomorphin ist eine im 19. Jahrhundert entdeckte Substanz, welche vorwiegend in der Veterinärmedizin als Emetikum ohne vorhergehende Nausea verwendet wird. Leider wurden die damaligen, in Tierversuchen festgehaltenen Beobachtungen einer erhöhten Kopulierfreudigkeit bei Männchen wieder vergessen. Apomorphin (Uprima®) wirkt nicht wie Sildenafil auf das periphere Nervensystem, sondern als Dopaminrezeptor-Agonist auf zentrale Zentren (Tab. 2). Es wird im Vergleich zu den Phosphodiesterase-Hemmern bei sublingualer Applikation rasch innerhalb 10–15 Minuten resorbiert und erweist sich, da fettlöslich, von der Nahrungsaufnahme unabhängig.

Tabelle 2. Apomorphin.

- Dopamin-Rezeptor-Agonist
- Wirkt zentral: Nuclei in der supraopticalen Region des Hypothalamus
- Rasche Resorption über die Schleimhaut
 - sublinguale Applikation
- Fettlöslich → Rasche Absorption
 - Rasche Metabolisierung
- ø Libidosteigerung
- Nebenwirkungen: – Nausea, Erbrechen
 - Hypotension, Schläfrigkeit
- Vorwiegend bei sogenannt psychogener ED geprüft

Tabelle 3. Yohimbin.

- Indol-Alkaloid
- α_2 -Rezeptoren-Blocker
- Hauptsächliche Angriffspunkte:
 1. Zentral: Noradrenalinumsatz
Dopaminerge Aktivierung
 2. Peripher: Präsynaptisch / α_2 -Rezeptoren
 3. Direkt auf das Schwellgewebe: Blockiert postsynaptisch α_2 -Rezeptoren
→ Vasodilatation
- «Dirty Drug»
- Indikation: Milde Formen organogener / psychogener ED

Tabelle 4. Testosteron.

- Stimulation über zentrale Dopaminrezeptoren
 - Paarungsverhalten (zentral)
 - Erektion (peripher)
- Testosteronspiegel sinkt mit dem Alter jedoch ohne Korrelation zum Sexualverhalten (Mensch + einige Tierarten)

Als hauptsächlichste Nebenwirkungen werden Nausea, Erbrechen, Hypotension und Schläfrigkeit angegeben. Die heute zur Verfügung stehende Dosierung: 2 und 3 mg.

Die bisherigen Studien sind lediglich auf psychogene und leichte, organisch bedingte Erektionen fokussiert. Die Wirksamkeit dieser Substanz muss sich in der Routine erst noch beweisen.

Yohimbine, ein Alkaloid des zentralafrikanischen Yohimbine-Baumes, welches 1890 zum ersten Mal aus der *Rauwolfia serpentina* synthetisiert wurde, ist ein schon seit alters her bekanntes Aphrodisiakum. Es wirkt ebenfalls als schwach wirksamer Alpha-2-Rezeptoren-Blocker (Tab. 3) und hat nur gelegentlichen Erfolg, vorwiegend bei psychogenen und milden Formen organisch bedingter erektiler Dysfunk-

tion. Yohimbine ist eine sogenannte «Dirty Drug», d.h. es weist verschiedenste, teilweise noch nicht bekannte Angriffspunkte auf, seine pharmakokinetischen Parameter reagieren individuell ganz verschieden und Resorption sowie Metabolismus sind zur Zeit noch ungenügend belegt.

Testosteron wird heute viel zu freizügig bei Potenzproblemen verordnet. Dabei muss man wissen, dass bei normalen serologischen Testosteronwerten ein Zusatz lediglich zu vermehrter – gelegentlich die Betroffenen stark störender – Libido verhilft, ohne die Erektionsqualität zu beeinflussen (Tab. 4). Zudem besteht die Gefahr ein latentes Prostatakarzinom zu aktivieren.

