A photograph of a middle-aged man with short, light-colored hair, smiling warmly at the camera. He is lying in bed, propped up on his elbows, wearing a light blue button-down shirt. In the background, a woman with long blonde hair is also lying in bed, smiling. The setting is a bedroom with a light blue wall and white bedding.

Erektionsstörungen:
Ursachen, Diagnostik und
Behandlungsmöglichkeiten

Eine Informationsbroschüre für alle, die mehr darüber wissen möchten

DEFINITION VON EREKTIONSSTÖRUNGEN

Sexualität ist ein sehr sensibles Thema. Damit es beim Mann zur Gliedversteifung (Erektion) kommt, muss das Zusammenspiel der vielfältigen körperlichen und seelischen Faktoren stimmen, die den Erektionsvorgang beeinflussen. Schon kleinere Abweichungen können den normalen Ablauf stören. Die Erektion kann sich verzögern, zu spät auftreten oder zu früh beendet sein. Sie kann unvollständig bleiben oder in bestimmten Situationen ganz ausbleiben.

Erektile Dysfunktion

Erektionsstörungen werden auch als „erektile Dysfunktion“ bezeichnet. Das bedeutet, dass der Mann eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr nötige Erektion nicht erreichen oder nicht lange genug aufrechterhalten kann. Das Ausmaß solcher Erektionsstörungen kann stark variieren – manche Männer haben nur ab und zu Schwierigkeiten, anderen wiederum ist gar kein Geschlechtsverkehr mehr möglich.

HÄUFIGKEIT VON EREKTIONSSTÖRUNGEN

Erektionsstörungen kommen sehr viel häufiger vor, als man meint: Allein in Deutschland haben mindestens 4 bis 6 Millionen Männer Erektionsprobleme. Weltweit beträgt die Zahl 152 Millionen, so die Schätzung der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit von Potenzschwierigkeiten. Während bis zum 40. Lebensjahr nur etwa jeder 100. Mann betroffen ist, erlebt im Alter zwischen 40 und 70 Jahren etwa jeder 5. eine Einschränkung seiner Erektionsfähigkeit. Eine Erektionsschwäche kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Bei gut 30 Prozent ist eine leichte Einschränkung der Erektionsfähigkeit vorhanden, bei rund 50 Prozent besteht eine mittelgradige Störung, und bei knapp 20 Prozent ist die Erektionsstörung vollständig ausgeprägt. Der Anteil mit vollständig ausgeprägter Erektionsstörung verdreifacht sich im Zeitraum zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr.

Jeder 5. Mann ab 40 hat in irgendeiner Form Erektionsprobleme.

URSACHEN VON EREKTIONSSTÖRUNGEN

Eine Vielzahl möglicher Ursachen kann zu einer erektilen Dysfunktion führen. Dazu zählen organische und seelische Faktoren ebenso wie Medikamente oder Drogen.

Organische Faktoren

Wichtige organische Ursachen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Schädigungen des Nervensystems

Zu den organischen Ursachen gehören vor allem Herz-Kreislauf-Krankheiten wie Durchblutungsstörungen oder Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Nerven-, Rückenmark- oder Hirnschädigungen, z.B. nach einem Unfall. Seltener liegt der Grund in einer Hormonstörung, z.B. einem Mangel an männlichem Sexualhormon (Testosteron). Schwere Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Leiden oder Nierenschwäche führen dabei durch Folgeerscheinungen an Nerven und Gefäßen zur Erektionsstörung. Gleiches gilt nach großen Operationen im Bereich von Blase, Prostata und Enddarm, z.B. nach einer Tumoroperation der Prostata (radikale Prostatektomie).

Medikamente, Drogen

Auch Nebenwirkungen mancher Medikamente sowie Alkohol, Nikotin und andere Drogen können Erektionsstörungen hervorrufen.

Seelische Faktoren

Heutzutage sind die Fachleute der Auffassung, dass in den meisten Fällen organische Gründe den Ausschlag für die Entstehung einer erektilen Dysfunktion geben. Aber auch seelische Faktoren haben einen wichtigen Einfluss. Oft wirken mehrere Störquellen in gegenseitiger Wechselwirkung und in unterschiedlichem Ausmaß zusammen. So etwa kann ein Diabetes mellitus zwar der Auslöser der Potenzstörung sein, durch hinzukommende seelische Probleme, etwa ein angeschlagenes Selbstwertgefühl, wird die Störung aber häufig verstärkt.

