

Aus dem
Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
Der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**„Zu den Auswirkungen von Erektionsstörungen auf die
partnerschaftliche Zufriedenheit“**

Zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

Vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Maria Martha Schimek
aus Berlin

Datum der Promotion: 22.06.2014

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Erektile Dysfunktion und Erektionsstörung	2
1.2	Definitionen der Erektionsstörung	3
1.3	Über die Klassifikation der Erektionsstörung	4
1.4	Epidemiologie der Erektionsstörung	6
1.4.1	Massachusetts Male Aging Study (MMAS)	7
1.4.2	Kölner Studie	7
1.4.3	Berliner Männer-Studie	8
1.4.4	Unterschiede und Gemeinsamkeiten der vorgestellten Studien	9
1.5	Die Ätiopathogenese der Erektionsstörung	10
1.5.1	Somatische Ursachen	10
1.5.2	Intrapsychische und paarbedingte Ursachen	11
1.5.3	Partnerschaftliche Konflikte als Ursache und Folge der Erektionsstörungen	12
1.6	Die Auswirkungen von Erektionsstörungen	14
1.6.1	Die drei Dimensionen der menschlichen Sexualität	14
1.6.2	Die Bedeutung der Erektionsstörung für die partnerschaftsbezogene Lebensqualität	16
1.7	Die Therapie der Erektionsstörung	17
1.7.1	Der somatische Ansatz	18
1.7.2	Der psychosoziale Ansatz	18
1.7.3	Die syndyastische Sexualtherapie	19
1.8	Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes	20
2	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	22
2.1	Studienhypothesen	22
2.2	Untersuchungsfragen	23
2.3	Studienkonzeption	24
2.4	Forschungsinstrumente	27
2.4.1	„Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ – FSEV	27
2.4.1.1	Die für die Interviews modifizierte Form des FSEV	29
2.4.2	Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“	30

2.5	Statistische Auswertung	31
3	ERGEBNISSE	33
3.1	Allgemeine Angaben	33
3.2	Partnerschaftliche Entwicklung	38
3.3	Sexuelle Funktion	39
3.3.1	Erektionsstörung	40
3.3.2	Andere sexuelle Funktionsstörungen	43
3.4	Einstellungen und Erleben	47
3.5	Sexuelle Fortpflanzung	53
3.6	Ergebnisse des RSP	53
3.7	Ergebnisse der interferenzstatistischen Datenanalyse	56
4	DISKUSSION	59
4.1	Erektionsstörung und Lebensqualität	59
4.2	EDy vs. EDi	61
4.3	Die Bedeutung der Erektionsstörung für die Partnerin	63
4.4	Die Erektionsstörung – eine Problematik des Paares	64
4.5	Interpretation der Ergebnisse des RSP	65
4.6	Komorbidität bei Erektionsstörungen	67
4.7	Das besondere Patientenkollektiv	70
4.8	Partnerschaft als Ressource	73
5	ZUSAMMENFASSUNG	75
	LITERATURVERZEICHNIS	77
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	84
	TABELLENVERZEICHNIS	85
	EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	86
	LEBENS LAUF	87
	DANKSAGUNG	88

ABSTRAKT

Die Prävalenz von Erektionsstörungen schwankt in den großen Studien zwischen 17,8% und 52%, damit ist die Erektionsstörung die zweithäufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes. Die betroffenen Männer sind mit ihrem Sexualleben unzufriedener als nicht Erkrankte und geben seltener eine hohe partnerschaftsbezogene Lebensqualität an. Wie es um die partnerschaftliche Beziehungszufriedenheit derjenigen steht, die aufgrund ihrer Erektionsstörung professionelle Hilfe in einer andrologischen Sprechstunde suchen und ob es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit gibt, soll vorliegende Arbeit klären. Auch wurde untersucht, ob der Leidensdruck bezüglich der Erkrankung mit der Beziehungszufriedenheit in emotionaler Hinsicht korreliert ist.