Operative Therapieoptionen

Vakuum-Erektionshilfe. Es ist eine wenig elegante und deshalb in unserer Bevölkerung schlecht akzeptierte Möglichkeit. Indem der Penis in eine Hülse gebracht wird, in welcher durch ein Pumpsystem ein Vakuum entsteht, gelingt es, den Penis in einen erektionsähnlichen Zustand zu bringen, welcher durch Anlage eines Gummiringes an der Penisbasis unterhalten werden kann (Abb. 8). Neben der mechanistischen Anwendungsweise sind mögliche venöse Suffusionen wenig beliebt. Sämtliche Arten einer erektilen Dysfunktion sind damit positiv zu beeinflussen.

Venöse Sperroperationen. Alle publizierten Vorschläge haben nie die normale Physiologie berücksichtigt. Sie sollten deshalb nicht mehr zur Anwendung gelangen.

Arterielle Revaskularisation. Bei jeder Art von rein arteriell bedingter erektiler Dysfunktion ist diese in den 70er Jahren zum ersten Mal publiziert und von uns modifizierte mikrochirurgische Technik (*Hauri D: A new operative technique in vasculogenic impotence. World J Urol 1986;4:237-49*) in hohem Masse erfolgversprechend. Sie gelangt seit den Möglichkeiten medikamentöser Behandlung und auch weil sie von den Versicherungsträgern in der Regel nicht bezahlt wird, selten mehr zur Anwendung. Bei traumatischen Gefässläsionen (Beckentraumata, nach operativen Eingriffen im Kleinbeckenbereich) hat sie nach wie vor ihre Indikation.

Implantation von Penisprothesen. Die heutigen Implantate sind zu zuverlässiger Funktion herangereift. Findet sich keine andere Lösung

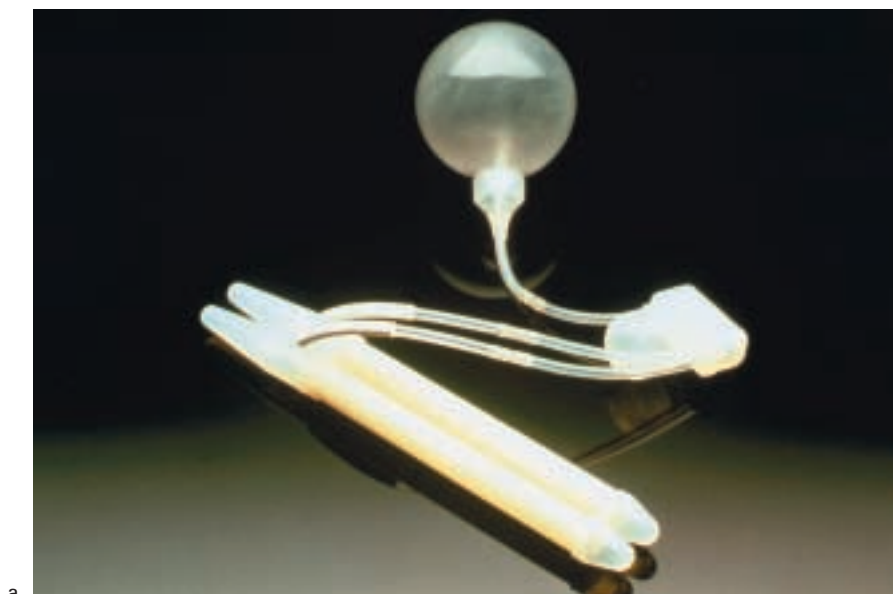
Abbildung 8.

Vakuumerektionshilfe. Der Penis wird in eine Hülse (links) gebracht, in welcher durch eine Pumpe (rechts) ein Vakuum hergestellt werden kann. Der Penis gerät damit in einen erektionsähnlichen Zustand, welcher durch einen an der Penisbasis angebrachten Ring (unten) aufrechterhalten werden kann.



Abbildung 9.

Hydraulische Penisprothese. a: Diese besteht aus zwei Kunststoffzylindern (unten), welche in die Corpora cavernosa zu liegen kommen und mit einem ins Skrotum zu implantierenden Pumpsystem (Mitte) verbunden sind. Das ganze System wird durch ein Reservoir (oben) im Unterbauch reguliert.