Seelische Faktoren können alleiniger Auslöser sein oder organisch bedingte Erektionsstörungen verstärken.

Erektionsstörungen, gleich welcher Ursache, können durch den immer wiederkehrenden Kreislauf aus Versagensängsten, Leistungsdruck und Vermeidungsverhalten chronisch werden. Dafür verantwortlich können sein:

1. eher „**oberflächliche**“ **Ursachen**,
z. B. durch überzogene Leistungsvorstellungen oder negative Stresseinflüsse
2. **partnerbezogene Ursachen**, als offene oder verdeckte Konflikte
3. tiefer verwurzelte **innerseelische Ursachen**,
z. B. Ängste oder Selbstwertprobleme

MÖGLICHE URSACHEN VON EREKTIONSSTÖRUNGEN

Organische Faktoren, z. B.

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
z. B. Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck
- Stoffwechselstörungen, z. B. Diabetes mellitus
- hormonelle Störungen,
z. B. Mangel an Testosteron, Überschuss an Prolaktin
- Erkrankungen oder Schädigungen von Nerven,
Rückenmark oder Hirnbereichen
z. B. Querschnittslähmung oder nach Schlaganfall
- Nerven- und Gefäßschädigungen nach großen tumor-
chirurgischen Operationen im Bereich von Prostata,
Blase oder Enddarm z. B. radikale Prostatektomie
- Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen

Nebenwirkungen von Medikamenten, z. B.

- blutdrucksenkende Medikamente
- Antidepressiva

Drogenkonsum, z. B.

- Alkohol
- Nikotin

Seelische Faktoren, z. B.

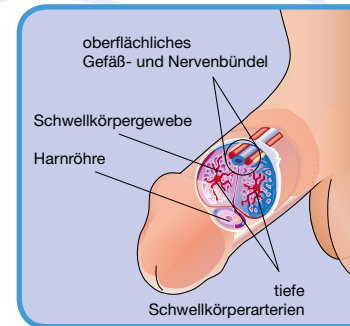
- Versagensängste
- Leistungsdruck, Stress
- partnerbezogene Konflikte
- Ängste, Selbstwertprobleme
- Depressionen

DIE NORMALE EREKTION

Bei einer vollständigen Erektion vergrößert sich der Penis und wird steif. Stimuliert wird die Erektion durch optische, Berührungs- und andere Reize oder durch erotische Phantasien und Erinnerungen. Sie kann aber genauso durch z. B. Angst oder Stress in erheblichem Maße gehemmt werden.

Für den Erektionsvorgang sind folgende Penisanteile besonders wichtig:

- zwei **Penisschwelkörper** (Corpus cavernosum), die nebeneinander an der Oberseite des Gliedes verlaufen
- die blutzuführenden **Penisarterien** und blutabführenden **Penisvenen**
- die **Bindegewebshülle**, die die Penisschwelkörper umhüllt



An der Unterseite des Penis befindet sich der Harnröhrenschwellkörper (Corpus spongiosum), in dem die Harnröhre verläuft und der als Eichel endet. Dieser Schwellkörper spielt für die Erektion nur eine untergeordnete Rolle.

Aufbau der Schwellkörper

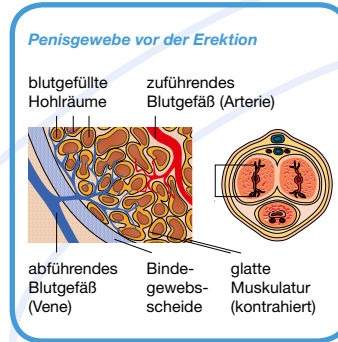
Die Penisschwellkörper sind wie ein „Schwamm“ aufgebaut. Sie enthalten unzählige kleine Hohlräume, deren Wände hauptsächlich aus glatten Muskelzellen bestehen. Diese Muskelzellen übernehmen eine zentrale Rolle bei Erektion und Erschlaffung des Penis, weil durch ihre Spannung und Nichtspannung die Blutfüllung der Hohlräume geregelt wird.

Spannung und Nichtspannung der Penismuskulatur regeln die Blutfüllung der Schwellkörper – und damit die Erektionsfähigkeit.

