

4.3 Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox

Theodor Klotz

Zusammenfassung

Die erektile Dysfunktion (ED) und die Ejaculatio praecox (EP = vorzeitiger Samenerguss) sind die häufigsten männlichen Sexualstörungen. In den letzten 15 Jahren konnten weitreichende grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse für beide Störungen gefunden werden, sodass aktuell eine breite Wissensbasis über sie besteht. Die Therapie basiert auf Leitlinien mit hoher Erfolgsquote.

Die ED ist vor allem eine degenerative Erkrankung mit einer altersabhängigen Gesamtprävalenz von ca. 20% in den Altersklassen von 30–70 Jahren. Weiterhin kann eine ED von äußeren Einflüssen, unter anderem auch von psychischen Faktoren, beeinflusst werden. Der Leidensdruck der Patienten ist sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Situation des Betroffenen und der Partnerschaft ab. Ca. 80% aller Patienten mit ED lassen sich therapeutisch gut behandeln.

Bei der EP muss eine primäre und sekundäre erworbene Form unterschieden werden. Die primäre EP ist altersunabhängig und betrifft ca. 20% aller Männer. Es liegt nach gegenwärtigem Kenntnisstand eine Transmitterstörung des Serotoninstoffwechsels im zentralen Nervensystem zugrunde. Die sekundäre EP korreliert oft mit Begleiterkrankungen, hier vor allem mit der ED, und ist altersabhängig. Die Behandlung basiert auf verhaltenstherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen. Ähnlich wie bei der ED ist der Leidensdruck der Patienten sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Situation des Betroffenen und der Partnerschaft ab.

Summary: Erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (EP)

Erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (EP = premature ejaculation) is the most common male sexual dysfunction. Over the last 15 years fundamental understanding of both disorders has been reached, so that currently a broad knowledge base exists. The therapy is based on guidelines with a high success rate. The ED is primarily a degenerative disease with an age-dependent overall prevalence of about 20% in the age group 30–70 years. Furthermore, ED can be affected by external influences, inter alia by psychological factors. The psychological strain for the patients differs strongly and depends on the individual situation of the person concerned as well as of his partnership. Approximately 80% of the patients with an ED can well be treated. In EP a primary and secondary acquired form must be distinguished. The primary EP is independent of age and affects about 20% of all men. According to the current state of knowledge, it is based on a transmitter disorder of the serotonin metabolism in the central nervous system. The secondary EP-type depends on age and correlates very often with comorbidities, especially with the ED. The treatment is based on behavioral and pharmacological measures. Similar to the ED, psychological strain for the patients differs strongly and depends on the individual situation of the affected as well as of their partnership.

Definitionen

Der Begriff »Impotenz« oder (genauer) »erektiler Dysfunktion (ED)« wurde auf einer Konsensuskonferenz im Jahre 1993 folgendermaßen definiert:

»Eine erektile Dysfunktion liegt dann vor, wenn für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr dauerhaft (> 6 Monate) keine ausreichende Erektion erzielt und aufrechterhalten werden kann« [20].

Damit ist klar, dass *episodische Rigiditätsstörungen* (= nicht ausreichende Gliedhärte) noch *keine* eigentliche erektile Dysfunktion darstellen. Oder anders formuliert: Ein Mann, der nicht zu jeder Tageszeit und nicht an jedem Ort bzw. in jeder Situation eine zufriedenstellende Erektion zeigen kann, ist nicht impotent, sondern normal!

Die »Ejaculatio praecox (EP)« weist einige Besonderheiten auf. Dazu gehört, dass die Erkrankung durch Eigendiagnose erkannt und in ihrer Schwere von den Betroffenen subjektiv bewertet wird. Dabei wird die Symptomwahrnehmung stark durch die Kultur und sexuelle Traditionen der jeweiligen Gesellschaft geprägt. In der aktuellen Definition der International Society for Sexual Medicine (ISSM) aus dem Jahre 2008 handelt es sich bei der lebenslangen Ejaculatio praecox um eine sexuelle Dysfunktion beim Mann, die wie folgt charakterisiert ist.

»Eine Ejakulation, die immer oder fast immer vor oder innerhalb von etwa einer Minute nach Einführen des Gliedes in die Scheide erfolgt, mit Unfähigkeit zur Verzögerung der Ejakulation bei jeder oder fast jeder vaginalen Penetration und mit negativen persönlichen Folgen, wie etwa Leidensdruck, Ärger, Frustration und/oder die Vermeidung sexueller Intimität« [18, 19].

