

Eine Kooperation mit

der niedergelassene

arzt

cme

Institut für zertifizierte
medizinische Information
und Fortbildung e.V.

Fortbildung

Häufigste männliche Sexualstörungen – Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox

Professor Dr. T. Klotz, MPH

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 besteht. Die Therapie basiert auf Leitlinien mit hoher Erfolgsquote.

Die ED ist vor allem eine degenerative Erkrankung mit einer altersabhängigen Gesamtprävalenz von circa 20 Prozent in den Altersklassen 30 bis 70 Jahre. Weiterhin kann eine ED von äußeren Einflüssen, unter anderem auch psychischen Faktoren, beeinflusst werden. Der Leidensdruck der Patienten ist sehr unterschiedlich und hängt von der individuellen Situation des Betroffenen und der Partnerschaft ab. Rund 80 Prozent 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 circa 20 Prozent 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.



Sie können auch online teilnehmen unter www.der-niedergelasse-arzt.de/nc/cme
Bei Online-Teilnahme werden Ihre Punkte
direkt an die Ärztekammer gemeldet.

Definitionen

Der Begriff „Impotenz“ (besser **erektiler Dysfunktion** oder ED) wurde auf einer Konsensuskonferenz im Jahre 1993 folgendermaßen definiert:

„Eine erektiler Dysfunktion liegt dann vor, wenn für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr dauerhaft (> 6 Monate) keine ausreichende Erektion erzielt und aufrechterhalten werden kann.“

Damit ist klar, dass episodische Rigiditätsstörungen (= nicht ausreichende Gliedhärte) noch keine eigentliche erektiler Dysfunktion darstellen. Oder anders formuliert: Ein Mann, der nicht zu jeder Tageszeit und nicht an jedem Ort bzw. in jeder Situation eine zufriedenstellende Erektion „hinbekommt“, 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 (2008) der International Society for Sexual Medicine (ISSM) 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.“

Erektile Dysfunktion (ED)

Prävalenz

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. Die Prävalenz der erek-



tilen Dysfunktion betrug in der Kölner Studie über alle Altersklassen 19,2 Prozent. Es fand sich ein ausgeprägter altersabhängiger Anstieg von zwei Prozent auf 53 Prozent. Der Anstieg war weitgehend linear in den Altersklassen zwischen 30 und 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 Prozent der Befragten eine erektiler Dysfunktion. Diese Daten wurden mittlerweile in mehreren internationalen, epidemiologischen Studien und in einer Nachfolgestudie im Raum Köln mehrfach bestätigt.²

Leidensdruck bei ED

Eine Behandlungsindikation ergibt sich nur bei den 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 Prozent, sondern nur circa neun Prozent aller(!) Männer behandlungsbedürftig sind, was immer noch eine sehr

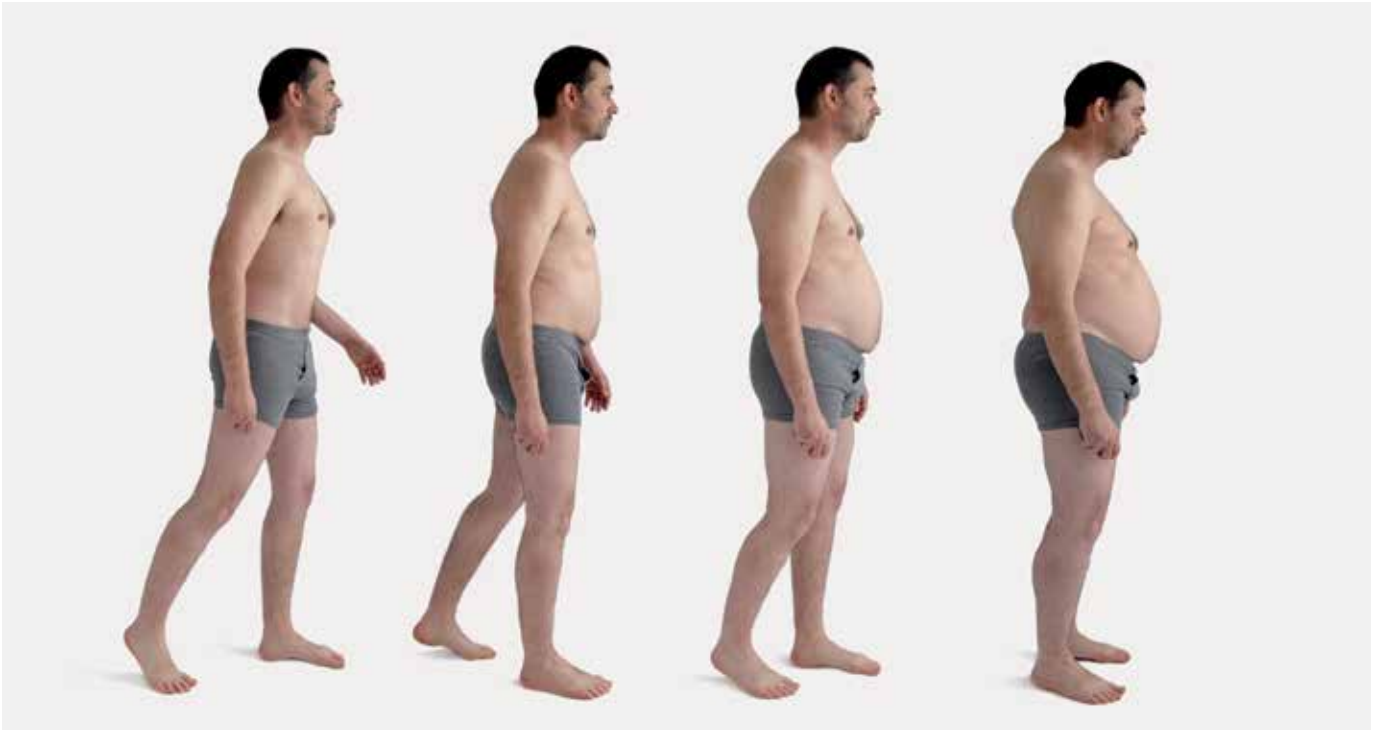
hohe Anzahl darstellt. Weiterhin lässt sich sehr schön zeigen, dass die Altersgruppe der Höherbetagten (>70 Jahre) nicht besonders unter Erektionsstörungen leidet, obwohl in dieser Altersgruppe Erektionsstörungen naturgemäß sehr häufig sind (>50%).