Hierfür wurden in einem Zeitraum von sieben Monaten $n = 37$ Männer befragt, die die andrologische Spezialsprechstunde der Charité und des Klinikums am Urban aufgrund einer Erektionsstörung besuchten. Empirische Instrumente dieser sexualmedizinischen Querschnittfragebogenuntersuchung waren eine verkürzte Form des FSEV und der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“. Mittels Methoden der deskriptiven Statistik wurde die Studienpopulation detailliert beschrieben. Für die Überprüfung der aufgestellten Arbeitshypothese ($H_1 =$ es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit) wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall (Kendalls Tau) verwendet.

Die befragten Männer waren zwischen 33 und 76 Jahren alt, 34 der 37 Befragten lebten zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft. Nur $n = 4$ Männer waren mit ihrer Partnerschaft in sexueller Hinsicht ziemlich bis sehr zufrieden, demgegenüber gaben jedoch $n = 27$ Männer an, mit ihrer Partnerschaft in emotionaler Hinsicht sehr zufrieden zu sein. Der überwiegende Anteil der Hilfesuchenden lebte also in einer emotional stabilen Partnerschaft. Weiter wurde herausgefunden, dass mit zunehmendem Schweregrad der Erektionsstörung die partnerschaftliche Zufriedenheit in sexueller Hinsicht abnahm. Ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck der Erkrankung und der partnerschaftlichen

Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht konnte mathematisch nicht nachgewiesen werden.

Es ist bekannt, dass eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Sexualtherapie bei der Behandlung der Erektionsstörung erfolgversprechender ist als die alleinige Gabe von Medikamenten. Wenn nun, wie die vorliegende Studie belegen konnte, die meisten in einer andrologischen Sprechstunde Hilfe suchenden Männer eine hohe emotionale Beziehungszufriedenheit aufweisen, so sollte diese im Rahmen paarinterventioneller therapeutischer Bemühungen als Ressource stärker nutzbar gemacht werden.

ABSTRACT

The prevalence of erectile dysfunction reported in the larger studies varies between 17.8% and 52%. Accordingly, the erectile dysfunction is the second most sexual dysfunction related to men. The affected men are less satisfied with their sexual life than non-affected men and mention less often a high partnership-related life quality. This work elaborates on the partnership-related satisfaction of men who seek professional help in andrological consultation hours due to their erectile dysfunction as well as on the correlation between the severity of the disorder and the degree of partnership-related satisfaction. Another topic of the work was the question whether the psychological strain related to the disorder is correlated to the partnership-related satisfaction on an emotional level.

For this purpose we interviewed $n=37$ men over a period of seven months who visited the specialized andrological consultation hours at "Charité" (Berlin) and the "Klinikum am Urban" due to an erectile dysfunction. The survey was conducted via a cross sectional questionnaire which was based on an abbreviated version of the FSEV and the questionnaire "Ressources in Sexuality and Partnership". We described the population of the survey by means of descriptive statistics in detail. In order to challenge the working hypothesis (H_1 = the severity of the disorder is correlated with the in-partnership satisfaction) we used the rank correlation coefficient by Kendall (Kendall Tau).

The age of the participants varied between 33 and 76 years. 34 out of 37 participants lived in a permanent partnership during the survey. Only $n=4$ men stated that they are "quite" to "very much" satisfied with respect to their sexual life while $n=27$ men mentioned an emotional satisfaction related to their partnership. Thus, the majority of the help-seeking men lived in an emotionally stable partnership. Another result was a decreasing in-partnership satisfaction related to sexuality with increasing severity of the disorder. A connection between psychological strain and the partnership satisfaction related to the emotional level could not be found by mathematical means.

It is well known that a medicamentous therapy in combination with a sexual therapy is a more promising treatment of erectile dysfunctions than a medicamentous therapy alone. In conclusion and in accordance with the findings of the present study that most help-seeking men mentioned a high emotional in-partnership satisfaction, the partnership itself should be increasingly used as resource during the therapeutically treatment.