Gesteuert werden diese Vorgänge durch Nervenzentren im Rückenmark und Gehirn. Inmitten der Penisschwellkörper verlaufen zwei Schwellkörperarterien, die dem Penis Blut zuführen. Um die Schwellkörper herum befindet sich ein Geflecht aus blutabführenden

Penisvenen. Oberhalb des Penisschwellkörpers verläuft das oberflächliche Gefäß- und Nervenbündel.

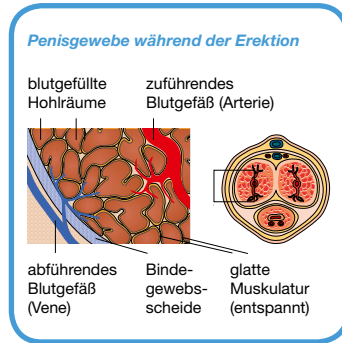
Im nicht erregten Zustand ist die Penismuskulatur in gespanntem Zustand. Dadurch fließt nur wenig Blut in die Schwellkörper, die Hohlräume sind praktisch leer und der Penis ist erschlafft.



Kommt es zu einer sexuellen Erregung, bewirken Nervenreize, dass sich die Penismuskulatur entspannt und das Gewebe sich aufdehnt. Aus den nun erweiterten Penisarterien kann kräftig Blut in die Hohlräume der Schwellkörper einströmen, was den Penis vergrößert.

Dabei steigt die Penisdurchblutung um ein Vielfaches an. Durch den erhöhten Druck werden zugleich die blutabführenden Penisvenen zugeedrückt, was den Blutabfluss drosselt. Blutfülle und Druck in den Schwellkörpern nehmen zu, der Penis wird groß und versteift sich.

Der Harnröhrenschwellkörper füllt sich in dieser Phase ebenfalls mit Blut, bleibt aber weich, damit beim Samenerguss (Ejakulation) der Transport der Spermaflüssigkeit funktioniert. Die Erschlaffungsphase setzt ein, wenn der Blutstrom abebbt und wieder vermehrt Blut über die Penisvenen abfließt.



DIE GESTÖRTE EREKTION

Der Erektionsvorgang ist ein Wechselspiel zwischen Bluteinstrom in den Penis, Erschlaffung der Schwellkörpermuskulatur und Blutabfluss, der vom Nervensystem gesteuert wird. Dieser Vorgang kann an jeder Stelle gestört sein. Im Folgenden werden die wichtigsten Mechanismen kurz erläutert:

Arteriell (zuführende Blutgefäße)

Am häufigsten liegt die Störung im Bereich der zuführenden Arterien. Gefäßverengungen oder Verletzungen der Arterien führen dazu, dass nicht mehr genügend Blut in die Schwellkörper einströmen kann. Dadurch wird der zur Erektion notwendige Druck nicht mehr erreicht oder aufrechterhalten. Eine Durchblutungsstörung macht sich in der Regel erst bemerkbar, wenn die Penisdurchblutung kräftig ansteigen muss, wie das nur bei der Erektion der Fall ist.

Die Gefäßverengungen können entweder im Bereich der Penisarterien selbst oder in vorgeschalteten Gefäßabschnitten liegen. In vielen Fällen ist die Ursache eine Athero-

Wichtige Risikofaktoren der Atherosklerose sind Rauchen, erhöhtes Bluthochdruck, Bluthochdruck und Diabetes mellitus.

sklerose. Manchmal ist eine Erektionsstörung sogar das erste Anzeichen dafür, dass eine Gefäßerkrankung vorliegt.

Venös (abführende Blutgefäße)

Liegt die Störung im Bereich der blutabführenden Penisvenen, kommt es zu einem verstärkten Blutabfluss aus dem Penis. Das macht eine ausreichende Erektion unmöglich („venöses Leck“). Ursachen können Fehlbildungen der Penisvenen sein oder Verletzungen. Auch ein altersbedingter Abbau der Schwellkörpermuskulatur kann dazu führen, dass der venöse Blutabfluss nicht mehr richtig gedrosselt wird.

Corpus cavernosum (Penisschwellkörper)

Veränderungen der Schwellkörpermuskulatur, z.B. durch altersbedingten Abbau, Fehlbildungen oder Verhärtungen, können die Fähigkeit zur Muskelschlaffung beeinträchtigen. Folgen sind eine unzureichende Blutfüllung und

ein vermehrter Blutabfluss aus dem Penis. Das Glied wird dann nicht mehr groß und steif genug. Dies nennt man „Corpus-cavernosum-Insuffizienz“.

