

Die Impotenz des Mannes

Anamnese – Inspektion – Therapie

Carl Erich Alken und Gert Hutschenreiter

Einleitung

Im asiatischen, vorderasiatischen sowie im griechisch-römischen Kulturkreis gehörte die Erotik mit allen ihren Spielformen zu den normalen zwischenmenschlichen Beziehungen. Ihr Stellenwert fand seinen Niederschlag in der Literatur und der bildenden Kunst entsprechender Epochen – Kamasutra (Indien), King Ping Meh (China) – sowie in der großzügigen Verwendung phallischer Symbole und erotischer Positionen zum Schmuck selbst kultureller Bauten. Ihr Rang wird noch apostrophiert durch die Tatsache, daß in den polytheistischen Religionen Spezialgöttinnen und -götter für einen Komplex zuständig waren, der bei uns heute marktbeherrschend von Beate Uhse wahrgenommen wird.

Bis in die Neuzeit wechselten kulturhistorische Perioden der Tolerierung des Eros mit denen der Tabuisierung ab, wobei in unserem Lebensbereich die Christianisierung mit ihrer späten Sonderform des Puritanismus dominierend war. Die Spielformen der Erotik mit ihren Variationen sind uralte. Je nach geltendem Sittenkodex sind sie erlaubt oder verboten. Durch die merkantilisierte Sex- und Pornowelle, die seit einem Jahrhundert über die westlichen Länder läuft, sind alle Tabus fragwürdig geworden und nimmt die Aufklärung in allen Gesellschafts-

schichten zu. Sex ist „in“. Synchron mit dieser Entwicklung ist zu registrieren, daß heute Patienten wegen sexualpathologischer Störungen häufiger ihren Arzt konsultieren als früher. Diese Situation verlangt, daß der Arzt von heute mehr oder zumindest genausoviel von dieser komplexen Problematik weiß, wie sein auch durch die seriöse Presse und durch einschlägige gute Literatur informierter Patient.

Dem Rechnung tragend, hat der Vorstand der Bundesärztekammer schon vor einigen Jahren dem Senat für ärztliche Fortbildung empfohlen, Seminare für Sexualphysiologie und -pathologie in die Programme der Fortbildungskongresse einzuplanen. Sie fanden bei den Kollegen großes Interesse und gute Resonanz.

Rein biologisch ist die sexuelle Potenz (Tabelle 1) ein wichtiges Kriterium der Männlichkeit, weil sie der Erhaltung der Art dient – Potentia generandi. Voraussetzung dazu sind die Potentia coeundi, die Beischlaffähigkeit und die Fertilität, das heißt die normale Hodenfunktion. Kulturgeschichtlich ist der Homo sapiens schon sehr früh auf die Idee gekommen, den von der Natur mit Lustempfinden ausgestatteten Kopulationsakt teleologisch aufzuspalten und das Lusterleben isoliert zu betrachten und zu betreiben. Über die Primitivkomponenten dieses Aktes

Durch den Wegfall traditioneller Tabus, durch seriöse Aufklärung und durch eine merkantilisierte Sexwelle gewinnt die Sexualmedizin in Praxis und Klinik an Bedeutung. Angehörige aller Gesellschaftsschichten und Altersgruppen suchen heute den Arzt auch wegen ihrer sexuellen Probleme auf. Helfen kann aber nur der Arzt, der diese Ratsuchenden als Kranke betrachtet und über die notwendigen Kenntnisse auf dem Gebiet der Sexualmedizin verfügt.

und über seine ethischen Werte, identisch mit dem Wort „Liebe“, existiert eine unübersehbare Literatur.

Asexuelle, sogenannte geistige Liebesverhältnisse und rein sexuelle Betätigungen, denen jede sonstige Komponente fehlt, charakterisieren die Extreme der Ars amandi.

Die Impotenz, jetzt als Sammelbegriff betrachtet, wurde in der Menschheitsgeschichte meist als ein Makel, als ein Defekt der männlichen Persönlichkeit angesehen.

Hier ist der Volksmund zuverlässiger Indikator. Der Ausdruck „Schlappschwanz“, heute im übertragenen Sinne auf das Versagen bei Arbeit oder Sport angewandt, ist ursprünglich als verächtliche Bezeichnung der Impotenz zu verstehen.

In allen Kulturkreisen, vom Altertum bis in die Neuzeit ist die Potenz eine Eigenschaft, derer man sich im „Männerhaus“ rühmt und die auch in der zeitgenössischen Literatur in biographieähnlichen Werken registriert wird.

Dementsprechend war auch immer ein sehr reichliches Angebot von pharmakologischen Mitteln und noch mehr von Zaubertränken, Pulvern und Geheimmitteln zur Stärkung der Potenz vorhanden. Auch hier hat sich in einigen tausend Jahren nichts geändert. ▷

Sexualmedizin

Zwei wichtige Faktoren

Für den Arzt von heute, der von einem Patienten wegen Impotenz konsultiert wird, sind zwei Faktoren von Bedeutung:

- ❶ Die Bereitschaft, eine Sexualstörung als Krankheit aufzufassen, unter der der Kranke leidet und über die dieser erst nach Überwindung einer Hemmschwelle mit dem Arzt sprechen kann. – Eine Befragung von 200 niedergelassenen Ärzten hat ergeben, daß ein großer Teil von ihnen, besonders die älteren, gegenüber sexuellen Problemen eine ablehnende Haltung einnehmen.
- ❷ Die Fähigkeit, aufgrund sexualphysiologischer und -pathologi-

scher Kenntnisse eine organische (Tabelle 4) von einer psychogenen Impotenz abzugrenzen.