Erektile Dysfunktion

Prävalenz der erektilen Dysfunktion

Für Deutschland darf die von Braun et al. im Jahre 2000 publizierte Kölner Befragung als die aussagekräftigste Untersuchung zur Prävalenz der ED angesehen werden [1]. Durch diese erste umfassende deutsche epidemiologische Studie besteht für die Bundesrepublik Deutschland eine solide Datenbasis. Aus diesem Grund sollen die Ergebnisse dieser Studie hier ausführlich dargestellt werden. Eine repräsentative Stichprobe von 8.000 Männern im Alter zwischen 30 und 80 Jahren aus Köln wurde mittels eines neu entwickelten und validierten Fragebogens postalisch dreimal befragt. Neben der erektilen Funktion und Lebensqualität enthielt die Untersuchung Fragen zu Begleiterkrankungen, Miktionsstörungen und soziodemografischen Variablen. Sie ist damit bis heute maßgebend für die bundesdeutsche Situation.

Insgesamt antworteten 4.883 Männer (Antwortrate 61,1%), wobei 4.489 Fragebögen (56,2%) komplett auswertbar waren. Die Antwortrate ist ausreichend, um Aussagen über die Gesamtpopulation eines städtischen Gebietes zu erlauben. Das mittlere Alter der antwortenden Männer betrug 51,8 Jahre. Zwei Drittel der Männer (2.967 von 4.489=66%) waren verheiratet oder lebten in einer stabilen Beziehung, 21% der Männer waren alleinlebend ohne feste_n Partner_in. Ca. 13% lebten in Scheidung oder waren verwitwet, ohne Angabe zu einer festen Partnerschaft. Diese Daten entsprachen im Wesentlichen den städtischen bundesrepublikanischen (West-)Durchschnittswerten.

97% der antwortenden Männer aus der jüngsten befragten Altersgruppe (30–34 Jahre) und 63% aus der ältesten befragten Altersgruppe (70–80 Jahre) berichteten über eine regelmäßige sexuelle Aktivität (autoerotische Aktivitäten und Austausch von Zärtlichkeiten ohne Geschlechtsverkehr eingeschlossen). Obwohl die Häufigkeit von sexuellen Aktivitä-

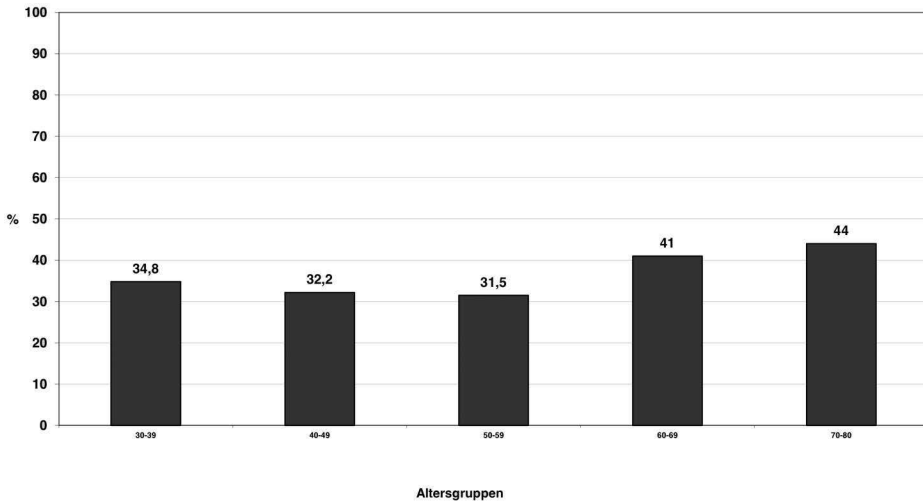


Abb. 1: Prozentualer Anteil der Männer, die in Abhängigkeit vom Alter mit ihrem Sexualleben unzufrieden sind [1]

ten in Abhängigkeit vom Alter abnahm, zeigte sich bei 81% der Männer zwischen 60–69 Jahren und 63% der Männer über 70 Jahren eine mindestens einmal wöchentliche sexuelle Aktivität. Zwischen 32% und 44% der antwortenden Männer waren allerdings mit ihrem Sexualleben unzufrieden, wobei sich keine Alterskorrelation erkennen ließ (siehe Abbildung 1). Die Unzufriedenheit mit dem Sexualleben korrelierte dabei nicht eindeutig mit der tatsächlichen erektilen Funktion.