1 EINLEITUNG

Die Auseinandersetzung mit Erektionsstörungen ist – soweit sich das nachweisen lässt – möglicherweise so alt wie die Menschheit selbst. Ein sehr frühes Textzeugnis, das als Papyrus vorliegt, stammt aus dem Ägypten zur Zeit der Pharaonen. Hier wurde den betroffenen Männern ein Rezept an die Hand gegeben, das die "Schwäche des männlichen Gliedes" beheben sollte. Eine Salbe aus Bilsenkraut, Weide, Wacholder, Akazie, Christusdorn, Myrrhe, gelbem und rotem Ocker versprach den Betroffenen Linderung (1).

Die Erektionsstörung ist also eine schon lange bekannte und zudem recht häufige Erkrankung (vgl. 1.4), die gerade in den letzten Jahren – auch im Zusammenhang mit der Entwicklung von Sildenafil – zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt ist (2). Die öffentlichen Diskussionen über Sexualität haben in unserer leistungs- und erfolgsorientierten Industriegesellschaft zwar eine Liberalisierung bewirkt, aber auch neue Normen geschaffen, die meist im krassen Gegensatz zur Wirklichkeit stehen (3). Viele Männer haben allzu oft unrealistische und überzogene Vorstellungen darüber, „wie Sexualität zu sein hat“. Diese realitätsfernen Ansichten, auch als sexuelle Mythen bezeichnet, halten sich hartnäckig in den Köpfen der Menschen und führen nicht selten zu Verunsicherung und Versagensängsten (4).

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass nur weniger als 40% der Männer mit mäßiggradiger/ leichter Erektionsstörung ihre Partnerin¹ über eine Medikation mit PDE-5-Inhibitoren informieren. Nach wie vor ist für viele Männer eine Erektionsstörung demnach so belastend, dass sie sich ihrer Partnerin nicht anvertrauen (5).

Aufgrund dieser Unfähigkeit, innerhalb der Partnerschaft offen über sexuelle Probleme und Funktionsstörungen zu sprechen, kommt es nicht selten von Seiten der betroffenen Männer zu Vermeidungsverhalten. Wenn nun die Sexualität als wichtige Form zwischenmenschlicher bzw. partnerschaftlicher Kommunikation eingeschränkt ist, kann dies zu einer starken Belastung wesentlicher persönlicher

¹ Der Einfachheit halber bezieht sich der Begriff „Partnerin“ in der folgenden Schrift sowohl auf Männer als auch auf Frauen. Weiter ist damit stets eine erwachsene Person gemeint.

1 Einleitung

Bindungen führen. Hierbei spielen die oben erwähnten Versagens- und Erwartungsängste sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung der Erkrankung eine wesentliche Rolle (6).

Ein Zusammenhang zwischen Erektionsstörungen und partnerschaftsbezogener Lebensqualität ist bereits in verschiedenen Studien belegt worden, u. a. in der Berliner Männer-Studie (vgl. 1.4.3): Nur 50% der betroffenen Männer geben eine hohe partnerschaftsbezogene Lebensqualität an, bei den Nicht-Betroffenen liegt dieser Anteil bei 65,2% (7).

Ob und welche Auswirkungen hingegen die Erektionsstörung von Männern auf die partnerschaftliche Zufriedenheit hat, die aufgrund ihrer Erkrankung in einer andrologischen Sprechstunde aktiv Hilfe in Anspruch nehmen, soll vorliegende Arbeit klären.

1.1 Erektile Dysfunktion und Erektionsstörung

Zunächst einmal sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Begriff „erektile Dysfunktion“, der häufig in den Medien Verwendung findet, keinesfalls mit der Erkrankung, also der Erektionsstörung, gleichzusetzen ist. Vielmehr handelt es sich dabei um eine unklare Bezeichnung, da u.a. altersphysiologische Funktionsbeeinträchtigungen mit einem durch die Pharmaindustrie und durch gesellschaftliche Vorgaben gesteigerten Korrekturbedürfnis vermischt werden. Es bleibt also festzuhalten, dass nicht jede erektile Dysfunktion auch eine Erektionsstörung darstellt. Im Rahmen einer ausführlichen Sexualanamnese sind zur Differenzierung zwischen einer Funktionsveränderung und einer behandlungsbedürftigen Erkrankung demnach Informationen wie z.B. das Alter des Patienten, Rollenverständnis und Erwartungen an die eigene Sexualität einzuholen. Vor diesem Hintergrund ist weiter eine Einteilung in eine Funktionsstörung mit und ohne Leidensdruck besonders wichtig (vgl. 1.3).

