

Exploration bei Erektionsstörungen

Immer die Partnerin einbeziehen!

Erektionsstörungen stellen insbesondere für junge Männer oft eine schwere Erschütterung ihres Selbstwertgefühls dar. Kein Wunder, wenn man sich die existierenden «Sexualmythen» vor Augen führt, die Sexualität auf Geschlechtsverkehr reduzieren und beständige Leistungsfähigkeit fordern. Will man der Ursache einer Erektionsstörung auf den Grund gehen, ist nicht nur eine gründliche Anamnese, sondern auch die Einbeziehung der Partnerin unabdingbar.

DIRK RÖSING

Als Erektionsstörung beziehungsweise erektile Dysfunktion (ED) bezeichnet die International Society for Impotence Research eine anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine Erektion, die für eine befriedigende sexuelle Funktion ausreichend ist, zu erlangen oder aufrechtzuerhalten. Nach DSM-IV ist die zusätzliche Feststellung eines klinisch signifikanten Leidensdruckes beim Betroffenen erforderlich (1).

Die psychosozialen Auswirkungen einer gestörten Erektionsfähigkeit können vielschichtig sein (Tabelle 1), sodass ein Arrangement damit seltener möglich ist als mit anderen Funktionsstörungen. Die hohe Prävalenz, die zunehmende Verfügbarkeit von Medikamenten und die breitere Medienwirksamkeit des Themas führen zur Suche nach professioneller Hilfe. Der Erkenntnisgewinn über Psychologie, Soziologie, Physiologie und Pathophysiologie der Erektion konnte in den letzten Jahrzehnten deutlich erweitert werden, und es ist heute unumstritten, dass es sich bei einer Erektionsstörung um einen kom-

Merksatz

- Sexuelle Störungen sind nicht als Störungen innerhalb eines Individuums, sondern innerhalb einer Beziehung aufzufassen.

plexen Vorgang handelt, bei dem organische und psychosoziale Faktoren eng ineinandergreifen.

Symptom nicht isoliert betrachten

Die Verursachungsmechanismen sind vielfältig und lassen sich in der Praxis in einen organogenen, psychogenen und gemischten Typus einteilen. Unabhängig von der Genese der Erektionsstörung müssen körperliche, seelische und soziale Auswirkungen gleichermaßen Beachtung finden. Somit spielt die Betrachtung der Erektionsstörung als ein somatopsychisches, psychosomatisches, soziosomatisches oder soziopsychisches Störungsmodell eine wesentliche Rolle beim Verständnis der vielfältigen Ursachen und Auswirkungen für die Betroffenen und ihre Partnerinnen. Eine isolierte Betrachtung des Symptoms geht daher am Kern des Problems vorbei. Sexuelle Störungen sind nicht als Störungen innerhalb eines Individuums beziehungsweise Organ-/Funktionssystems, sondern innerhalb einer Beziehung aufzufassen (2).

Tabubesezung bei Patient und Arzt

Gerade junge Männer erleben eine schwere Erschütterung ihrer «selbstverständlichen» biopsychosozialen Kompetenz, negative Selbstverstärkungsmechanismen führen zur Chronifizierung, und der Leidensdruck nimmt zu. Betroffene erhoffen sich im Sinne eines «Reparaturprozesses» eine schnelle «Problemlösung», die nicht selten mit allem Nachdruck eingefordert wird. Dies erklärt die Attraktivität medizinisch-technischer Hilfsmittel, übersieht aber dabei die Notwendigkeit einer gründlichen Diagnostik als Grundvoraussetzung einer individuellen Therapieempfehlung, wie sie auch bei anderen Krankheitsbildern praktiziert wird.

Tabelle 1: **Psychosoziale Auswirkungen von Erektionsstörungen**

Psychische Auswirkungen	Soziale Auswirkungen
Versagens- und Erwartungsängste, Leistungsdruck	Vermeidung und Rückzug aus der sexuellen Kommunikation
Identitätsprobleme (kein «richtiger Mann» zu sein), Minderung des Selbstwertgefühls	Angst, den Partner zu verlieren oder keinen kennenzulernen («Wer nimmt mich schon?»)
Verstärkung der Selbstbeobachtung	Partner fühlt sich nicht wahrgenommen

chen von sexuellen Problemen auf ärztlicher Seite und dem grösseren Wunsch der Patienten und ihrer Partnerinnen, selbstständig vom Arzt angesprochen zu werden (7). In der *Abbildung* werden die Erektionsstörungen, die durch Erkrankungen und/oder deren Behandlung hervorgerufen werden, zugeordnet zum medizinischen Fachgebiet grafisch dargestellt. Psychosoziale Verursachungsmechanismen stellen für die Betroffenen, aber auch für deren Partnerinnen oftmals ein noch grösseres Problem dar, da eigene Erklärungs- und Lösungsansätze fehlen.