Die Prävalenz der erektilen Dysfunktion betrug in der Kölner Studie über alle Altersklassen 19,2%. Es fand sich ein ausgeprägter altersabhängiger Anstieg von 2% auf 53% (siehe Abbildung 2). Der Anstieg war weitgehend linear in den Altersklassen zwischen 30–59 Jahren. In den höheren Altersklassen (>60 Jahre) zeigte sich ein exponentieller Anstieg der Prävalenz einer erektilen Dysfunktion. In der Altersklasse der über 70-Jährigen bestand bei über 50% der Befragten eine erektile Dysfunktion. Diese Daten wurden mittlerweile in mehreren internationalen epidemiologischen Studien und in einer Nachfolgestudie im Raum Köln mehrfach bestätigt [2].

Leidensdruck bei erektiler Dysfunktion

Eine Behandlungsindikation ergibt sich nur bei denjenigen Männern, die einen Leidensdruck bezüglich einer bestehenden Erektionsstörung aufweisen. In der Kölner Befragung zeigte sich, dass das Vorhandensein einer ED nicht gleichbedeutend mit einem vorhandenen Leidensdruck diesbezüglich ist. Dies hat für die Indikation zur Einleitung einer Therapie eine hohe Relevanz. Es zeigte sich, dass über alle Altersklassen nicht 20%, sondern nur ca. 9% aller (!) Männer behandlungsbedürftig sind, was freilich immer noch eine sehr hohe Anzahl darstellt. Weiterhin lässt sich sehr schön zeigen, dass die Altersgruppe der Höherbetagten (>70 Jahre) nicht besonders unter Erektionsstörungen leidet, obwohl in dieser Altersgruppe Erektionsstörungen naturgemäß sehr häufig sind (>50%).

Obwohl die Prävalenz von Erektionsstörungen über alle Altersklassen in der BRD ca. 20% beträgt, sind nur ca. 9% behandlungsbedürftig, da bei diesen Männern ein Leidensdruck besteht.

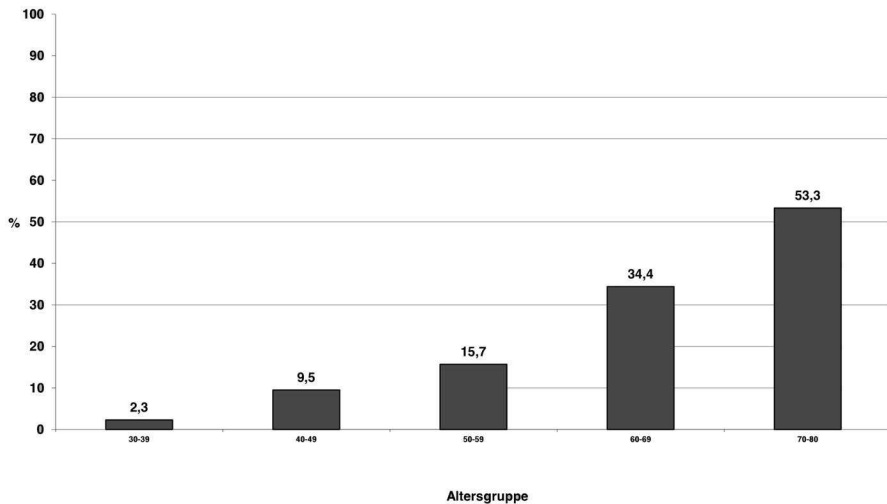


Abb. 2: Prävalenz einer erektilen Dysfunktion in Abhängigkeit vom Alter [1]