Dieser Hinweis ist vor allem für den niedergelassenen Arzt gedacht, da dieser in der Regel über lange Zeit mit seinen Patienten Kontakt hat und deshalb deren Vertrauen besitzt. Wenn er an der Thematik interessiert ist, kann er sich bei der heute vorhandenen medizinisch-wissenschaftlichen Literatur zusätzlich informieren (11, 16)*). Cum grano salis ist es auch als Fortbildung zu werten, wenn er sich bei Gelegenheit einige Pornofilme ansieht und auch die in den Sex-Shops angebotene „billige Literatur“ in die Hand nimmt. Der Patient kennt sie unter Umständen bereits.

Anamnese

Die Anamnese (4, 5) (Tabellen 2 und 3), das Gespräch, ist besonders wichtig und zeitraubend.

Die Tatsache, daß 80 Prozent der Impotenzen psychogen und nur 20 Prozent organisch bedingt sind (7, 13, 14, 18), sollte jedoch nicht dazu führen, daß der Allgemeinarzt jeden Patienten mit sexuellen Funktionsstörungen zum Psychiater schickt. Einzelne zunächst mehr allgemeine Fragen nach dem Sexualleben, die darauf schließen lassen, daß der Befragter mit der Materie vertraut ist, öffnen oft die Hemmschleusen.

Der folgende Katalog kann selbstverständlich nur ein Beispiel sein:

▷ Zeitpunkt des Auftretens der Störung?

▷ Früher normal?

▷ Erektion bei Koitus – Erektion bei Masturbation – morgendliche Erektionen?

▷ Vorzeitiger, verspäteter oder fehlender Samenerguß?

▷ Fragen nach dem Orgasmus, auf welche Art und Weise der Patient dazu kommt, durch Koitus oder durch Masturbation?

▷ Gliedsteife bei der Masturbation?

▷ Zeitpunkt des letzten Orgasmus?

▷ Libido vorhanden oder erloschen?

▷ Erektion partnerabhängig?

▷ Verkehrsmilieu: Wald-, Wiesen-, Auto- oder Bettatmosphäre?

Wenn das Eis zwischen Patient und Arzt gebrochen ist, sollte man den Patienten veranlassen, seine sexuellen Probleme und ihren Einfluß auf sein Leben zu schildern.

*) Die in Klammern stehenden Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis.

Tabelle 1: Potenzstörungen

Libido:	Impotenz bei Libidoverlust
Erektion:	Impotentia coeundi (Erektionsstörung)
Ejakulation:	Ejaculatio praecox Ejaculatio tarda Ejaculatio deficiens (kein Ejakulat) retrograde Ejakulation
Orgasmus:	orgastische Impotenz

Tabelle 2: Sexuelle Funktionsstörungen*)

Primär:	Störung besteht von Anfang an
Sekundär:	Störung nach Intervall normaler sexueller Funktion
Akut:	Störung bei Erkrankung; Streß, nach Partnerkonflikt
Chronisch:	wenn die akuten Störungsursachen nicht oder ungenügend behandelt werden
Aktbezogen:	z. B. Störung nur bei Koitus, Masturbation normal
Partnerbezogen:	z. B. keine Erektion bei der Ehefrau, wohl aber bei der Freundin
Situationsbezogen:	Orts- und zeitbezogen, Urlaub – Alltag

*) in Anlehnung an Sigusch 1980

Danach wieder könnte man versuchen, durch gezielte Fragen und Erläuterungen die Sexualstörung noch näher abzuklären. Zum Beispiel:

Die Onanie, erziehungs-religiös bedingt (Selbstbefleckung), wird sie oft als Ursache des späteren Versagens beim Geschlechtsverkehr (GV) angesehen. Der Arzt benutzt, um diese Angst zu zerstreuen, am besten die einfache und einleuchtende Formulierung von Aschaffenburg: „Onanie ist eine Kinderkrankheit, die wir alle zu einem Zeitpunkt unserer Entwicklung durchgemacht haben. Sie wächst sich aus und hinterläßt keine Spätschäden.“ In Fällen, wo sie über die Reife hinaus intensiv weiterbetrieben wird, sind Psychoanalyse und Psychotherapie angezeigt (Introversion, Kontaktschwäche usw.).

Einmaliges Versagen kann Milieu- oder Partner-bedingt sein. Für den sensiblen neurasthenischen Typ bedeutet es einen Schock mit nachfolgenden Minderwertigkeitsgefühlen und wird leicht zu einem Circulus vitiosus. Jeder weitere Fehlschlag summiert diese Faktoren. Häufig klärt schon der Hinweis auf die völlig normalen somatischen und hormonellen Voraussetzungen die Probleme.

Der in der Ära vor der Pille häufig geübte *Coitus interruptus* wurde früher als eine mögliche Ursache der Potenzstörung angesehen. Es leuchtet ein, daß der abrupte Abbruch des physiologischen Vorgangs, der zum Orgasmus, nach der Literatur zum „kleinen Tod“ führen soll, mit der Zeit einen „Getriebschaden“ verursachen kann. Für den Laien verständlich ist das Beispiel der Vollbremsung eines Sportwagens bei 210 km/h. Auf die Dauer kann das nicht gutgehen.