In der medizinischen Fachliteratur werden die Begriffe erektile Dysfunktion und Erektionsstörung teilweise synonym verwendet, dies ist u.a. der Tatsache geschuldet, dass die englische Bezeichnung „erectile dysfunction“ häufig mit dem

1 Einleitung

Begriff „erektiler Dysfunktion“ übersetzt wird, obgleich damit die Erkrankung gemeint ist. Dies sollte im Folgenden, wenn nun die gebräuchlichsten Definitionen der Erektionsstörung vorgestellt werden, beachtet werden.

1.2 Definitionen der Erektionsstörung

In der sexualwissenschaftlichen Fachliteratur findet man mittlerweile zahlreiche Definitionen der Erektionsstörung. Eine ziemlich aktuelle Definition entstammt den europäischen Leitlinien zur erektilen Dysfunktion, hier ist die Erkrankung wie folgt definiert: Die erektiler Dysfunktion ist das anhaltende Unvermögen, eine Erektion zu erreichen und aufrecht zu erhalten, die für eine befriedigende sexuelle Aktion ausreichend ist (8).

In anderen Definitionen, wie z.B. in der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen der Deutschen Gesellschaft für Urologie aus dem Jahr 2001, finden sich häufig zusätzlich Angaben zur Mindestdauer der Störung. Hier heißt es: Die erektiler Dysfunktion beschreibt ein chronisches Krankheitsbild von mindestens sechsmonatiger Dauer, bei dem mindestens 70% der Versuche, einen Geschlechtsverkehr zu vollziehen, erfolglos sind (9). Ob solche zeitlichen Angaben in der Definition sinnvoll und hilfreich sind, wird unter den Experten kontrovers diskutiert. Auch die anzusetzende Dauer ist umstritten und schwankt in den verschiedenen Definitionen zwischen drei und sechs Monaten.

Eine weitere anerkannte und weithin gebräuchliche Definition entstammt der ISIR (International Society for Impotence Research): Als Erektionsstörung wird die anhaltende *oder* wiederkehrende Unfähigkeit bezeichnet, eine Erektion, die für eine befriedigende sexuelle Funktion ausreichend ist, zu erlangen *oder* aufrecht zu erhalten. Nach DSM-IV ist die zusätzliche Feststellung eines klinisch signifikanten Leidensdruckes beim Betroffenen erforderlich (10).

Um jetzt z.B. die Prävalenz der Erektionsstörung (vgl. 1.4) genau bestimmen zu können, ist eine klare und eindeutige Definition wichtig. Hierzu wurden verschiedene Fragebögen entwickelt, die die Definition der Erkrankung mittels spezieller Fragen

1 Einleitung

präzisierten. Die Kurzform eines bekannten Fragebogens, des *International Index of Erectile Dysfunction*, beinhaltet fünf Fragen mit jeweils fünf ordinalskalierten Antwortmöglichkeiten (11). Auch der FSEV – Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten – ist ein mittlerweile etabliertes und gängiges diagnostisches Instrument in der Sexualmedizin (vgl. 2.4.1).