»Potenz« und Alter

In den letzten Jahren wird in den Medien häufiger über die Sexualität älterer Menschen berichtet. Es ist sicher richtig, dass dieses Thema aus der Tabuzone herausgeholt wird. Alte Menschen haben ebenso ein Recht auf sexuelle Befriedigung und Glück wie jüngere. Im Allgemeinen bleiben Männer, die in der Jugend sexuell aktiv waren, es auch im Alter. Ähnlich dem Kreislauf und der Muskulatur besteht auch bezüglich der Sexualfunktion ein »Trainingseffekt«. Die Art der Sexualität ändert sich jedoch meist mit zunehmendem Alter. Die Bedeutung des Koitus und der Penetration nimmt tendenziell ab und das Verlangen nach Berührung und Zärtlichkeit eher zu. In der täglichen Arbeit entsteht gelegentlich der Eindruck, dass ältere Männer sich durch die vermehrte öffentliche Diskussion des Themas unter Leistungsdruck setzen. Da es für ältere Menschen meist schwer ist, einen neuen Partner zu finden, bestehen Ängste, den endlich gefundenen Partner sexuell zu enttäuschen und wieder zu verlieren. Dies gilt umso mehr, wenn die Partnerin oder der Partner einige Jahre jünger ist.

Es ist »natürlich«, dass die körperliche Leistungsfähigkeit und damit auch die erektile Reaktionsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnehmen. Dies ist unter anderem auf die Verringerung der Elastizität der Schwellkörper und der Gefäße bei eventuell gleichzeitig bestehenden gefäßdegenerativen Veränderungen zurückzuführen. So ist zum Beispiel die Zeitdauer bis zur Ausbildung einer vollständigen Erektion verlängert. Das Vorspiel nimmt mehr Zeit in Anspruch. Manche Liebesstellungen sind aufgrund altersbedingter Gelenkveränderungen nicht lange durchführbar. Häufig tritt keine maximale Rigidität des Penis mehr ein (siehe Tabelle 1). Die Erektion, Ejakulation und das orgasmische Empfinden mögen im Alter gedämpft sein, jedoch spielen Harmonie und Innigkeit zwischen den Partnern eine größere Rolle. Manche ältere Paare berichten, dass sie befreit vom Leistungsdruck erst im Alter ihre sexuelle Erfüllung gefunden hätten [3, 4].

Erektionsstörungen als Symptom einer Grunderkrankung

Die Physiologie der Erektion muss als primär vaskulärer Vorgang verstanden werden, der ei-

Tab. 1: Veränderungen der sexuellen männlichen Reaktion im Alter [1]

Koitusfrequenz	vermindert
Zeitspanne bis zum Erreichen der max. Rigidität	verlängert
Penile Rigidität	vermindert
Ejakulationsreflexzeit	in der Regel verkürzt
Orgasmusintensität	individuell variabel
Refraktärzeit**	verlängert
Ejakulationsmenge	vermindert

** Erholungsphase

ner komplexen Regulation unterliegt (Kapitel 4.1.). Das Endothel (=Gefäßinnenhaut) spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Somit wird klar, dass alle Erkrankungen, die das Endothel und die vaskuläre Reagibilität betreffen, Einfluss auf das erektile Gewebe der Corpora cavernosa (=Schwellkörper) haben. Erektionsstörungen sind somit in der Regel Symptom einer endothelialen Dysfunktion und keine eigenständige Erkrankung. So konnte gezeigt werden, dass bei ca. 25% der Männer mit dem Primärsymptom erektile Dysfunktion ein latenter bisher nicht bekannter Diabetes mellitus bzw. eine Insulinresistenz vorliegt. In einer anderen Untersuchung unterzogen sich Männer mit einer ausgeprägten erektilen Dysfunktion und ohne jede kardiale Symptomatik einer Koronarangiografie. Auch hier wiesen ca. 30% dieser Männer eine relevante bisher unerkannte asymptotische Koronarstenose auf. Dies bedeutet, dass eine erektile Dysfunktion nicht selten als Frühmarker einer generalisierten endothelialen Erkrankung interpretiert werden kann, was entscheidende Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beratung haben muss. Eine reine »psychogene« Erektionsstörung stellt die Ausnahme dar (siehe auch Kapitel 4.1).

In der Zusammenfassung dominieren als Ursachen für eine ED organisch-degenerative Veränderungen (z. B. Arteriosklerose, Hypertonie, Diabetes, COPD), gefolgt von iatrogenen Einflüssen (z. B. Beckenchirurgie, medikamentöse Therapie) gefolgt von psychiatri-

schen Erkrankungen (Depression) [4, 5]. Die radikale Prostatektomie oder auch die Strahlentherapie eines Prostatakarzinoms beispielsweise führen sehr häufig zu einer ED. Dies spielt zwar epidemiologisch kaum eine Rolle, ist jedoch im Einzelfall für die ärztliche Aufklärung der Patienten und die Partnerschaft im Rahmen einer Tumorthherapie wesentlich.