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

„Potenz“ und Alter

In den letzten Jahren wird in den Medien häufiger über die Sexualität des älteren 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.

Erektionsstörungen als Symptom einer Grunderkrankung

Die Physiologie der Erektion muss als primär vaskulärer Vorgang verstanden werden, der einer komplexen Regulation unterliegt. Das Endothel 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 haben. Erektionsstörungen sind somit in der Regel Symptom einer endothelialen Dysfunktion und keine eigenständige Erkrankung. So konnte gezeigt werden, dass bei rund 25 Prozent der Männer mit dem Primärsymptom erektile Dysfunktion ein latenter bisher nicht bekannter Diabetes mellitus bzw. Insulinresistenz vorliegt. In einer anderen Untersuchung unterzogen sich Männer mit einer ausgeprägten erektilen Dysfunktion und ohne jede kardiale Symptomatik einer Koronarangiographie. Auch hier wiesen circa 30 Prozent 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. 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 psychiatrischen Erkrankungen (Depression). 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 einer präventiven Medizin eher zurückhaltend gegenüber.

Therapie

Bis vor wenigen Jahren standen zur effektiven Behandlung der erektilen Dysfunktion nur die intracavernöse Injektionstherapie mit vasoaktiven Substanzen (z.B. Prostaglandin E1), Vakuumpumpentherapie und operative Verfahren (Prothetik) zur Verfügung. Dies hat sich zum Wohle der Patienten durch die orale Pharmakotherapie grundlegend geändert. Da die Spontanität der Sexualität bei einer oralen Therapie weitgehend unbeeinträchtigt bleibt, ist die Patientenakzeptanz im Gegensatz zur Injektions- oder Vakuumpumpentherapie hoch. Allerdings haben die Injektionstherapien bzw. Instillationstherapien mit vasoaktiven Substanzen, die Vakuumpumpentherapie und die Schwellkörperimplantate bei bestimmten Patientengruppen (z.n. Prostatektomie bei Prostatakarzinom, langjährige Diabetiker) bzw. bei Versagen der oralen Pharmakotherapie immer noch einen hohen Stellenwert.

In der Primärtherapie der ED sind die sogenannten PDE5-Inhibitoren Therapieoption der ersten Wahl. Der Wirkort dieser PDE5-Inhibitoren ist durch die Er-



kenntnisse der letzten Jahre wohldefiniert in den glattmuskulären Elementen des Corpus cavernosum zu finden. Die Entwicklung der PDE5-Inhibitoren hat die medikamentöse Behandlung der erektilen Dysfunktion zweifellos revolutioniert und ist im unselektionierten Patientengut bei etwa 60 bis 80 Prozent der Patienten erfolgreich. Eine kardiologische Abklärung/Kontrolle vor PDE5-Inhibitorenverschreibung ist sinnvoll. Kontraindikation ist die gleichzeitige Medikation mit NO-Donatoren (z. B. Nitrate, Molsidomin).