Früher waren vor allem die Begriffe *Impotentia coeundi* - Unvermögen, den Beischlaf überhaupt oder in physiologischer Weise auszuführen (12) - und *Impotentia generandi* – Fortpflanzungsunfähigkeit, unterschieden werden Infertilität und Sterilität (12) - gebräuchlich. Aufgrund der negativen Komponente und Bedeutung des Wortes (*Impotentia* lateinisch für Unvermögen), sollte dieser Begriff durch die Bezeichnung Erektionsstörung ersetzt werden (13). Die zweitgenannte Erkrankung, die i.d.R. unter Laien nicht mit dem Begriff der Erektionsstörung in Verbindung gebracht wird, fällt nach aktueller Klassifikation nicht in den Bereich der sexuellen Funktionsstörungen, sondern wird nach ICD-10 zu den Störungen sexueller Reproduktion gezählt (14).

1.3 Über die Klassifikation der Erektionsstörung

Zunächst einmal wird zwischen primärer und sekundärer Erektionsstörung unterschieden: Wenn die Störung seit der Pubertät besteht, handelt es sich um eine primäre Erektionsstörung. Ist sie erst – nach anfänglich für die eigene Sexualität zufriedenstellenden Erektionen – eingetreten, bezeichnet man sie als sekundär.

Darüber hinaus kann man zwischen einer situativen, also einer nur in bestimmten Situationen auftretenden Erektionsstörung (nur bei speziellen sexuellen Praktiken, nur mit einem bestimmten Partner...) und einer generalisierten Form differenzieren. Bei dem globalen Typus kommt es stets zur Erektionsstörung, unabhängig von äußeren, situationsbezogenen Einflüssen.

Früher wurde weiter zwischen organisch und psychisch bedingter Erektionsstörung unterschieden. Diese Unterteilung ist heute zunehmend weniger gebräuchlich, da eine Erektionsstörung häufig das psychische Wohlbefinden des Erkrankten

1 Einleitung

beeinflusst. Wichtig ist daher, dass im Rahmen der Diagnostik sowohl die organischen als auch die psychischen Faktoren berücksichtigt werden (15).

Die erektile Funktionsstörung muss aber nicht immer auch mit Krankheitswert verbunden und damit behandlungsbedürftig sein. Aus diesem Grund ist eine weitere Differenzierung in

- a) *Erectile Dysfunction (Edy)* = Erektionsbeeinträchtigung ohne Leidensdruck und damit ohne Krankheitswert und
- b) *Erectile Disorder (EDi)* = Erektionsbeeinträchtigung mit Leidensdruck und damit mit Krankheitswert

sinnvoll (16).

Auch wenn, wie oben bereits erwähnt, eine strikte Trennung zwischen somatischen und psychischen Faktoren für die Entstehung und Unterhaltung der Erkrankung häufig nicht möglich ist, so bietet die an ätiologischen Konzepten angelehnte Klassifikation nach Lizza und Rosen (17) dennoch einen guten diagnostischen Ansatz: Die Einteilung gelingt häufig jedoch erst nach ausführlicher Diagnostik, hier kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Urologen, Neurologen, Internisten und Psychiatern eine besondere Bedeutung zu.

Die in Tabelle 1-1 dargestellte Klassifikation orientiert sich dabei am Modell der dualen Kontrolle sexueller Erregung von Bancroft und Janssen (18): Die Autoren stellen die Hypothese auf, dass es auf der einen Seite Männer gibt, die in den unterschiedlichsten Situationen nahezu automatisiert sexuell funktionieren, wohingegen auf der anderen Seite auch Männer existieren, deren Sexualität durch äußere Einflüsse vulnerabler und damit störungsanfälliger ist.

1 Einleitung

Organisch	Psychogen
1. Vaskulär <ul style="list-style-type: none">- arteriell- venös- gemischt	1. Generalisierter Typ <ul style="list-style-type: none">- Primärer Libidomangel- Altersabhängige Abnahme des sexuellen Interesses- Generalisierte Behinderung- Chronische Störung der Intimbeziehung
2. Neurogen	2. Situativer Typ <ul style="list-style-type: none">- Partnerbezogen- Situationsbezogen- Konfliktbezogen
3. Anatomisch	
4. Endokrin	

Tabelle 1-1: Klassifikation erektiler Funktionsstörungen nach Lizza und Rosen (17)