Die penile Erektion gilt als »Wünschelrute« bezüglich der endothelialen Gesundheit des Gefäßsystems. Erektionsstörungen sind in der Regel Symptom einer Grunderkrankung.

Die gesundheitswissenschaftliche Dimension von Erektionsstörungen in der Altersklasse der 50–70-jährigen Männer für eine dringend notwendige männerspezifische gesundheitliche Emanzipation muss sehr hoch eingeschätzt werden, wie anhand der folgenden Überlegungen deutlich wird. Männliche Patienten mit Risikofaktoren einer beschleunigten vaskulären Degeneration stehen in der Regel einer Lebensstiländerung und/oder präventiven Medizin eher zurückhaltend gegenüber. Die Medien haben in den letzten Jahren dafür gesorgt, dass Erektionsstörungen und die Therapiemöglichkeiten zumindest teilweise enttabuisiert wurden. Somit stellen sich Patienten mit diesem Primärsymptom zunehmend früher ärztlich vor, da die erektile Funktion entscheidenden Einfluss auf das männliche Selbstbild hat und sich entsprechender Leidensdruck bei Betrof-

fenen aufbaut – damit kann sich über dieses Symptom quasi als »Vehikel« eine diagnostische Abklärung zum Beispiel der kardiovaskulären Situation und nachfolgend eine höhere Motivation für eine sinnvolle präventive Lebensstiländerung ergeben.

Ejaculatio praecox

Prävalenz der Ejaculatio praecox

Spezielle Bundesdeutsche Daten zur Prävalenz der EP liegen in größerem Ausmaß *nicht* vor. Die Gesamtanalyse ist bei der EP wesentlich komplexer als bei der ED. In der Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) – einer multinationalen, 29 Länder umfassenden Studie, in welcher 13.618 Männer im Alter von 40–80 Jahren persönlich, am Telefon oder durch Fragebögen zu ihrem Sexualverhalten befragt wurden – zeigte sich, dass 21,4% der befragten Männer von einer EP betroffen waren [6–8]. Dieses Resultat bezieht sich auf Männer, die angegeben hatten, dass im Jahr vor der Befragung Symptome einer Ejaculatio praecox aufgetreten waren. Interessant ist, dass in den untersuchten Regionen zum Teil erhebliche Abweichungen der Prävalenzraten beobachtet wurden, weil diese im Kontext unterschiedlicher kultureller, religiöser und politischer Einflussfaktoren zu interpretieren sind [9, 10, 11].

Die Ejaculatio praecox ist in jüngeren Altersgruppen (<60 Jahre) die häufigste Sexualstörung des Mannes [6, 7, 9–11]. Auch ältere Männer, wie eine neuere repräsentative Umfrage zu Sexualstörungen an 1.455 amerikanischen Männern im Alter von 57–85 Jahren bestätigte, weisen eine Häufigkeit der Ejaculatio praecox zwischen 21% und 29% auf [4, 7, 12].

In der Zusammenfassung ergibt sich damit eine Prävalenz der EP von ca. 20% aller Männer (!) gleichmäßig über alle (!) Altersklassen. Diese Prävalenz darf für die BRD

ebenfalls als realistisch angesehen werden. Damit ist eine altersdegenerative Ursache eher unwahrscheinlich. In einigen Arbeiten fallen bei den Prävalenzraten für Ejaculatio praecox hohe Werte in den Regionen Ost-Asien sowie Zentral- und Südamerika gegenüber vergleichsweise niedrigen Werten in der Region mittlerer Osten auf [8, 13, 14]. Die für die ostasiatische Region (China, Indonesien, Japan, Korea, Malaysia, Philippinen, Singapur, Taiwan und Thailand) ermittelte Prävalenz war 29,1%. In Zentral- und Südamerika (Mexiko und Brasilien) lag sie bei 28,3%. Und auch die Häufigkeit der vorzeitigen Ejakulation schien in Zentral- und Südamerika am größten zu sein. Die mit 12,4% niedrigste Prävalenz wurde für die Region mittlerer Osten dokumentiert. Diese Unterschiede in der Prävalenz können wahrscheinlich zum Teil durch den Stellenwert der weiblichen Sexualität in den jeweiligen Kulturkreisen erklärt werden. Beispielsweise stellen die mit der tantrischen Philosophie verbundenen Traditionen in Ost-Asien zum einen den weiblichen Orgasmus in den Mittelpunkt der Sexualität und betrachten zum anderen das Hinauszögern der Ejakulation als einen bedeutenden Bestandteil des sexuellen Aktes. Aus diesem Grund könnte ein zu früher Samenerguss von Männern in Ost-Asien häufig(er) als Problem wahrgenommen werden.