Neurogen (nervale Schäden)

Verletzungen, Schädigungen oder Erkrankungen an Gehirn, Rückenmark oder Nervenbahnen können die nervöse Steuerung der Erektionsvorgänge beeinträchtigen. Zu den möglichen Auslösern gehören Hirnerkrankungen, Rückenmarksschädigungen, z.B. durch einen Unfall, aber auch Diabetes mellitus, der zu einer Schädigung von Nervenbahnen führen kann (diabetische Polyneuropathie).

Schäden am Nervensystem können Steuerungsprozesse der Erektion lahm legen.

Hormonell (Störung der Hormonregulation)

Ein Mangel an männlichem Geschlechtshormon (Testosteron) kann ebenso wie z.B. Störungen der Schilddrüse oder der Nebennieren die Regulation der Erektion stören.

Psychogen (seelische Ursachen)

Auch äußere Einflüsse, wie z. B. Stress, oder bewusste und unbewusste seelische Probleme, wie z. B. Angst, können die Erektion hemmen. Seelische Probleme verstärken häufig längere Zeit bestehende organisch bedingte Sexualstörungen.

Stress und Angst können erektionshemmend wirken.

UNTERSUCHUNGEN

Damit der Arzt eine speziell auf den Patienten abgestimmte Behandlung anbieten kann, ist es wichtig, dass zuvor eine möglichst genaue Diagnose gestellt wird. Dazu stehen dem Arzt verschiedene Untersuchungen zur Verfügung.

Arztgespräch und allgemeine Untersuchungen

Der erste Schritt ist das ausführliche Gespräch (Anamnese), gefolgt von einer körperlichen Untersuchung, bei der in der Regel auch die Genitalregion untersucht und der Blutdruck gemessen wird.

In dem Gespräch geht es zunächst um die persönliche Krankheitsgeschichte und den allgemeinen Gesundheitszustand. Der Arzt wird aber auch genau erfragen, wie sich die Erektionsstörung äußert und wie ausgeprägt sie erlebt wird.

Wichtige Fragen können sein:

- Wie lange bestehen die Erektionsprobleme, und sind sie plötzlich oder allmählich aufgetreten?
- Fehlt die Härte (Rigidität) bei der Erektion oder wird schon die optimale Größenzunahme (Tumeszenz) nicht erreicht?
- Wird der Penis zwar kurzfristig steif, erschlafft dann aber sofort wieder?
- Werden Erektionen während des Schlafens und beim Erwachen bemerkt?
- Verbessert sich die Erektionsfähigkeit in bestimmten Situationen, z. B. im Urlaub oder am Wochenende, mit verschiedenen Partnerinnen oder bei Selbstbefriedigung?

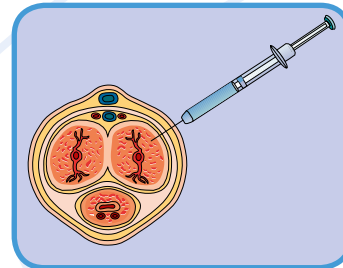
Der Arzt wird darüber hinaus wissen wollen, ob bestimmte Erkrankungen vorliegen, ob Operationen oder Unfälle vorgekommen sind, welche Medikamente eingenommen werden. Der Lebensstil liefert ebenfalls wichtige Hinweise.

Einige Blutuntersuchungen können erforderlich sein, so etwa die Untersuchung von Blutfetten, Blutzucker oder Testosteron.

Ergibt sich der Verdacht auf eine seelische Ursache oder Mitbeteiligung bei der Erektionsstörung, wird der Arzt gegebenenfalls einen besonders geschulten Psychologen oder Psychiater in die weiteren Untersuchungen einbeziehen.

Krankengeschichte, Lebensführung und Blutwerte können wichtige Hinweise auf die mögliche Ursache der Erektionsstörung geben.

Schwellkörper-Injektions-Test: SKIT



Wertvolle Informationen über die Durchblutungssituation (Bluteinstrom, Blutabstrom) des Penis und die Ausdehnungsfähigkeit der Schwellkörper ermöglicht der sogenannte Schwellkörper-Injektions-Test,

kurz: SKIT. Hierbei wird durch eine sehr feine Nadel ein erektionsauslösendes Medikament, z.B. Prostaglandin E1, in die Penisschwellkörper gespritzt. Die Injektion ist meist nicht oder nur gering schmerzhaft. Im Zusammenhang mit diesem Test ist es möglich, mit einer Ultraschalluntersuchung der Gefäße (Doppler- oder Duplexuntersuchung) den arteriellen Blutzuffluss im Penis sehr genau zu messen.