Ejaculatio praecox (EP)

Prävalenz

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 bis 80 Jahren persönlich, am Telefon oder durch Fragebögen zu ihrem Sexualverhalten befragt wurden, zeigte sich, dass 21,4 Prozent 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 Präva-

lenzraten 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 bis 85 Jahren bestätigte, weisen eine Häufigkeit der Ejaculatio praecox zwischen 21 Prozent und 29 Prozent auf.^{4,7,12}

In der Zusammenfassung ergibt sich damit eine Prävalenz der EP von circa 20 Prozent 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 Prozent. In Zentral- und Südamerika (Mexiko und Brasilien) lag sie bei 28,3 Prozent. Und auch die Häufigkeit der vorzeitigen Ejakulation schien in Zentral- und Südamerika am größten zu sein. Die mit 12,4 Prozent niedrigste Prävalenz wurde für die Region mittlerer Osten dokumen-

tiert. Diese Unterschiede in der Prävalenz können wahrscheinlich zum Teil durch den Stellenwert der weiblichen Sexualität in den jeweiligen Kulturkreisen erklärt werden.

In den westlichen Industrieländern beschreibt die GSSAB Prävalenzraten der EP mit 20,7 Prozent (Nordeuropa) und 21,5 Prozent (Südeuropa) in einem eng umschriebenen Bereich. Die Gesamtprävalenz von 20,7 Prozent für Europa entspricht ziemlich genau der global ermittelten Prävalenz von 21,4 Prozent.

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 den Partnern/ den 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 (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 am wichtigsten 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).

Ko-Morbidität der Ejaculatio praecox – Sekundäre EP

Einige Arbeiten zeigen Informationen zu Ko-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 Ko-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 einer Verbesserung der erektilen Funktion z. B. 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 neun Prozent 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 Ejacu-



latio 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.

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, 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 klassische altersabhängige Erkrankung. Die Gesamtprävalenz bei 30-70-Jährigen beträgt circa 20 Prozent. In den Altersklassen besteht jedoch ein unterschiedlicher Leidensdruck, vor allem in den Altersklassen der 30-60-Jährigen besteht ein relevanter Leidensdruck. 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 Bedeutung der erektilen 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 rund 20 Prozent. Es gibt soziokulturelle Unterschiede in der Häufigkeit einer EP und subjektiven Interpretation bzw. Leidensdruck. 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 Ejakulations-Latenzzeit (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.

Literatur beim Verfasser

Lernerfolg

Barcode-Etikett (oder EFN-Nummer)

cmi Institut für zertifizierte medizinische Information
und Fortbildung e. V.

Alte Ziegelei 2 – 4
51491 Overath

Bitte ausgefüllt faxen an: 02204/9731-111
oder per Post zurücksenden.

Bei Postversand bitte an der blauen Linie falzen.

Fragen zur strukturierten Fortbildung „Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox“

Es ist immer nur eine Antwort richtig. Schicken oder faxen Sie bitte nur den ausgefüllten Fragenbogen an die oben genannte Adresse. Bei 7, 8, 9 oder 10 richtigen Antworten schicken wir Ihnen das Fortbildungszertifikat „Erektile Dysfunktion und Ejaculatio praecox“ mit 1 cme-Punkt, welches Sie bitte an Ihre Kammer senden.

- 1. Wie hoch ist ungefähr der Anteil von Patienten mit einer erektilen Dysfunktion und Leidensdruck im allgemeinen Patientengut (Altersklassen 20 – 80 Jahre)?**
 - a) 5 Prozent
 - b) 20 Prozent
 - c) 40 Prozent
 - d) 60 Prozent
 - e) 80 Prozent
- 2. Was ist keine typische und häufige Begleiterkrankung/Ko-Morbidität für eine erektilen Dysfunktion?**
 - a) Akne, Hautausschlag
 - b) COPD
 - c) Koronare Herzkrankheit,
 - d) Diabetes
 - e) Z.n. radikaler Prostatektomie
- 3. Welche Aussage ist nicht richtig?**
 - a) Eine erektilen Dysfunktion tritt bei allen Männern älter > 60 Jahre auf.
 - b) Eine sporadische erektilen Dysfunktion gibt es häufig.
 - c) Eine erektilen Dysfunktion kann auf einem Hypogonadismus beruhen.
 - d) Eine erektilen Dysfunktion kann auf andere Erkrankungen hindeuten.
 - e) Eine erektilen Dysfunktion kann auch bei Patienten jünger < 30 Jahre auftreten.
- 4. Welche Aussage ist richtig?**
 - a) Bei KHK Patienten ist sexuelle Aktivität verboten.
 - b) Nach erfolgreicher Bypass-OP ist ein plötzlicher Herztod bei sexueller Aktivität häufig.
 - c) Patienten mit ED sollten kardiologisch abgeklärt/kontrolliert werden.
 - d) Patienten mit ED haben sehr selten einen Diabetes mellitus.
 - e) Die Prothetik ist Therapie der ersten Wahl bei ED-Patienten.
- 5. Welche Substanzgruppe stellt die orale medikamentöse Standardtherapie einer ED dar?**
 - a) β 1-Blocker
 - b) ACE-Hemmer
 - c) PDE5-Inhibitoren
 - d) Faktor-X-Antagonisten
 - e) Rankligand-Inhibitoren