In den westlichen Industrieländern beschreibt die GSSAB Prävalenzraten der EP mit 20,7% (Nordeuropa) und 21,5% (Südeuropa) in einem eng umschriebenen Bereich. Die Gesamtprävalenz von 20,7% für Europa entspricht ziemlich genau der global ermittelten Prävalenz von 21,4%. Interpretiert man die männliche Ejakulation im Kontext der weiblichen Sexualität, so kann die unbelegte Vermutung aufgestellt werden, dass die Entwicklung der feministischen Bewegung in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts und die damit einhergehende Forderung nach einer für die Frau befriedigenden Sexualität seitdem zu steigenden Prävalenzen der Ejaculatio praecox geführt

hat. Ob die geringe Rate an Männern mit EP in den muslimisch geprägten Regionen den soziokulturellen und/oder genetischen Einflüssen zugrunde liegt, ist derzeit nicht zu eruieren.

Objektivierung einer EP – Ejakulat-Latenzzeit (IELT)

Zwar ist die Ejaculatio praecox ein subjektives Symptom und der individuelle Leidensdruck spielt eine große Rolle, dennoch gibt es objektive Parameter wie die intervaginale Ejakulations-Latenzzeit (IELT), die in Studien typischerweise von PartnerInnen mit einer Stoppuhr gemessen wird. Die IELT wird als Zeit vom Beginn des Eindringens in die Scheide bis zum Beginn der intravaginalen Ejakulation definiert. Zeitangaben im Rahmen der Definition einer ausgeprägten Ejaculatio praecox variieren zwischen 1–2 Minuten [14, 15, 16]. Eine Relevanz hat die IELT jedoch nur im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen insbesondere in Bezug auf die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie. In kontrollierten Studien wird daher als Zielkriterium die IELT gemessen.

Neurophysiologie der Ejakulation

Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand existiert ein spinaler Ejakulations-Generator, der die sensorischen Inputs koordiniert, die zur Ejakulation erforderlich sind. Folgende Neurotransmitter sind an der neuronalen Kontrolle der Ejakulation beteiligt:

- Serotonin (5-HT)
- Dopamin
- GABA (Gamma-Aminobuttersäure)
- Noradrenalin

Aufgrund der über alle Altersklassen weitgehend gleichen Prävalenz einer EP, kann eine Transmitterstörung im ZNS als mit ursächlich für eine EP vermutet werden. Hier gilt

Serotonin als der wichtigste an der Ejakulation beteiligte Neurotransmitter. Aus diesem Grund greifen medikamentöse Therapiekonzepte bezüglich der Ejaculatio praecox in den Serotonin-Stoffwechsel ein. Hier sind vor allem die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRE), die den Serotoninspiegel im synaptischen Spalt erhöhen, relevant. Weitere Therapieverfahren beruhen auf Verhaltenstherapien sowie auf lokalen medikamentösen Applikationen im Bereich des Gliedes (Lokalanästhetika vor Geschlechtsverkehr zur Reizleitungsverzögerung).

Co-Morbidität der Ejaculatio praecox – Sekundäre EP

Einige Arbeiten zeigen Informationen zu Co-Morbiditäten der Ejaculatio praecox [12, 13, 15, 16]. Hier wurde zunächst gezeigt, dass sich Männer mit dieser Erkrankung signifikant seltener in einem exzellenten oder sehr guten Gesundheitsstatus fühlen als gesunde Männer. Bei Männern mit Ejaculatio praecox bestand nach eigenen Angaben im Vergleich zu Gesunden eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein weiterer sexueller Dysfunktionen (z. B. Anorgasmie, geringe Libido, erektile Dysfunktion) und psychologischer Störungen (z. B. Depression, Angst, starker Stress). Dieser Zusammenhang war auch nachweisbar, wenn Männer mit erektiler Dysfunktion nicht berücksichtigt wurden. Es existiert eine Co-Morbidität der Ejaculatio praecox zur erektilen Dysfunktion.

Diese EP wird dann als *sekundäre EP* bezeichnet und betrifft eher ältere Männer. Typisch ist für diese Männer, dass sie sich beim Geschlechtsverkehr quasi »beeilen«, um aufgrund einer nicht adäquaten Erektionsdauer, dennoch einen Orgasmus zu bekommen. Die adäquate Therapie besteht bei diesen Männern dann in der Regel in einer Verbesserung der erektilen Funktion zum Beispiel über PDE5-Inhibitoren.

Wenige Männer mit Ejaculatio praecox suchen ärztlichen Rat

Die Rate der Männer, die wegen einer Ejaculatio praecox einen Arzt aufsucht, ist nach heutigen Erkenntnissen gering. In einigen Befragungen gaben lediglich 9% der Betroffenen an, dass sie mit einem Arzt über ihr Problem gesprochen hatten – noch weniger hatten einen Sexualmediziner aufgesucht. Mehr als die Hälfte der Männer, die wegen der Ejaculatio praecox keinen Arzt aufgesucht hatten, sagten, dass sie dies nie in Erwägung gezogen hätten. Ein Hauptgrund dafür ist offenbar, dass viele Männer sich davon keine echte Hilfe versprechen, sich schämen, über dieses Problem mit einem Mediziner zu sprechen, oder Angst davor haben, dass Sexualität seine Spontanität verliert. Eine Reihe von Männern versuchte über gängige Praktiken eine Besserung seiner Symptome zu erreichen. Genannt wurden das Einnehmen spezieller Positionen beim Geschlechtsverkehr, Ablenkungsstrategien, eine Unterbrechung der Stimulation, Masturbation sowie häufiger Geschlechtsverkehr.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich nur ein geringer Anteil der Männer mit Ejaculatio praecox in medizinische Behandlung begibt. Den meisten Männern mit dieser Erkrankung kann damit therapeutisch nur geholfen werden, wenn der Arzt das Thema in der Praxis aktiv anspricht und durch eine geeignete Gesprächsführung eine Öffnung des Patienten für die Thematik erreicht werden kann [13, 17]. Seit einigen Jahren existieren zugelassene medikamentöse Therapieoptionen (Dapoxetin), auf die jedoch an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll.

Fazit

Die Ejaculatio praecox und die erektile Dysfunktion sind die häufigsten Sexualstörungen des Mannes.

Die erektile Dysfunktion ist eine weitgehend altersabhängige Erkrankung. Die Gesamtprävalenz bei 30 bis 70-Jährigen beträgt ca. 20%. In den Altersklassen besteht jedoch ein unterschiedlicher Leidensdruck: Vor allem in den Altersklassen der 30 bis 60-Jährigen ist er relevant hoch. Dies bedeutet auf der anderen Seite, dass zwar in den höheren Altersklassen eine erektile Dysfunktion sehr häufig vorkommt, jedoch ein Leidensdruck eher seltener besteht und sich damit keine Behandlungsindikation ergibt. Entscheidend für die erektile Dysfunktion ist das Verständnis, dass es sich in der Regel um das Symptom einer Grunderkrankung handelt, sodass immer eine Umfelddiagnostik erfolgen sollte. Die häufigsten Grunderkrankungen sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Prostataerkrankungen etc.

Die Häufigkeit der Ejaculatio praecox über alle Altersgruppen beträgt ebenfalls ca. 20%. Es gibt soziokulturelle Unterschiede in der Häufigkeit einer EP und der subjektiven Interpretation bzw. des Leidensdrucks. Dies macht die Einordnung dieses Symptoms in einem individuellen Kontext erforderlich. Man unterscheidet eine primäre (lebenslange) Ejaculatio praecox von einer sekundären erworbenen Ejaculatio praecox. Vor allem die primäre Ejaculatio praecox ist nach gegenwärtigem Kenntnisstand durch Transmitterstörungen im ZNS zumindest mitbedingt. Hier greifen auch therapeutische Konzepte, die teils medikamentös, teils verhaltenstherapeutisch basiert sind. Eine EP kann über die Messung der intervaginellen Ejakulationslatenzzeit (IELT) zwar objektiviert werden, dies ist jedoch nur für wissenschaftliche Fragestellungen (z. B. Therapiestudien) sinnvoll. Betont werden muss, dass nur wenige Männer mit EP ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Empfehlungen für die Politik

- Zwar haben sich bezüglich der Männersexualstörungen (erektile Dysfunktion, Eja-

culatio praecox) deutliche Fortschritte in Diagnostik und Therapie ergeben, dennoch gelten Sexualstörungen immer noch als tabuisiert. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit nötig. Wesentlich ist, dass männliche Sexualstörungen eine Partnerschaft deutlich beeinflussen können und damit eine hohe Relevanz für die Lebensqualität aufweisen. Dies gilt auch für ältere Paare.