Das Problem der Frequenz: Aufgrund der Porno- und Sexualliteratur weiß der normale Mann heute nicht mehr, was normal ist. Er gerät daher unter Umständen auch sexuell „unter Leistungszwang“. Ganz allgemein gilt für einen Mann im mittleren Alter (Abbildung 1) immer

Tabelle 3: Funktionsstörungen, bezogen auf die einzelnen Phasen der Kohabitation*)

① Bei sexueller Annäherung:	Gleichgültigkeit, Widerwillen, Angst, Leistungsdruck
② Bei sexueller Stimulation:	Störung der Erektion
③ Beim Einführen des Penis beim Koitus:	z. B. Induratio penis plastica, Mißbildungen (s. körperlicher Befund)
④ Beim Orgasmus:	z. B. Ejaculatio praecox, Anorgasmie
⑤ In der nach-orgastischen Phase:	Depression, Verstimmung, Mißempfindungen im Genitalbereich

*) in Anlehnung an Sigusch 1980

Tabelle 4: Ursachen organischer Potenzstörungen

Neurogen:	Tabes dorsalis, Poliomyelitis, Polyneuropathie, multiple Sklerose, Rückenmarkstraumen, -tumoren, Diabetes mellitus, nach chirurgischen Eingriffen im kleinen Becken
Vaskulär:	Arteriosklerose, Diabetes mellitus, Thrombose, Leriche-Syndrom, Priapismus
Endokrin:	Hypophysen-Vorderlappen-Insuffizienz, primärer und sekundärer Hypogonadismus, Klinefelter-Syndrom
Mißbildungen und Erkrankungen des äußeren Genitale:	Epispadie, Hypospadie, Phimose, Harnröhrenstriktur, Prostatahypertrophie, Induratio penis plastica usw.
Pharmakologisch:	Östrogene, Gestagene, Alkohol, Antihypertensiva, Barbiturate, Andidepressiva, Antipsychotika, Opiate

noch die Regel von Luther „in der Woche zween“, die von Kinsey (12) in vollem Umfang bestätigt wurde. Individuelle Schwankungen der Frequenz benötigen keines Kommentars. Es dürfte auch wahrscheinlich sein, daß der normale, berufstätige Mann ebensowenig einen „Sextiger“ zu Hause haben möchte, wie die vielleicht auch berufstätige Hausfrau und Mutter einen sexuellen Überaktivisten. Sexualprotze im Stil der üblichen Pornoliteratur sind kein Maßstab für normales sexuelles Verhalten.

Die Anamnese, die hier nur skizziert werden kann, sollte unter Wahrung des Arzt-Patienten-Verhältnisses den Charakter eines offenen Gesprächs haben. In der Regel ergeben sich dabei schon die wichtigsten Hinweise für eine Verdachtsdiagnose oder Diagnose. Patienten mit neurologischen Grundleiden oder mit Diabetes, chronischem Leberleiden usw. gehören zunächst in den Bereich der inneren Medizin, da diese Erkrankungen ursächlicher Faktor für die Potenzstörung sein können (Tabelle 4). ▷

Inspektion

Ein wichtiges Indiz ist das Genitale selbst. Wenn es insgesamt unterentwickelt ist, bei ausgeprägter Adipositas und geringer Schambehaarung, muß an hormonelle Grundleiden wie Klinefelter-Syndrom usw. gedacht werden, für die der Spezialist zuständig ist. Angeborene Anomalien wie Phimose, Hypospadie,

kurzes Frenulum oder Abknicken des Penis bei ausgeprägter Induratio penis plastica können unter Umständen das Einführen des Penis unmöglich machen, Schmerzen bei der Kohabitation auslösen oder zu einer Ejaculatio praecox führen. Diese Gruppe organischer Krankheiten ist häufig nicht Ursache einer völligen Impotenz, sondern wirkt nur als Hemmfaktor der Potentia coeundi

bei sensiblen, nicht aufgeklärten Patienten und gehört ebenso wie die hormonellen Störungen in die Domäne des Facharztes. Auch ein sehr kleiner Penis wird von dieser Patientengruppe häufig als Defekt angesehen und kann daher psychische Störungen auslösen. Die Gliedgröße ist jedoch nicht entscheidend für den normalen Ablauf der Kohabitation. Das gleiche gilt auch für die Hodengröße. Auffallend weiche Konsistenz und geringe Druckempfindlichkeit hingegen lassen auf hormonelle Störungen schließen. Die erweiterte Diagnostik wie Blutdruckmessung am Penis, Penisplethysmographie und Kaverosographie ergänzen die körperliche Untersuchung, sind aber Domäne der urologischen Klinik. Eine psychogene Impotenz sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn durch die nächtliche Penisplethysmographie keine vollständigen Erektionen nachweisbar sind (1, 2, 6).

Wenn nach der Anamnese und der körperlichen Untersuchung keine ersten psychischen oder somatischen Erkrankungen vorliegen, kann man für das weitere Vorgehen grob zwei Altersgruppen unterscheiden:

A: Männer im mittleren Lebensalter zwischen 21 und 45 Jahren

B: Männer über 45 Jahre

Die biologische Alterskurve des Testosteronspiegels (Abbildung 2) hat in der Regel ihren Höhepunkt etwa um das 25. bis 30. Lebensjahr erreicht und fällt dann allmählich ab (8). Individuelle Unterschiede sind häufig. Für die Therapie ergibt sich daraus die Konsequenz, daß für die Altersgruppe bis etwa 45 Jahre die Verordnung von Testosteron-Präparaten in der Regel sinnlos ist. Demgegenüber kann sie in der Altersgruppe über 45 Jahre Substitutionscharakter haben. In einem Speziallabor kann die Analyse des Plasma-Testosteronspiegels vorgenommen werden. Bei einem Testosteronspiegel von ≤ 3 ng/ml ist ein Therapieversuch mit Testosteronpräparaten gerechtfertigt, andererseits ist aber der normale Testosteronspiegel kein Garant für die Potenz.