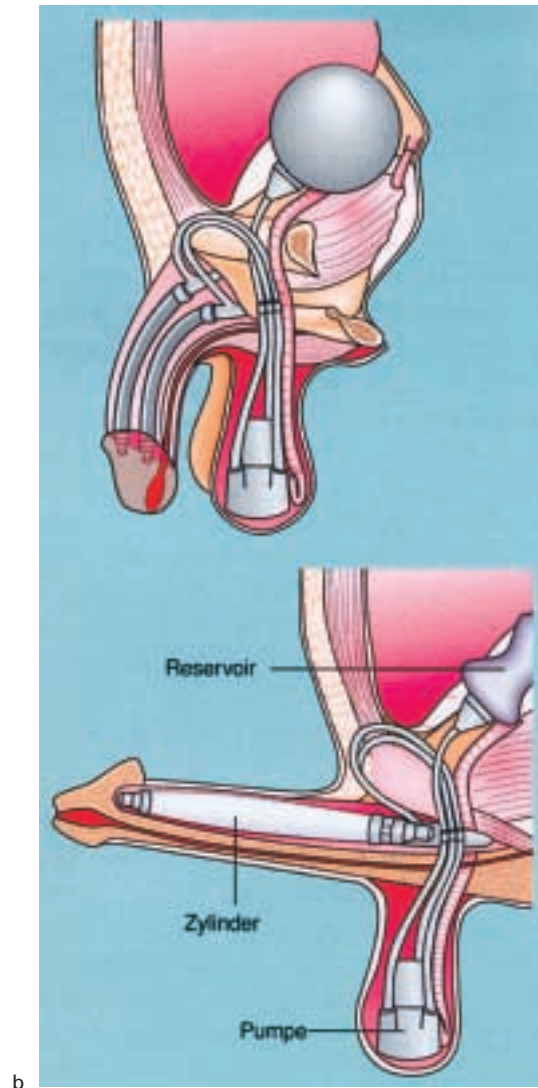


a

Abbildung 9

b: Funktionsweise:

Oben: Das implantierte System.
 Unten: Durch das Pumpsystem wird das Reservoir in die Kunststoffzylinder entleert. Durch dasselbe Pumpsystem kann der ganze Akt rückgängig gemacht werden.



b

zum Erreichen einer funktionstauglichen Erektion, erfährt sie auch in der Partnerschaft eine hohe Akzeptanz. Vor allem bei venösem Leck bedeutet diese Technik in der Regel die einzig mögliche Lösung. Leider wird deren Finanzierung von den Krankenkassen und vom Bundesamt für Sozialversicherungen weiterhin verweigert. Bei dieser Technik werden zwei hydraulisch aufdehbare Polyvinylzylinder in die Schwellkörper implantiert; das dazu notwendige Pumpsystem kommt in das Skrotum, das Reservoir in den Unterbauch zu liegen (Abb. 9). Trotzdem äusserlich von dieser Prothetik nichts erkennbar ist, sind wir der Auffassung, dass vor der Implantation das Paar und nicht nur der Träger aufgeklärt werden müssen.

Schlussbemerkung

Und zum Schluss einige ganz persönliche Bemerkungen: Was darf uns die Abklärung und Behandlung einer erektilen Dysfunktion ko-