- Insbesondere bezüglich der erektilen Dysfunktion muss noch weitere Aufklärungsarbeit erfolgen. Diese ist sehr häufig Symptom einer Grunderkrankung und geht einer zum Beispiel kardiovaskulären Erkrankung ca. 2–5 Jahre voraus. Dies bedeutet, dass die erektile Dysfunktion unter anderem sehr gut im Rahmen von Vorsorgeprogrammen als Symptom (!) aufgenommen werden kann, die dann sekundär zu einer Ursachensuche führen.
- Auch die Forschung bezüglich der Ursachen einer EP ist – anders als die bereits weit fortgeschrittene Forschung zur ED – noch verbesserungsfähig. Hier besteht weiterer Grundlagenforschungsbedarf.

Literatur

- 1 Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: Results of the »Cologne Male Survey«. *Int J Impot Res.* 2000;12:1–7.
- 2 Rinnab L, Schrader AJ, Schrader M et al. Male sexuality in the elderly. *Urologe.* 2012;51:1399–1413.
- 3 Klotz T. Erektile Dysfunktion – Ein Leitfaden für die Praxis. Ratgeber. Bremen: Uni-Med Verlag; 2005.
- 4 Sperling H, Hartmann U, Weidner W, Stief CG. Erektile Dysfunktion – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt.* 2005;12:A1664–1669.
- 5 Jordan TB, Ernst R, Hatzichristodoulou G, Dinkel A, Klorek T, Beyrle C, Gschwend JE, Herkommer K. Paarsexualität 5 Jahre nach radikaler Prostatektomie. *Der Urologe.* 2015;54(10):1407–1413.
- 6 Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. *Int J Impot Res.* 2006;18 Suppl 1:S5–13.
- 7 Porst H, Motorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities and Professional Help-Seeking. *Eur Urol.* 2007;51(3):816–823.
- 8 Giuliano F, Patrick DL, Porst H, et al. Premature Ejaculation: Results from a Five-Country European Observational Study. *European Urology.* 2008;53:1048–1057.
- 9 Motorsi F. Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *J Sex Med.* 2005;Suppl 2:96–102.
- 10 Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigators Group. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17(1):39–57.
- 11 Carson CC, Glasser DB, Laumann EO, West SL, Rosen RC. Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: A United States nationwide population-based study [abstract]. *J Urol.* 2003;169(Suppl.4):321.
- 12 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA.* 1999;281:537–544.
- 13 Sommer F, Gerwe M. Behandlungsoptionen der Ejaculatio praecox: Schwerpunkt auf Dapoxetin. *Blickpunkt der Mann.* 2010;8(1):29–36.
- 14 Schmitges J, Sommer F. Ejaculatio praecox – das Mysterium einer Krankheit. *Blickpunkt der Mann.* 2006;4(3):29–35.
- 15 Waldinger MD, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer DH, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med.* 2005;2(4):492–497.
- 16 Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA, Mansani R, Magini A, Giommi R, Forti G, Maggi M. Psychobiological correlates of rapid ejaculation in patients attending to an Andrologic Unit for Sexual Dysfunctions. *Eur Urol.* 2004;46:615–622.
- 17 Sotomayor M. The burden of premature ejaculation: the patients perspective. *J Sex Med.* 2005;2(Suppl 2):110–114.
- 18 Giuliano F, Patrick DL, Porst H, La Pera G, Kokoszka a, Merchant S, Rothman M, Gagnon DD, Polverejan E; 3004 Study group. Premature ejaculation: results from a five-country European observational study. *Eur Urol* 2008; 53: 108–157.
- 19 Sommer F, Korda B, Mathers MJ, Klotz T, Fath R. Ejaculatio praecox. Bremen: Uni-med Verlag; 2010, S. 52–53.
- 20 NIK Consensus Conference 1993. Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion. <http://www.dgn.org/leitlinien/2422-II-82-2012-diagnostik-und-therapie-der-erektion-dysfunktion> (13.02.2017).