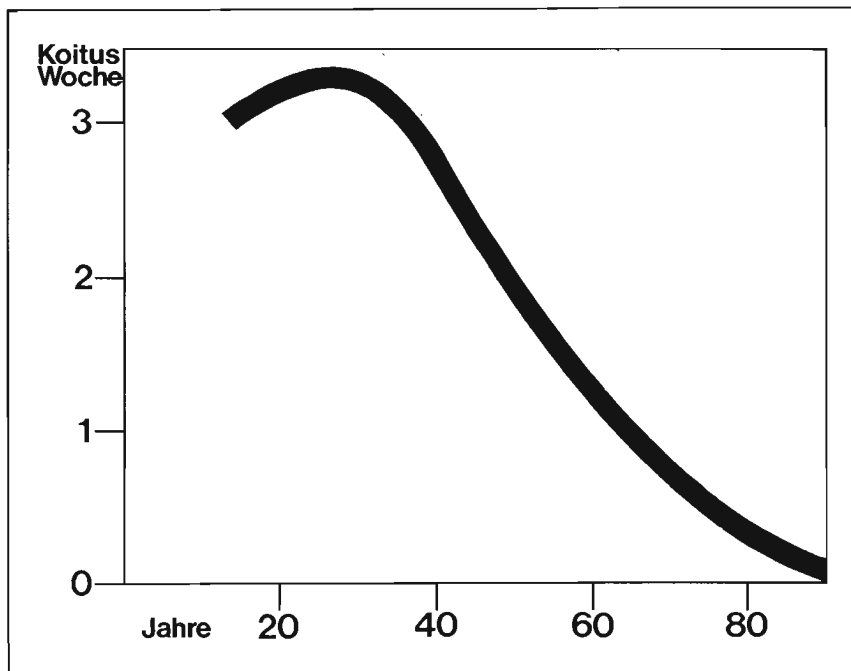


Abbildung 1: Die normale Koitusfrequenz in Abhängigkeit vom Lebensalter (nach Kinsey)

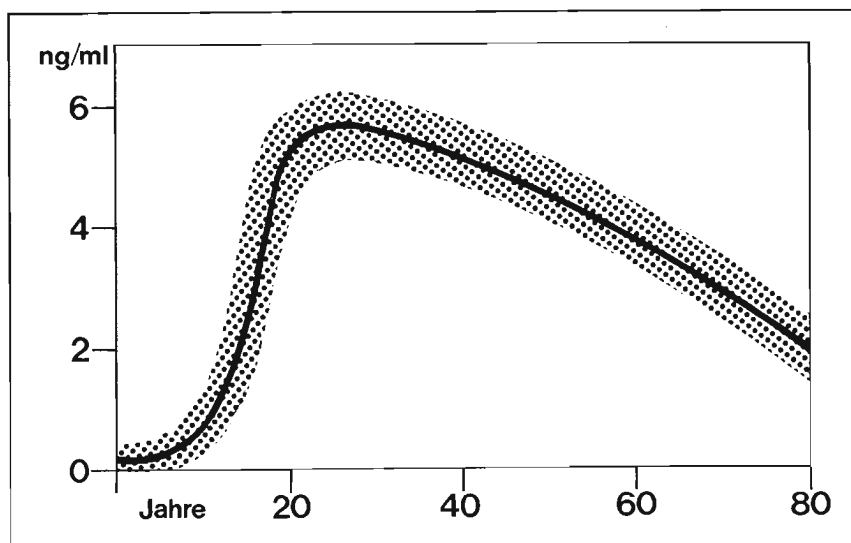


Abbildung 2: Männlicher Plasmatestosteronspiegel in Abhängigkeit vom Lebensalter (nach Frick)

Tabelle 5: Proportionale Verteilung der am häufigsten verlangten Aphrodisiaka

	HCG LH	HMG FSH	Testosteron od. Testes-Extrakt	Strychnin	Yohimbin	Psychoanaleptika Coffein Ephedrin usw.	Vitamine
Okasa	(30%)	+	+				+
Testoviron Proviron	(25%)		+				
Vitamin-Präparate	(15%)						+
Tonol Pasuma	(10%)		+	+	+	+	+
Testasa-e Titus Testigarant Testicomb Viracton Okabukal Repursan masc. Pergonal Pregnesin	20%)			+	+	+	+
			+		+	+	+
			+	+			
			+	+			
			+	+			
			+	+			
			+	+	+	+	+
			+	+			
			+	+			

+ = im Präparat enthaltene Substanz
% = prozentualer Anteil am Gesamtumsatz an Aphrodisiaka bei 30 befragten Apotheken aus dem Rhein-Main-Gebiet

Therapie

Das Angebot rezeptpflichtiger und freiverkäuflicher Medikamente zur Potenzsteigerung ist dem niedergelassenen Arzt in der Praxis meist bekannt. Verordnungen im Sinne des „ut aliquid fiat“ haben oft nur psychologische Berechtigung. In der Gruppe A, mit anzunehmender normaler hormoneller Ausgangslage, tragen Testosteronpräparate nur zur Steigerung der Kostenexplosion bei. Bei der Gruppe B ist mit zunehmendem Alter ein Nachlassen der Potenzen altersphysiologisch. Permanenter Streß bei Patienten mit überdurchschnittlichem beruflichen Einsatz, Nikotinabusus usw. sind zusätzliche potenzmindernde Faktoren. Wirklicher Urlaub mit völliger Entspannung, Milieuwechsel und intensive körperliche Betätigung führen meist zu einer Besserung. Die Potenz der früheren Jahre läßt sich aber nicht mehr erreichen. Die Ver-

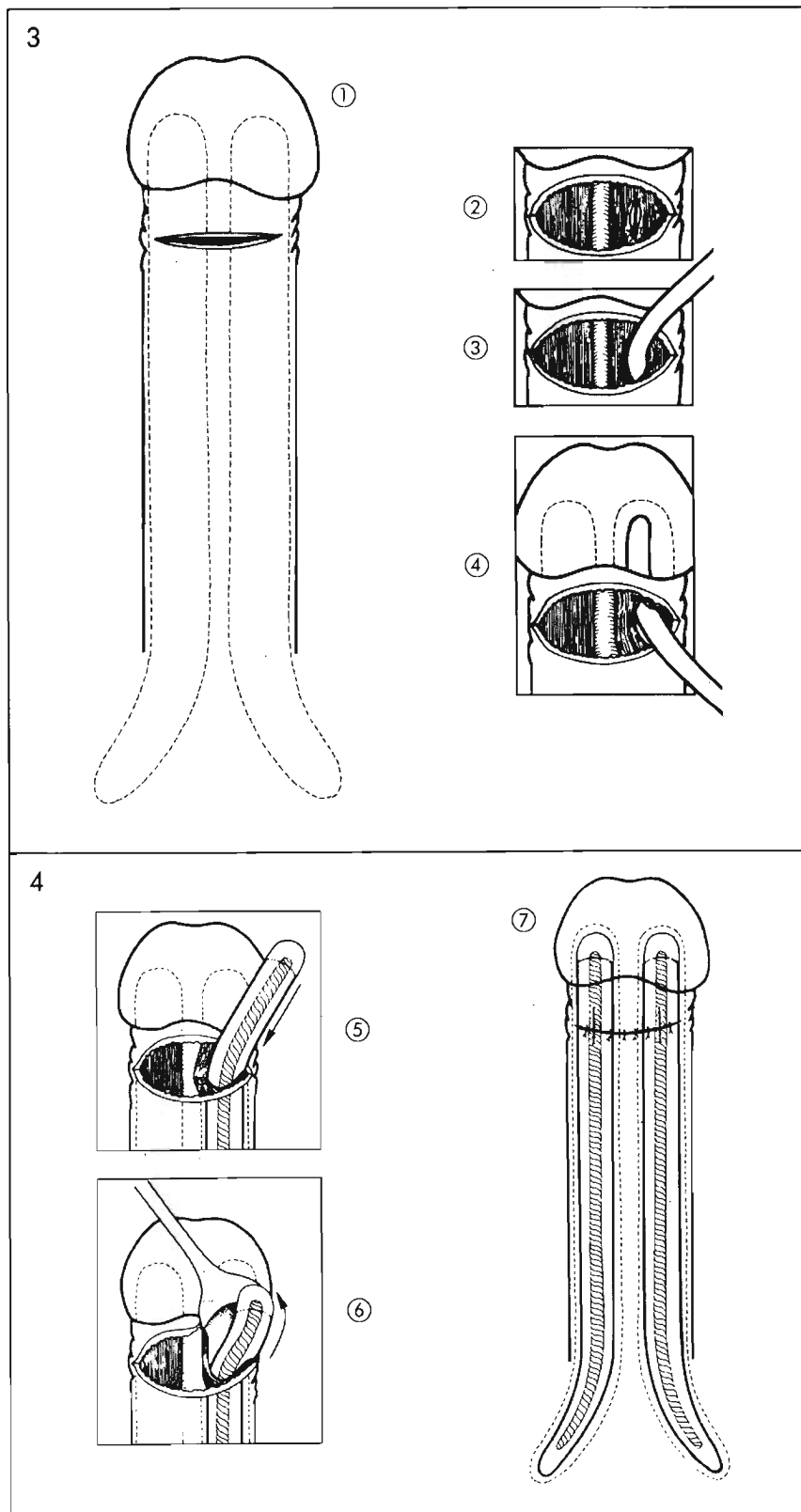
ordnung von männlichen Keimdrüsenhormonen, je nach Lage des Falles als Stoß- oder Langzeittherapie ist hier gegebenenfalls gerechtfertigt.

Im Schrifttum und in den Waschzetteln wird auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Kontrolle der Prostata hingewiesen, um einer potentiellen Begünstigung des Prostatakarzinoms vorzubeugen.

Tabelle 5 zeigt die prozentuale Verteilung der am häufigsten rezeptierten und verlangten Aphrodisiaka. Sie ist das Ergebnis einer Befragung von 30 Apotheken des Rhein-Main-Gebietes. LH releasing Hormone (3), denen nach Benkert eine potenzsteigernde Wirkung zukommt, wurden von den befragten Apotheken nicht abgegeben. Bezeichnend ist, daß 40 Prozent der Kunden die diensthabende Apotheke erst nach Ladenschluß aufsuchen. Ebenso verkauft der Dorfapotheker, der seine Kun-

den kennt, kaum Aphrodisiaka. Die Tagesbehandlungskosten liegen mit wenigen Ausnahmen zwischen 0,50 und 2 DM.

Hyperämisierende Maßnahmen wie Sitzbäder oder Massagen können im Sinn einer psychotherapeutischen Behandlung in die Therapie mit einbezogen werden. Erst wenn alle konservativen Therapieformen ausgeschöpft sind bei völlig erloschener, erektiler Potenz, kommt als Ultima ratio die Implantation einer Penisprothese in Frage. Ausschöpfung aller Therapieformen heißt nicht nur medikamentöse und operative Therapie der organischen Krankheiten, die zur Impotenz geführt haben, sondern auch konsequente Ausschöpfung aller psychotherapeutischen Behandlungsmethoden. Aus diesem Grunde ist auch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Urologen und dem Psychotherapeuten unerlässlich. ▷



„Wunder der Nacht“ sind durch anlegbare Prothesen, wie sie von Beate Uhse angeboten werden, wohl kaum zu erwarten. Aber auch die implantierbare Penisprothese ist kein vollkommener Ersatz. Der Patient muß sich darüber klar sein, daß mit dieser Prothese lediglich die erektile Impotenz behandelt wird, daß aber alle anderen Impotenzmerkmale qualitativ und quantitativ unverändert bestehenbleiben. Die Prothese dient überwiegend der sexuellen Befriedigung der Partnerin und kann so eine sexuelle Konfliktsituation zum Beispiel in einer gefährdeten Ehe lösen. Dies ist aber nur dann möglich, wenn die Prothese auch von der Partnerin akzeptiert wird, was vor der Operation durch ein Gespräch mit dem Arzt geklärt werden muß. Mitunter ist auch die Partnerin die treibende Kraft, die zur Protheseimplantation drängt.

Bei Patienten mit somatischen Defekten, Unfalltraumen, Querschnittlähmung, Zustand nach Operation eines Priapismus, neurogenen Störungen, Stoffwechselstörungen (zum Beispiel Diabetes mellitus) ist die Indikation zur Implantation einer Prothese medizinisch begründet und eine echte Bereicherung des therapeutischen Repertoires. Man sollte sich, um das zu verstehen, in die Situation eines jungen Mannes nach einem schweren Unfall hinein-denken, der möglicherweise den Rest seines Lebens mit diesem Defekt zubringen muß.

Die verschiedenen Indikationen zur Implantation einer Penisprothese ergeben sich aus Tabelle 4. Gelegentlich überschneiden sich psychogene und organische Ursache. Auch die psychogene Impotenz kann in seltenen Fällen, wenn die psychotherapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind, als Indikation zur Implantation einer Penisprothese gelten.

Zur Verfügung stehen zum Beispiel aufblasbare Penisprothesen nach Scott (15). Aus einem Flüssigkeitsreservoir unter der Rektusmuskulatur werden über ein in das Skrotum implantiertes Pumpventil zwei aufblasbare, in die Corpora cavernosa im-

Abbildungen 3 und 4: Implantation einer Silikon-Silber-Penisprothese nach Jonas, Operationstechnik. Eröffnung der Buckskins Faszie am Sulcus coronarius (1), (2), Bougierung nach proximal und distal (3), (4), Einführen der Prothese (5-7)

plantierte Schwellkörper aufgepumpt. Das vorher erschlaffte Glied wird dadurch erigiert, über dasselbe Ventil kann die Flüssigkeit aus den Schwellkörpern wieder zurück in das Reservoir gepumpt werden. Nachteil dieser Prothese ist die hohe Reparaturanfälligkeit (Ventildefekt, Löcher im Schlauchsystem, Zylinderrupturen). Dem Vorteil dieser Prothese, der Nachahmung der physiologischen Erektion, steht die mechanische Anfälligkeit gegenüber. Das Problem, diesen Prothesentyp zu vereinfachen und länger haltbare Materialien zu entwickeln, zeigt sich auch darin, daß die Prothese zur Zeit in Europa nicht hergestellt wird, sondern aus den USA eingeführt werden muß.

Aus den genannten Gründen bevorzugen führende urologische Kliniken derzeit Silikon-Silberprothesen (9, 10, 17) (Abbildungen 3 bis 5). Ein Silberdrahtgeflecht in den Prothesen hebt die Rückstellkraft des Silikon-Kautschuks auf und stabilisiert die Prothese in den verschiedenen, beliebig wählbaren Positionen. Diese von Jonas entwickelte Prothese bietet gegenüber der Scott-Prothese mehrere Vorteile:

- ① Einfachere Prothesenimplantation,
- ② Vergleichsweise geringere Kosten,
- ③ geringere Reparaturanfälligkeit.

Nachteile sind die ständige Erektion und der Spannungsdruck auf das Gewebe beim Anlegen der Prothese an den Körper.

Der Einbau der Prothese ist operationstechnisch einfach. Der Eingriff dauert etwa 45 min. Insbesondere bei Patienten mit Diabetes mellitus ist eine sorgfältige Blutzuckereinstellung erforderlich und eine Antibiotikaprophylaxe sinnvoll, da diese Patienten durch Wundheilstörungen besonders gefährdet sind.

Es sei nochmals betont, daß die Indikation zur Implantation einer Penisprothese sehr streng erfolgen muß. Vor allem muß der Patient, wie

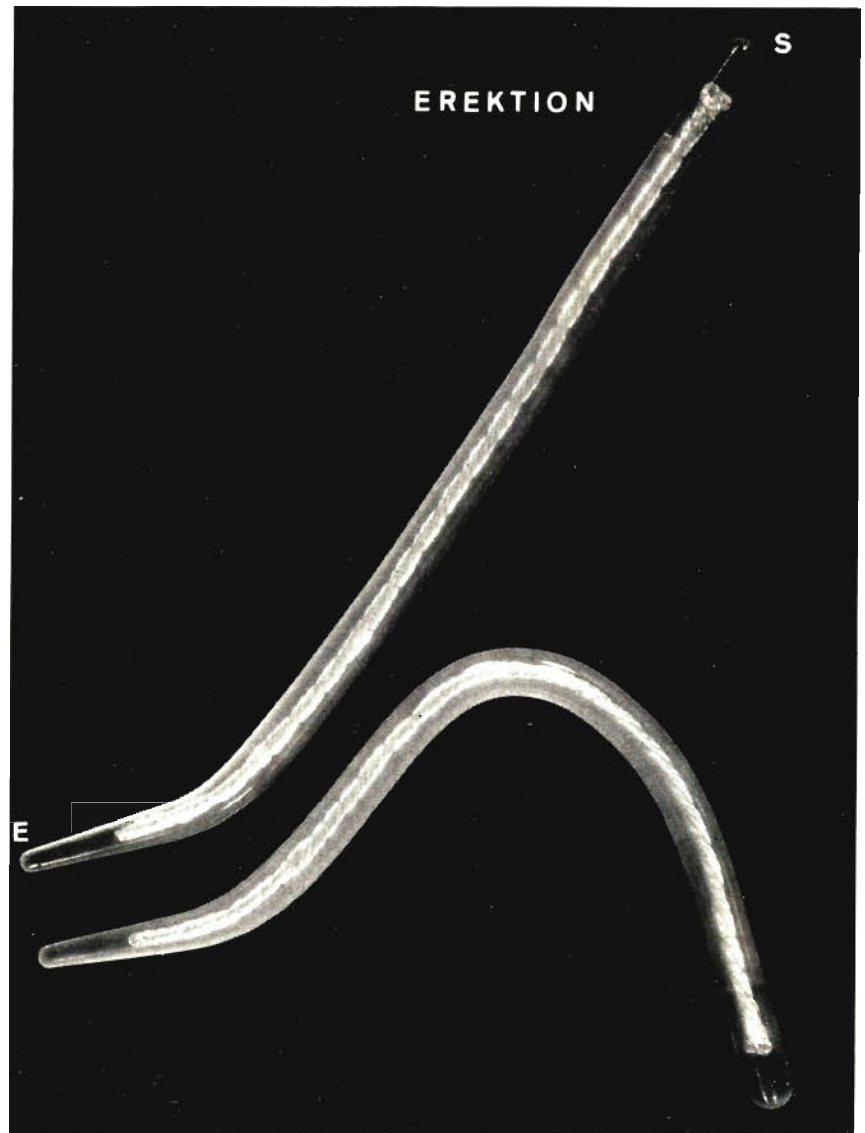


Abbildung 5: Silikon-Silber-Penisprothese, eingebettetes Silberdrahtgeflecht, Silikon an der Spitze (S) von weicherer Konsistenz, Ende (E) individuell kürzbar, Prothesen biegsam und stabilisierbar in jeder beliebigen Position; Prothesenlänge: Fünf Größen zwischen 16 und 22 Zentimeter. Prothesendicke: 9,5 und 11 Millimeter

schon gesagt, eingehend darüber aufgeklärt werden, daß durch die Implantation lediglich die erektile Impotenz behandelt wird.

Auffällig ist zur Zeit die Zunahme von Potenzstörungen bei der jüngeren Generation, meist aus den gehobenen Bevölkerungsschichten. Nach den Erfahrungen an einem großen andrologischen Krankengut aus der eigenen Poliklinik sind die Störungen in diesen Fällen in der Regel nicht organisch bedingt und

lassen sich oft im Gespräch klären. Gespräch ist gleich Zeit. Die Überweisung zum andrologisch versierten Dermatologen oder Urologen oder zu einem mit der Materie vertrauten Psychiater bleiben immer als Wege offen. Bei der eindeutigen Zunahme dieses Krankengutes sollte der niedergelassene Arzt aber übersehen, wann dieser Weg eingeschlagen werden muß und wo seine eigenen Möglichkeiten und Grenzen liegen. Wie bereits erwähnt, steht dem an der Thematik interessierten

Sexualmedizin

Arzt einschlägige wissenschaftliche Fachliteratur ausreichend zur Verfügung.

Als ärztlicher Normalverbraucher gewinnt man bei der Lektüre einschlägiger Artikel aus der Boulevardpresse gelegentlich den Eindruck, als werde das Gesamtproblem überbewertet und überinterpretiert. Es ist durchaus interessant zu erfahren, daß Master & Johnson den Ablauf eines Koitus in allen Phasen biotechnisch aufgezeichnet haben. Vergessen wird dabei, daß dieser Akt so alt ist, wie die Menschheit selbst und daß auch Erregungsphase und Herzklopfen (Steigerung der Pulsfrequenz und Blutdruckanstieg) keine besonders neuen Erkenntnisse sind. Auch die medizinischen Konsequenzen, die sich daraus zum Beispiel für das Sexualleben eines infarktgeschädigten Patienten ergeben, liegen auf der Hand, ebenso der ärztliche Hinweis, daß aktive und passive Möglichkeiten des GV wieder bestehen, wenn das akute Krankheitsgeschehen abgeklungen ist. Gerade aber Artikel dieser Art, die auch dem möglichen Patienten zugänglich sind, machen es für den Arzt wichtig, sich den Wissensstoff anzueignen, den er braucht, um dem Patienten den Beweis zu erbringen, daß „sein Doktor“ auch „davon“ etwas versteht.

Den Anlaß zu diesen Ausführungen gaben langjährige eigene Erfahrungen und Gespräche mit in der Fortbildung tätigen Kollegen. Wir sind der Ansicht, daß von der heutigen gesellschaftspolitischen Situation und damit vom Bedarf her die Sexualpathologie auch in der Ausbildung berücksichtigt werden sollte. Man benötigt dazu nicht in jeder Fakultät eigene Lehrstühle. Die medizinischen Disziplinen wie Gynäkologie, Dermatologie, Urologie und Psychiatrie sollten aber diesen Problemkomplex berücksichtigen und in einer für Klinik und Praxis praktikablen Form in ihre Lehrprogramme einbeziehen, um der Nachwuchsgeneration ein Grundwissen über diesen bisher sicher vernachlässigten Sektor auf den Weg in den beruflichen Alltag mitzugeben.

Durch den Wegfall traditioneller Tabus, durch seriöse Aufklärung und mindestens im gleichem Maße durch eine merkantilisierte Sexwelle hat die Sexualmedizin in Praxis und Klinik zunehmend an Bedeutung gewonnen. Angehörige aller Gesellschaftsschichten und Altersgruppen, früher gehemmt, suchen heute ihren Arzt mit Problemen der intimen Sexualsphäre auf und erwarten von ihm Rat und Hilfe. Helfen kann der Arzt aber nur, wenn er diese Ratsuchenden primär als Kranke ansieht und wenn er über einigige Grundkenntnisse verfügt. Nach einem Gespräch – für das er sich Zeit lassen muß – und nach einfachen Untersuchungen des Genitales kann der Hausarzt in der Regel schon entscheiden, ob psychische beziehungsweise psychosomatische Störungen, oder ob somatische Grundleiden vorliegen. Häufig genügt ein aufklärendes Gespräch, um psychogene Hemmfaktoren als Ursache der Impotenz zu eliminieren.

Die Überweisung zum Spezialisten – einem Psychotherapeuten mit Erfahrung in der Sexualmedizin oder zum urologischen Facharzt – sollte immer erst dann erfolgen, wenn die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Hausarztes erschöpft sind.

Kurz vor Drucklegung dieser Arbeit ging uns über einen interessierten Patienten der Werbeprospekt einer Privatklinik zu – Titel: Organische Impotenz und ihre Behandlung – in dem auf einen wissenschaftlichen Beitrag über die Penisprothetik im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT*) Bezug genommen wird. Rückfragen haben ergeben, daß die operative Einlage der in der zitierten Arbeit beschriebenen, unseres Erachtens inzwischen überholten flexiblen Prothese bei einem fünf- bis sechstägigen Klinikaufenthalt inklusive Mehrwertsteuer etwa 10 000 DM kosten soll, in einer anderen Klinik sogar 14 000 DM. Es scheint in diesem Zusammenhang erwähnenswert, daß an

*) Hasche-Klünder, R.; Bourmer, H.; Tudorin, Th.; Falge, P.: Impotentia coeundi – Aktueller Stand der chirurgischen Behandlung, DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 75 (1978) 2037 ff.

Kliniken, die den Eingriff bei geeigneter medizinischer Indikation routinemäßig durchführen, alle Kosten über den von der Krankenversicherung zu erstattenden Pflegesatz abgegolten werden.

Literatur

- (1) Abelson, D.: Diagnostic Value of the Penile Pulse and Blood Pressure: A Doppler Study of Impotence in Diabetics, *J. Urol.* 113 (1975) 636–639 – (2) Barry, J. M.; Hodges, C. V.: Impotence: A Diagnostic Approach, *J. Urol.* 119 (1978) 575–578 – (3) Benkert, O.: Sexuelle Impotenz, Springer-Verlag, Berlin (1977) – (4) Beutler, L. E.; Brantley, S.; Karacan, I.: Psychological Screening of Impotent Men, *J. Urol.* 116 (1976) 193–197 – (5) Boyarsky, R. E.; Boyarsky, S.: Urological and Behavioral Approach to the Treatment of Secondary Impotence, *J. Urol.* 119 (1978), 229–230 – (6) Datta, N. S.: Corpus Cavernosography in Conditions other than Peyronie's Disease, *J. Urol.* 118 (1977) 588–590 – (7) Eickenberg, H. U.; Amin, M.; Klompus, W.; Lich, R. jr.: Urology Complications Following Abdominoperineal Resection, *J. Urol.* 115 (1976) 180–182 – (8) Frick, J.: Darstellung einer Methode („Competitive Protein Binding“) zur Bestimmung des Testosteronspiegels im Plasma und Studie über den Testosteronmetabolismus beim Mann über 60 Jahre, *Urol. int.* 24 (1969) 481–501 – (9) Furlow, W. L.: The Current Status of the Inflatable Penile Prosthesis in Management of Impotence: Mayo Clinic Experience Updated, *J. Urol.* 119 (1978) 363–364 – (10) Jonas, U.: Silikon-Silber-Penisprothese, *Aktuelle Urologie* 9 (1978) 179–183 – (11) Kaden, R.: Allgemeine Pathologie der Sexualfunktionen, Deutscher Ärzte-Verlag (1980) – (12) Kinsey, A. C.: Sexual Behavior in the human male, Saunders-Verlag, London (1948) – (13) Moloney, P. J., Elliot, G. B., Johnson, H. W.: Experiences with Priapism, *J. Urol.* 114 (1975) 72–76 – (14) Persky, L.; Kursh, E.: Posttraumatic Priapism, *J. Urol.* 118 (1977), 397–398 – (15) Scott, F. B., Bradley, W. E.; Timm, G. W.: Management of erectile impotence. Use of implantable inflatable prosthesis, *Urology* 2 (1973) 80–82 – (16) Sigusch, V.: Therapie sexueller Störungen, Thieme-Verlag, Stuttgart (1980) – (17) Small, M. P.: Small-Carrion Penile Prosthesis: A Report on 160 Cases and Review of the Literature, *J. Urol.* 118 (1978) 365–368 – (18) Zohar, J., Meiraz, D.; Maoz, B.; Drust, N.: Factors Influencing Sexual Acticit after Prostatectomy: A Prospective Study, *J. Urol.* 116 (1976) 332–334

Anschriften der Verfasser:

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult.
Carl Erich Alken
Lagerstraße 33
6650 Homburg/Saar

Privatdozent Dr. med.
Gert Hutschenreiter
Urologische Universitätsklinik der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz
Langenbeckstraße 1
6500 Mainz