Hinzu kommt die Unsicherheit von Ärztinnen und Ärzten, die auf den Umgang mit Patienten, die über sexuelle Störungen klagen, gar nicht oder nur unzureichend in ihrer Ausbildung vorbereitet werden, womit das Thema von beiden Seiten tabubesetzt bleibt. Hartmann et al. (2002) stellten in einer weltweiten Befragung fest, dass 39 Prozent der Männer (40–80 Jahre) sexuelle Probleme angaben, aber nur 8 bis 16 Prozent von ihrem Arzt danach gefragt wurden; mehr als 50 Prozent wünschten sich, dass der Arzt regelmässig nach sexuellen Problemen fragen sollte (5).

In einer eigenen Untersuchung von Patienten, bei denen die Erektionsstörung Folge einer radikalen Prostatektomie bei Prostatakrebs war, bestätigte sich die Diskrepanz zwischen dem Anspre-

Versagensangst durch Sexualmythen

Die bei der sexuellen Begegnung wirkende Versagensangst ist ein entscheidender Kausalfaktor der Pathogenese. Den Nährboden für Erwartungsängste und Leistungsdruck bilden sogenannte Sexualmythen. Bernie Zilbergeld beschreibt das Fantasiemodell vom Sex mit den Worten: «Er ist einen halben Meter lang, hart wie Stahl, allzeit bereit und haut dich aus den Socken (10).» Die Sexualmythen haben nicht an Bedeutung verloren und werden durch den suggerierten Anspruch auf beständige Schönheit und Leistungsfähigkeit auch gesellschaftlich aufrechterhalten (*Tabelle 2*).

Erschwerend für das Paar ist zudem die oft mangelnde oder völlig ausbleibende Kommunikation über Wünsche und Bedürfnisse.

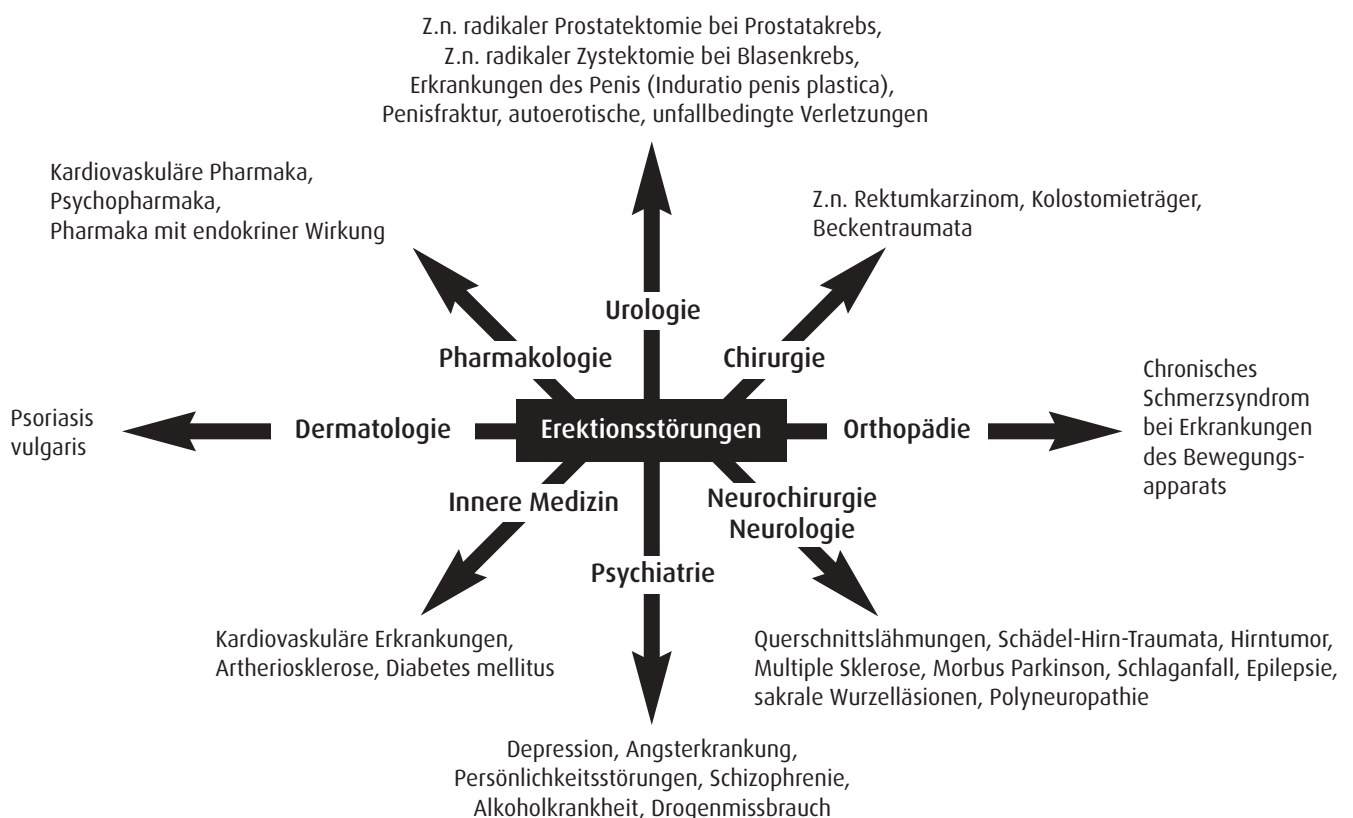


Abbildung: Erektionsstörungen aufgrund von Erkrankungen und/oder deren Behandlung

Tabelle 2: **Sexualmythen nach Zilbergeld** (10)

1. Ein wirklicher Mann mag keinen «Weiberkram» wie Gefühle und dauernd reden.
2. Jede Berührung ist sexuell oder sollte zu Sex führen.
3. Männer können und wollen jederzeit.
4. Beim Sex zeigt ein wirklicher Mann, was er kann.
5. Beim Sex geht es um einen steifen Penis und was mit ihm gemacht wird.
6. Sex ist gleich Geschlechtsverkehr.
7. Ein Mann muss seine Partnerin ein Erdbeben erleben lassen.
8. Zum guten Sex gehört ein Orgasmus.
9. Beim Sex sollten Männer nicht auf Frauen hören.
10. Guter Sex ist spontan, da gibt es nichts zu planen oder zu reden.
11. Echte Männer haben keine sexuellen Probleme.

Männer mit Erektionsstörungen empfinden die Offenbarung über den Verlust der Penissteife oft als Eingeständnis von Schwäche. Daher fällt es ihnen schwer, ihre Emotionen «preis-

zugeben» und die Partnerin an ihren «Problemen» teilhaben zu lassen. «Ich will aber nicht erst nach den Therapiegesprächen mit meiner Frau wieder Sex haben können.» Das «Problem» sollte möglichst ohne viel darüber reden zu müssen beseitigt werden. «Es betrifft ja nur mich, ... meine Frau hat damit nichts zu tun.» Ein bereits unsicherer Umgang der Partner miteinander kann durch gegenseitige Schuldzuweisungen noch verstärkt werden und weitere Missverständnisse nach sich ziehen. «Er müsste doch mit einer Erektion reagieren, wenn er mich attraktiv findet.» «Meine Frau denkt schon, dass ich fremdgehe.» «Ich brauche die Erektion, sonst verlässt mich meine Frau.»

Diagnostik beim Allgemeinarzt

Die Anamnese stellt die entscheidende diagnostische Grösse dar. Nach partnerschaftlicher und im Besonderen sexueller Zufriedenheit sollte auch bei Erhebung einer allgemeinen Anamnese grundsätzlich gefragt werden, da dieser Bereich einen emotional bedeutsamen Teil des Lebens bei jedem Menschen umfasst. Nimmt ein Patient dieses Gesprächsangebot wahr oder ist die Sexualstörung Grund der ärztlichen Konsultation, sollten der Raum und die Zeit für ein ausführliches Gespräch gegeben sein.

Sexualität umfasst grundsätzlich drei Dimensionen, die während der Anamneseerhebung berücksichtigt werden müssen:

Fallbeispiel: situative Erektionsstörung

Ein 22-jähriger Student stellt sich auf Überweisung seines Hausarztes mit den Worten vor: «Mit einem Schlag war alles vorbei!» Die Erektionsstörung belastete ihn sehr stark und trotz vorangegangener Operation am Penis (dorsale Venenligatur) habe sich «nichts» verbessert. Trotz Einnahme verschiedener PDE-5-Inhibitoren vor der Operation sei keine Verbesserung eingetreten. Nach weiterem «Versagen» seinerseits sei eine SKAT-Testung (Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie) erfolgt. Das diagnostische Ergebnis habe den Verdacht einer venösen Leckage ergeben, die wohl auch bei der Kaverosometrie/-grafie bestätigt wurde. Retrospektiv betrachtet waren die Messergebnisse falsch-positiv und auf den möglicherweise enormen Stresspegel (hoher Sympathikotonus) zum Untersuchungszeitpunkt zurückzuführen.

Bei Erstvorstellung wirkt der Patient verunsichert, ängstlich und hilflos. Stark leistungsorientiert und gekränkt ob der fehlenden «Männlichkeit», ist eine Einbeziehung der Partnerin erst nach mehreren Gesprächen möglich. Nach genauer Exploration des Störungsbildes stellt sich eine rein situative (beim Koitus bestehende) Erektionsstörung heraus. Spontane morgendliche Erektionen und psychogene Erektionen bei Masturbation und beim Petting vor der Operation waren vorhanden und schliessen somit differenzialdiagnostisch eine gefässbedingte Verursachung aus.

In einer Sexualtherapie mit dem Paar kann der enorme Leistungsdruck und die Versagensangst beider unerfahrener Part-

ner (Freundin 19 Jahre, ohne sexuelle Vorerfahrungen) herausgearbeitet werden. Beide definierten Sexualität ausschliesslich über den Koitus. Die Tabuisierung des Themas Sexualität auch in den Primärfamilien beider und die Leistungsorientierung an pornografischem Material bei ihm stellen das Fundament bestehender Sexualmythen bezüglich Erektion dar.

Die Beziehung des Paares ist geprägt von gegenseitiger Zuneigung: «Ich möchte meine Freundin im Bett glücklich machen.» Therapeutisch begleitet gelingt es dem Paar, neue «wohlthuende» Erfahrungen auf zunächst extragenitaler und später genitaler Ebene «leibhaftig» als Ausdruck gegenseitiger Annahme, Nähe und Geborgenheit zu sammeln. Da beide dadurch ohne Versagensangst und Leistungsdruck in echte Beziehung miteinander treten, also «im Bett glücklich» sind, kann Sexualität in ihrer eigentlichen Bedeutungserteilung erfasst und als körperliche Kommunikationsform entdeckt werden. «Das Vertrauen ist jetzt zu spüren, und wir können uns fallen lassen.»

Nach einem Jahr stellt sich das Paar erneut vor. Die partnerschaftliche Zufriedenheit ist spürbar. Im sexuellen Umgang miteinander hätten beide viel Positives erfahren und sind mit der derzeitigen Situation sehr zufrieden. «Wir reden miteinander über Bedürfnisse und fühlen uns geborgen. Sexuelle Probleme treten keine mehr auf.»

Tabelle 3: Richtungsweisende Beobachtungen und Fragen im Erstkontakt

Zunächst sollte der Patient die Möglichkeit haben, sich spontan zu äussern. Wie wird die Symptomatik geschildert? Was wird als Erstes berichtet? Was steht im Vordergrund? Was ist der unmittelbare Anlass und Auslöser für die Konsultation? Warum kommt der Patient gerade jetzt, und von wem wurde er geschickt?

- Wie lange besteht das Problem (primär, d.h. mit Aufnahme sexueller Erfahrungen, oder sekundär)?
- Unter welchen Umständen trat es das erste Mal auf, und wie haben Sie das erlebt? Haben Sie das Gefühl, sich seitdem mehr zu beobachten? Sind Sie unsicherer geworden?
- Wann und unter welchen Umständen beobachten Sie den Verlust der Penissteife («immer», heisst das auch bei Selbstbefriedigung, beim Petting, morgendliche, nächtliche Erektionen, beim Koitus)?
- Was bedeutet das für Sie und Ihre Partnerin?
- Wie ist es mit Ihrer Lust aufeinander?
- Wie empfinden Sie Ihr Orgasmuserleben, und haben Sie das Gefühl, den Orgasmus kontrollieren zu können?
- Haben Sie eine eigene Erklärung (Hypothese) für den Verlust der Penissteife?
- Bestehen in Ihrem Alltag besondere Belastungen?
- Haben Sie aufgrund der Störung bereits Hilfe in Anspruch genommen und wenn ja, welche Behandlungsversuche gab es?
- Wie wirkt sich die Störung auf Ihre sexuelle Zufriedenheit aus, und haben Sie mit Ihrer Partnerin darüber gesprochen? Ist die allgemeine Zufriedenheit in Mitleidenschaft gezogen?

Sexualität sollte auf den Ebenen der sexuellen Fantasien, des konkreten sexuellen Verhaltens und des sexuellen Selbstkonzeptes exploriert werden.

- die Fortpflanzungsdimension, das heisst die Funktion von Sexualität für Fortpflanzung bzw. ihre Bedeutung
- die Lustdimension, das heisst die Funktion für das Erleben positiv empfundener Erregungsgefühle beziehungsweise ihre Bedeutung von Lustgewinn durch sexuelle Stimulation
- die Beziehungsdimension, das heisst die Funktion von Sexualität für die Erfüllung grundlegender Bedürfnisse nach Sicherheit, Vertrauen, Angenommensein, Geborgenheit und Nähe beziehungsweise ihre Bedeutung für die Befriedigung dieser psychosozialen Grundbedürfnisse durch sexuelle Kommunikation in der Beziehung (2).

Der Partner spielt also eine eminent wichtige Rolle, auch wenn er in der konkreten Gesprächssituation nicht real, sondern nur

in der Fantasie oder Erinnerung vorhanden ist. Üblicherweise wird der Mann zunächst allein zur Vorstellung kommen. Ziel sollte sein, das Anliegen des Patienten(paares) zu klären und ein ganzheitliches Verständnis für Sexualität zu vermitteln. Neben der Abklärung organischer Befunde und notwendiger Laborparameter, die sich aus der *Abbildung* erschliessen, muss das sexuelle Erleben und Verhalten genau exploriert werden, um die Störung diagnostisch klassifizieren zu können (vgl. dazu auch den *Kasten* «Fallbeispiel: situative Erektionsstörung»). Da eine Erektionsstörung Folge eines anderen Störungsbildes sein kann, sind differenzialdiagnostisch Störungen des sexuellen Verlangens (Luststörungen), Orgasmusstörungen (z.B. vorzeitiger Orgasmus), Störungen der sexuellen Präferenz (z.B. Fetischismus, Masochismus, Sadismus, Pädophilie etc.) und Geschlechtsidentitätsstörungen auszuschliessen.

In *Tabelle 3* werden richtungsweisende Fragen dargestellt, die für eine weitere Behandlungsplanung entscheidende Bedeutung besitzen. Wenn es im Erstgespräch gelingt, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen und der Patient bereit ist, sich der Ärztin/dem Arzt zu öffnen, sollte mit dem Patienten gemeinsam das weitere Vorgehen besprochen werden. Dies beinhaltet die Abklärung der im Erstgespräch vermuteten Differenzialdiagnosen in enger Kooperation mit einem Urologen beziehungsweise Sexualmediziner/-therapeuten.

Schlussbetrachtung

Sexuelle Funktionsstörungen sind kein Randphänomen, sondern können weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität Betroffener und deren Partnerinnen haben. Die zum Teil übliche Praxis, Medikamente zur Behandlung einer Erektionsstörung auszuprobieren, ohne die verursachenden Mechanismen zu kennen, birgt die Gefahr, am eigentlichen Problem vorbeizubehandeln.

In der sexualmedizinischen Praxis wird immer wieder deutlich, dass Medikamente dann als zufriedenstellend empfunden werden, wenn die (neu)gestaltete Sexualität die Grundbedürfnisbefriedigung nach Annahme, Sicherheit, Nähe und Geborgenheit zum Ziel hat und damit die sexuelle Lust auch als eine Lust auf Beziehung mit allen individuellen Spielräumen erlebbar wird. ■

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de

Dr. med Dirk Rösing
Klinik und Poliklinik für Urologie
Klinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität
D-17475 Greifswald

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 14/2006. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.