! Arztadresse / Stempel

Interne Codierung

Frau

Herr

Titel/akademischer Grad

Vor- und Nachname

Straße

PLZ/Ort

Praxis-Telefon

-Fax

E-Mail-Adresse

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Datum/Unterschrift

Stempel

6. Was stellt eine absolute Kontraindikation für den Einsatz von PDE5-Inhibitoren bei einer erektilen Dysfunktion dar?

- a) Parallelmedikation mit Penicillin oder Cephalosporinen
- b) Parallelmedikation mit β -Blockern
- c) Parallelmedikation mit ACE-Hemmer
- d) Parallelmedikation mit sogenannten NO-Donoren, wie Nitraten oder Molsisdomin.
- e) Parallelmedikation mit Antidepressiva (SSRI)

7. Wie häufig ist eine Ejaculatio praecox (EP) in Mitteleuropa bei Männern zwischen 40–80 Jahren?

- a) 5–10 Prozent
- b) 20–25 Prozent
- c) 40–60 Prozent
- d) 70–90 Prozent
- e) Es existieren keine Untersuchungen zur Häufigkeit einer EP.

8. Wie viele Männer mit EP suchen ärztlichen Rat?

- a) 5–10 Prozent
- b) 20–25 Prozent
- c) 40–60 Prozent
- d) 70–90 Prozent
- e) Eine EP macht keinen Leidensdruck, daher ist ärztlicher Rat nicht erforderlich.

9. Was gilt nicht für die IELT (intravaginale Ejakulations-Latenzzeit)?

- a) Die IELT ist ein objektives Maß für eine EP.
- b) Die IELT erfolgt durch eine Stoppuhrmessung.
- c) Die IELT hat vor allem bei wissenschaftlichen Fragestellungen eine Bedeutung.
- d) Die IELT spielt in der hausärztlichen Beratung eine wichtige Rolle.
- e) Die IELT lässt sich durch Therapiemaßnahmen beeinflussen.

10. Welcher Neurotransmitter bzw. welches Hormon spielt für die Ejaculatio praecox keine Rolle?

- a) Serotonin
- b) Dopamin
- c) Noradrenalin
- d) Östradiol
- e) Gamma-Aminobuttersäure

Strukturierte interaktive Fortbildung (Neutralitätserklärung des Autors liegt vor.)

Bitte kreuzen Sie folgende Zahlen zur Bewertung an:

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend

1. Meine Erwartungen hinsichtlich der Lernziele und Inhalte des Fortbildungsbeitrags haben sich erfüllt.

- 1 2 3 4 5 6

2. Die Bearbeitung des Fortbildungsbeitrags hat sich für mich gelohnt, weil ich etwas dazugelernt habe.

- 1 2 3 4 5 6

3. Der Fortbildungsbeitrag hat Relevanz für meine praktische ärztliche Tätigkeit.

- 1 2 3 4 5 6

4. Bitte beurteilen Sie die didaktische Aufbereitung und die Güte der präsentierten Inhalte des Fortbildungsbeitrags.

- 1 2 3 4 5 6

5. Durch die Lernerfolgskontrolle wurde das erworbene Wissen in angemessener Weise abgefragt.

- 1 2 3 4 5 6

6. Bitte beurteilen Sie, ob produkt- oder firmenbezogene Werbung den Inhalt des Fortbildungsbeitrags beeinflusst hat.

- Beeinflussung feststellbar Keine Beeinflussung feststellbar

7. Wie sind Sie auf diesen Fortbildungsbeitrag aufmerksam geworden?

8. Wie viel Zeit in Minuten haben Sie für die Bearbeitung des Fortbildungsbeitrags benötigt?

- bis 10 11–20 21–30 31–40 41–50 51–60 über 61

9. Weitere Bemerkungen: