

# Erektile Dysfunktion – Impotenz

Zu den Beiträgen von Dr. med. Christian-Georg Stief und Mitarbeitern sowie Prof. Dr. med. Götz Kockott in Heft 18 vom 30. April 1987

## Ergebnis einer Umfrage in 260 Arztpraxen (Infratest 1986)

Im April/Mai 1986 führten wir bei 189 Praktikern und 71 Internisten eine mündliche Umfrage zum Thema „Potenzschwierigkeiten“ durch. Gefragt wurde nach der Anzahl der Patienten mit Potenzstörungen, dem therapeutischen Vorgehen sowie der Einstellung und dem Wissen zu dieser Erkrankung.

Im Durchschnitt sehen die befragten Ärzte drei Patienten mit Potenzschwierigkeiten pro Quartal. Hochgerechnet auf alle Praktiker und Internisten in der Bundesrepublik heißt dies, daß pro Quartal etwa 120 000 Patienten den Arzt aufgrund von Potenzproblemen aufsuchen. Drei Viertel der Ärzte warten hierbei ab, bis der Patient sein Anliegen schildert und sprechen gefährdete Patienten nicht von sich aus darauf an. Diejenigen Internisten und Praktiker, die Patienten mit Potenzstörungen haben, schätzen den Anteil organisch bedingter Erkrankungen auf 23 Prozent. Über ein Drittel ist der Meinung, daß bei keinem Patienten eine organische Ursache ausschlaggebend für die Potenzstörung ist.

Die Auffassung von der überwiegend psychogenen Impotenz steht in deutlichem Widerspruch zu Arbeiten wie der von Virag (1), der an einem größeren Kollektiv (n = 425) im Rahmen eines umfangreichen Untersuchungsprogrammes nachwies, daß 85 Prozent der Fälle erektiler Impotenz organisch bedingt sind. Sie entspricht eher der Veröffentlichung Wershubs (3), der 1959 fast alle Fälle mit Impotenz als psychogen verursacht sah. Dennoch werden auf die Frage nach Grunder-

## Bedeutung des Krankheitsbildes Impotenz für den niedergelassenen Arzt

krankungen, die zur Potenzstörung führen können, die wichtigsten organischen Krankheitsbilder (2) – Diabetes mellitus (von 70 Prozent), Arteriosklerose (von 22 Prozent), Hypertonie (von 19 Prozent) – und nur selten nicht-organische Erkrankungen – psychische Erkrankungen (von 16 Prozent), Streß (von 4 Prozent) – genannt.

Die Maßnahmen, die ergriffen werden, wenn ein Patient mit Potenzschwierigkeiten Rat sucht, sind folgende: 83 Prozent der Ärzte führen ein eingehendes Patientengespräch, 56 Prozent überweisen zum Facharzt und 34 Prozent beginnen eine medikamentöse Therapie (Mehrfachnennungen waren möglich). Die überweisenden Internisten und Praktiker schicken ihre Patienten in der Regel zum Urologen (72 Prozent); 21 Prozent überweisen direkt zum Psychiater.

Unter den Verordnungen zur medikamentösen Therapie dominieren die androgenhaltigen Präparate (60 Prozent). Ansonsten werden in der Hauptsache Tonika (Yohimbin und ähnliches) eingesetzt. Der Erfolg der Medikation ist eher gering einzustufen. 59 Prozent der befragten Ärzte geben an, nur in wenigen Fällen einen Therapieerfolg zu beobachten. Im Gegensatz zu den beschränkten therapeutischen Möglichkeiten steht die Einschätzung des Stellenwertes von Potenzproblemen

für den betroffenen Patienten. 59 Prozent der Praktiker und Internisten stufen die Potenzstörung als ein schwerwiegendes Problem ein.

Zusammenfassend stellt sich die Potenzstörung als Krankheitsbild dar, das in der Praxis des niedergelassenen Arztes sowohl von der Zahl der Patienten als auch vom Leidensdruck her einen nicht zu vernachlässigenden Platz einnimmt. Dieser Bedeutung wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt therapeutisch nicht ausreichend Rechnung getragen. Die tatsächliche Zahl der Männer mit Potenzstörungen wird sicher deutlich über der genannten Zahl von 120 000 liegen, da nicht zuletzt durch die Zurückhaltung der Ärzte mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist.

Zum Vergleich: Die Mayo-Klinik geht für die USA von mindestens 10 Millionen an Impotenz leidenden Männern aus (4).

### Literatur

- (1) Virag, R.: Impotence: A new field in angiology. *Inter Angio* 3 (1984) 217–220
- (2) Virag, R., P. Bouilly, D. Fryman: Is impotence an arterial disorder? *Lancet* 26th Jan (1985) 181–184
- (3) Wershub, L. P.: Sexual impotence in the male. Ch. C. Thomas Publishers; Springfield, Illinois (USA) (1959)
- (4) Mayo clinic health letter, no. 9, Sept. 1986, 1–9

Dr. med. Martin Zentgraf  
Barbara Iffländer  
Abt. Klinische Entwicklung  
Abt. Marktforschung  
Byk Gulden Pharmazeutika  
Byk-Gulden-Straße 2  
7750 Konstanz

### Schlußwort

Die Ergebnisse der Umfrage der Kollegen Dr. Zentgraf und Iffländer bestätigen unseren Eindruck: Das Verhalten der Ärzte bei der Erkennung, Beratung und Behandlung sexueller Funktionsstörungen hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht wesentlich geändert. Einen Fortschritt gilt es jedoch festzuhalten: Sexuelle Probleme werden realistischer, als den Patienten erheblich belastend, eingeschätzt, und entsprechend ist auch die Bereitschaft größer, den Patienten anzuhören. Die Angaben zur Häufigkeit sexueller Schwierig-

keiten decken sich mit den Daten anderer Erhebungen.