sten? Zuerst dies: der Erektionsausfall ist eine Erkrankung wie jede andere Krankheit auch; dazu viel weiter verbreitet als gemeinhin angenommen wird. Die entsprechende Behandlung verdient es nicht, mit einer «unnötigen kosmetischen Operation» verglichen zu werden. Eine rationale Abklärung wird von den Kostenträgern vermehrt verweigert. Behandlungen werden nur sehr restriktiv gestattet. Jüngere Patienten geniessen gelegentlich ein diesbezügliches Nachsehen und Entgegenkommen. Immer mehr gewinnt jedoch die Erkenntnis an Bedeutung, dass auch ältere Männer ein ausgefülltes aktives Sexualleben zu führen imstande sind. Darf man ihre unglücklichen Alterskollegen, die nicht mehr daran teilhaben können, einfach damit trösten, dass dies natur- oder gottgewollt sei? Die Finanzierung der Abklärung und Behandlung altersbedingter Seh- und Hörschwäche ist unbestritten. Auch hier bestehen neben organischer Beeinträchtigung auch erhebliche psychische Faktoren zur Verbesserung der Lebensqualität. Bei Erektionsstörungen gesellen sich ebenso viele seelische Momente dazu und zwar nicht nur für den Betroffenen, sondern für das Paar. Wenn schon oft sinnlose Alternativmedizin und nutzlose Kuren aller Art selbst von Bundesämtern finanziell als unterstützungswürdig eingestuft werden, so müssen eben diese Ämter sich fragen lassen, ob bei gesicherter Diagnose und möglicher Behandlung von Erektionsstörungen das Gleichheitsprinzip – nach dem vor allem politisch so oft gerufen wird – nicht verletzt werde. Wenn diskussionslos und gerechtfertigt Hunderte von aortokoronaren Bypass-Operationen durchgeführt werden, und sei es nur, um problemlos und zum Genuss des Lebensabends das weitere Tennisspielen zu erlauben, so dürfte der Gedanke angebracht sein, ob der Möglichkeit eines praktikablen Geschlechtsverkehrs nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden könnte. Eine Behandlungs- und Kostenverweigerung beim Tennisspieler würde allgemeines Kopfschütteln und Lauthalses Eingreifen von verschiedensten Patientenorganisationen mit Bestimmtheit zur Folge haben. Sogenannte Gesundheitsexperten an ihren Schreibtischen, Politiker und Krankenkassenfunktionäre in den Medien sind oft auch heute noch, wie damals im Mittelalter, der Ansicht, dass Erektionsstörungen mit Mystik und Schuld zu tun hätten. Dabei sind sie sich nicht im Klaren, wie viel an Staatsgeldern für sinnlose Behandlungsversuche eben dieser erektilen Dysfunktion verschwendet wird. Wir stehen unter dem Eindruck, dass sich unsere Gegner in Bundesämtern, Assekuranz und Politik aus zwei Lagern rekrutieren: die einen sind zwar potent, wissen jedoch mit ihrer Potenz nichts anzufangen; die andern sind impotent – und merken dies gar nicht.

Quintessenz

- Bei Vorliegen einer organisch bedingten Dysfunktion darf «ex iuvantibus» mit einem Versuch einer Schwellkörperinjektion oder einer oralen Behandlung begonnen werden (siehe Therapie), aber mit Betonung nur dann, wenn man darin geübt ist, die Folgen und Nebenwirkungen kennt und dem Patienten bei Versagen auch weiterhelfen kann.
- Auch bei nicht komplizierten Formen einer primär psychisch bedingten erektilen Dysfunktion sind wir der Meinung, dass sich ein solcher Versuch lohnen dürfte, indem bei funktionierender Erektion der Patient Zuversicht und Selbstbewusstsein bekommt und die gelegentliche Erwartungsangst gedämpft werden kann. Dieses Vorgehen sollte jedoch nur in gemeinsamer Absprache mit dem behandelnden Psychiater/Psychologen erfolgen. Im Gegensatz zu organisch Impotenten können die medikamentösen Hilfen meist wieder sistiert werden.
- Bei Ausbleiben eines Erfolges dieser anfänglichen Massnahmen muss die weitere Therapiestrategie am besten durch einen Urologen weiterverfolgt werden. Hier setzen die Tests bezüglich Gefässpathologie und Schwellkörperdysfunktion ein.
- Wenig bekannt ist allerdings, wie viele Patienten sich nach anfänglich befriedigenden Erfolgen medikamentöser Therapiehilfen später nach anderen Therapieformen umsehen, einerseits wegen nachlassendem Ansprechen, andererseits infolge «Medikamentenmüdigkeit».