Seltene Spezialuntersuchungen

In wenigen Fällen kann es sinnvoll sein, auch den Blutabstrom, der über die venösen Gefäße erfolgt, mittels einer Druckmessung innerhalb des Schwellkörpers (Pharmako-Cavernosometrie) zu prüfen und mittels Ultraschall (Pharmako-Cavernosographie) zu dokumentieren. Eine Röntgenuntersuchung der blutzuführenden Penisarterien (Pharmako-Phalloarteriographie) ist nur sehr selten nötig.

In Einzelfällen können weitere Spezialuntersuchungen sinnvoll sein, die Aussagen über die Nervenleitung und die Reaktionsfähigkeit der Schwellkörpermuskulatur erlauben.

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Zwar sind Erektionsstörungen nur in bestimmten Fällen heilbar, doch lässt sich heutzutage praktisch jede Form der Erektionsstörung behandeln.

Allgemeines

Zunächst kann der Arzt prüfen, ob durch eine Änderung einer eventuell bestehenden Medikation (z. B. mit einem Blutdrucksenker) die Erektionsstörung günstig beeinflusst werden kann.

Der Patient kann zudem mit einer gesünderen Lebensweise dazu beitragen, Erektionsprobleme zu bessern. Positiv können sich insbesondere der Verzicht auf das Rauchen, die Reduktion des Alkoholkonsums und mehr körperliche Bewegung auswirken.

Medikamente

Bei Erektionsstörungen mit noch nicht sehr ausgeprägter Veränderung an Blutgefäßen und Nerven kann dann in erster Linie eine Behandlung mit bestimmten Medikamenten, sogenannten PDE-5-Hemmstoffen, sinnvoll sein. Die PDE-5-Hemmstoffe wurden ausführlich in Studien untersucht, die eine hohe Wirksamkeit und Verträglichkeit bestätigt haben.

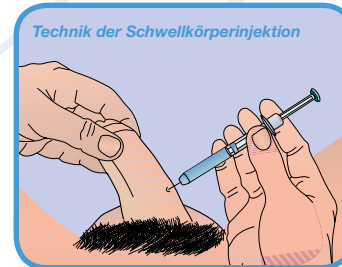
Hormonale Störungen sind selten Ursache von Erektionsproblemen. Ein Mangel an Testosteron (männliches Sexualhormon) kann jedoch erfolgreich medikamentös behandelt werden.

Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie: SKAT

Die Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie (SKAT) zeigt ebenfalls eine hohe Wirksamkeit. Sie ist bei circa 80 Prozent der Patienten mit Erektionsstörungen erfolgreich. Nach entsprechender Anleitung und Dosiseinstellung lernen die Patienten, sich selbst eine sehr feine Kanüle seitlich in den Penis (durch die Schwellkörperwand hindurch) zu stechen

und ein Medikament (z. B. mit der Substanz Prostaglandin E1) einzuspritzen.

Das Medikament wirkt entspannend auf die Schwellkörpermuskulatur und erweitert die blutzuführenden Penisgefäße. Dadurch kommt es zu einer vermehrten Blutfülle und damit zur Erektion. Die Erektion tritt 5 bis 15 Minuten nach der Injektion ein, und zwar unabhängig davon, ob der Mann sexuell erregt ist. So kann der Mann auch bei spontanem Wunsch Geschlechtsverkehr haben. Nach circa einer Stunde lässt die Wirkung in der Regel wieder nach.



Die SKAT-Therapie bietet eine sehr gute Alternative für die Patienten, die auf andere Therapieformen nicht ausreichend ansprechen, insbesondere bei ausgeprägter Erektionsstörung, wie sie z. B.

nach einer tumorchirurgischen Operation im Prostata- oder Blasenbereich auftreten kann, bei fortgeschrittenem Diabetes mellitus oder bei einer Querschnittslähmung.

Vakuum-Erektionshilfen

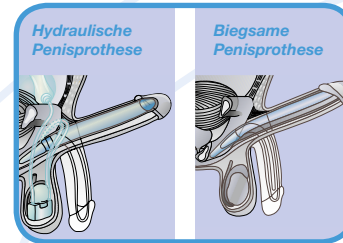
Die Vakuum-Erektionshilfe ist ein mechanisches Verfahren zur Behandlung von Erektionsstörungen. Dabei stülpt sich der Mann einen Plexiglaszylinder über den Penis. Mit einer Vakuumpumpe erzeugt er dann einen Unterdruck und saugt dadurch Blut in die Schwellkörper. Die so erzeugte Erektion wird nach Abnehmen des Plexiglaszylinders durch einen auf die Peniswurzel abgestreiften Gummiring erhalten. Sollten Patient und Partnerin mit dieser Behandlungsform zurechtkommen, stellt auch dieses Verfahren ein sinnvolles Konzept dar.

Operationen

Für bestimmte Patienten kommt unter Umständen zur Überbrückung eines Gefäßverschlusses im Bereich der für

den Penis wichtigen Arterien eine Art Bypass-Operation in Frage. Diese Methode ist jedoch meist nur bei einem isolierten Gefäßschaden erfolgreich.

Sollten alle anderen Behandlungsmethoden erfolglos bleiben, kann als letzte Möglichkeit die Einpflanzung eines Penisimplantats erwogen werden. Hierzu stehen heute eine Reihe von Produkten zur Verfügung, die sich in zwei Gruppen unterteilen lassen: biegsame, knickbare (semiridige) und mehrteilige aufpumpbare (hydraulische) Implantate. Mehr-



teilige hydraulische Implantate sind am besten in der Lage, den normalen Erektionsvorgang zu imitieren. Neben der Gefahr des technischen Versagens ist bei allen Implantaten ein Infektionsrisiko gegeben.

Sexualberatung / Sexualtherapie

Bei einem Teil der Patienten mit Erektionsstörungen stehen seelische oder partnerschaftliche Probleme im Vordergrund oder sie kommen bei organischer Ursache verstärkend hinzu. In diesen Fällen sollte ein entsprechend ausgebildeter Sexualberater bzw. -therapeut hinzugezogen werden. Auch bei Partnerschaftsproblemen, die erst infolge der Erektionsstörungen aufgetreten sind, ist eine Sexualberatung hilfreich. Sie kann schließlich auch bei Männern mit hauptsächlich organisch bedingter und behandelter Erektionsstörung zu einer Verbesserung des Gesamterfolgs beitragen. Deshalb ist häufig eine Kombination von Sexualberatung und medizinischer Behandlung sinnvoll.

Es ist übrigens nicht ausgeschlossen, dass eine Erektion im weiteren Verlauf wieder ohne Behandlung erfolgen kann. Das wiedergewonnene Selbstbewusstsein des Patienten kann den Teufelskreis von Versagensängsten durchbrechen und so wieder zu spontanen Erektionen führen. Die enorme seelische Belastung kann wegfallen, und viele Patienten finden zu ihrem erfüllten Liebesleben zurück.

DIE PARTNERIN EINBEZIEHEN

Erektionsstörungen sind kein ausschließliches Problem des Mannes. Abgesehen von der häufigen Beteiligung partnerschaftlicher Probleme an den Ursachen bleiben auch die Folgen der Erektionsstörung nicht auf ihn beschränkt.

Bereits vor Beginn weitergehender Untersuchungen sollte in einem gemeinsamen Gespräch Klarheit über die Behandlungsziele erreicht werden. Hier ist es wesentlich, auch die Wünsche und Vorstellungen der Partnerin zu berücksichtigen.

Die Bereitschaft der Partnerin, die jeweilige Behandlungsform im Rahmen der gelebten Sexualität positiv anzunehmen, ist für den Erfolg der Therapie einer Erektionsstörung mindestens so hilfreich wie die medizinische Wiederherstellung der Penisversteifung.

Deshalb ist es wichtig, dass die Partnerin auch die zur jeweiligen Behandlung gehörenden Verfahrensweisen genau

Ein offenes Gespräch klärt die Wünsche beider Partner und baut Hemmungen ab.

NOCH MEHR INFORMATIONEN FINDEN SIE
UNTER: WWW.MANN-INFO.DE



www.mann-info.de

Praxisstempel

Ein Service der **Pfizer Pharma PFE GmbH**



www.pfizer.de