Auf das Problem Organogenese versus Psychogenese ist in dem Artikel von Herrn Kockott ausführlich eingegangen worden. Hier soll deshalb nur noch einmal betont werden: Ob jeder organopathologische Befund, erhoben bei Patienten mit Erektionsstörungen, auch die Ursache dieser Impotenz sein muß, erscheint fraglich. Hier sind Feldstudien notwendig: Wie häufig sind solche pathologischen Befunde ohne erektile Dysfunktion? Die SKAT-Methode, benutzt als Diagnostikum bei Verdacht auf vaskuläre Störungen, kann hier wahrscheinlich hilfreich sein. Ihre diagnostische Sicherheit sollte mit Hilfe anderer Methoden, zum Beispiel der nächtlichen Tumescenz- und Rigiditätsmessung, erhöht werden.

Vor der Therapie steht die Diagnose. Bei überwiegender Psychogenese der Erektionsstörung können beratende Gespräche ausreichend sein, öfters wird eine Psychotherapie notwendig werden. Eine Hormonbehandlung ist nur sinnvoll, wenn ein Androgenmangel besteht. Der therapeutische Anwendungsbereich der SKAT-Methode ist von Herrn Stief beschrieben worden. Es sollte bei diesen Indikationen bleiben. Zu groß ist die Gefahr, daß bei unkritischer Anwendung die tatsächlichen Ursachen übersehen und verschleiert werden. In letzter Zeit ist in der Diskussion, die SKAT auch bei vorwiegender Psychogenese anzuwenden, um den Teufelskreis der Versagensangst zu durchbrechen. Wir sind hier skeptisch: Insbesondere hat Herr Kockott erlebt, daß diese Patienten auf die SKAT-Methode fixiert blieben und sich nicht wieder davon lösten.

Dr. med. Christian-Georg Stief  
Urologische Abteilung  
Universitätsklinik Freiburg  
Hugstetter Straße 55  
7800 Freiburg

Professor Dr. med. Götz Kokott  
Psychiatrische Klinik  
und Poliklinik der  
Technischen Universität  
Möhlstraße 26, 8000 München 80

# Bösartige Knochengeschwülste: Fortschritte in der Behandlung

Zu dem Beitrag von  
Dr. med. Alfred Enderle  
und Mitarbeitern in  
Heft 1/2, 1987

## **Mitwachsender Fixateur**

Neben der dargestellten Borggreve-Plastik sollte nicht vergessen werden, daß es die Möglichkeit der Erhaltung des Beins durch einen osteosynthetisch eingesetzten „mitwachsenden“ Fixateur gibt, der gemäß dem Längenwachstum des gesunden Beins durch eine Art Schraubenübertragung wie beim Wagenheber das betroffene Bein verlängert, was in der Jugendzeit die doch erheblichen Nachteile einer Amputation vermeidet.

Wolfgang Lohmüller  
Arzt – Naturheilverfahren –  
Hafenstraße 48  
2850 Bremerhaven-Lehe

## **Ergänzungen**

Die Autoren berichten von dem fehlgeschlagenen Versuch im Rahmen der Studie COSS-82, bei ungenügendem Ansprechen des Primärtumors auf eine präoperative Behandlung die Heilungsaussicht solcher Patienten durch eine alternati-

ve postoperative Chemotherapie zu verbessern. Sie leiten daraus drei Forderungen ab, die erfüllt sein müssen, um präoperative Behandlungsansätze weiter zu verfolgen.

Die Autoren übersehen dabei, daß die Analyse des Tumoransprechens nach präoperativer Chemotherapie sowie die Modifikation der postoperativen Chemotherapie in Abhängigkeit vom Tumoransprechen Nebenprodukte und nicht Ziel der präoperativen Chemotherapie waren. Das ursprüngliche Ziel war ① Zeit zu gewinnen zur bestmöglichen Operationsvorbereitung einschließlich gegebenenfalls der Herstellung einer Endoprothese, ② frühestmöglicher Einsatz einer aggressiven Chemotherapie ungestört von Wundheilungsproblemen, wie nach primär definitiver Tumoroperation (1).

Trotz grundsätzlicher Risiken, die mit der Verzögerung der definitiven Tumoroperation verbunden sein mögen, hat sich weder in der Studie COSS-80 (2) noch in der Studie COSS-82 (3) ein Nachteil zu Lasten dieser Vorgehensweise bei Vergleich mit primär operierten, das heißt, in der Regel amputierten Patienten ergeben, die Vorteile hingewiesen bezüglich der Herstellung besserer operativer Voraussetzungen sind offenkundig.

Man mag an einen Übersichtsartikel im Deutschen Ärzteblatt nicht den gleichen kritischen Maßstab anlegen wie an eine Originalarbeit, und der Artikel von Enderle, Willert und Prindull hätte trotz seiner Mängel unwidersprochen bleiben können, wenn nicht der Eindruck erweckt worden wäre, die Behandlung von Osteosarkompatienten in Deutschland sei weniger erfolgreich