1.4 Epidemiologie der Erektionsstörung

Wie eingangs bereits erwähnt, ist die Erektionsstörung eine Erkrankung, die seit nunmehr einigen Jahrzehnten zunehmend Gegenstand medizinischer Forschung geworden ist. So erstaunt es nicht, dass mittlerweile einige Studien existieren, die die Prävalenz von Erektionsstörungen untersuchten. Was hingegen auffällt, ist, dass die Zahlen z. T. stark voneinander abweichen. Bei näherer Betrachtung ist dies allerdings nicht weiter verwunderlich, da die Ermittlung der Zahlen durch Faktoren wie beispielsweise der Art der Datenerhebung (Interview oder Fragebogen) oder auch aufgrund unterschiedlicher Definitionen der Erkrankung in der jeweiligen Studie starken Schwankungen unterliegt. Darüber hinaus scheint die Auswahl der Stichprobe ebenfalls Auswirkungen auf die Prävalenz zu haben (19).

1 Einleitung

1.4.1 Massachusetts Male Aging Study (MMAS)

Sehr ausführliche Daten bzgl. der Prävalenz von Erektionsstörungen wurden im Rahmen der Massachusetts Male Aging Study erhoben (20). In dieser Studie wurden Fragen hinsichtlich der Gesundheit und des Alterns gestellt, inklusive Fragen, die sich auf die sexuelle Aktivität und Funktion bezogen. Hier gaben 52% der Männer an, von Störungen der Erektionsfähigkeit betroffen zu sein: Bei 17% war die Funktionsstörung minimal, bei 25% moderat und bei 10% komplett. Weiter wurde herausgefunden, dass die Schwere der Erektionsstörung mit dem Lebensalter zunahm.

Wie in Tabelle 1-2 dargestellt, bezieht sich diese deutliche Altersabhängigkeit der Erkrankung aber nicht nur auf den Schweregrad sondern auch auf die Häufigkeit.

Altersgruppe	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre
Jährliche Inzidenz-Rate (Fälle/1000 Männerjahre)	12,4	29,8	46,4

Tabelle 1-2: Die Altersabhängigkeit der Erektionsstörung – Ergebnisse der Massachusetts Male Aging Study (21)

1.4.2 Kölner Studie

Im Rahmen der Kölner Studie wurde ein speziell für diese Befragung entwickelter Fragebogen eingesetzt, der Kölner Erfassungsbogen zur erektilen Dysfunktion, kurz KEED (22). Dieser Fragebogen wurde an eine repräsentative Stichprobe bestehend aus 8000 Männern zwischen 30 und 80 Jahren in Köln verschickt, 4489 ausgefüllte Fragebögen konnten ausgewertet werden: Bei 19,2% aller Männer konnte eine erektile Funktionsbeeinträchtigung festgestellt werden, aber nur rund ein Drittel dieser Männer (6,9% aller Befragten) gab einen Leidensdruck an. Wie in der MMAS konnte auch hier gezeigt werden, dass die Häufigkeit der Erektionsstörungen mit höherem Lebensalter zunahm (23).

1 Einleitung

Alter	30-39	40-49	50-59	60-69	70-80	Gesamt
Sexuell aktiv	96,0%	91,9%	88,7%	83,6%	71,3%	88,3%
Sexuell unzufrieden	34,8%	32,3%	31,5%	41,1%	44,0%	36,7%
Erektile Funktionsbeeintr.	2,3%	9,5%	15,7%	34,4%	53,4%	19,2%
Mit Leidensdruck	1,4%	4,3%	6,8%	14,3%	7,7%	6,9%

Tabelle 1-3: Prävalenz der Erektionsstörung – Ergebnisse der Kölner Studie (23)

Neben der Prävalenz der Erektionsstörung wurden in der Kölner Studie auch die wichtigsten Komorbiditäten ermittelt, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

1.4.3 Berliner Männer-Studie

Im Rahmen der Berliner Männer-Studie wurden zwischen August und November 2002 6000 Fragebögen an eine repräsentative Auswahl an Männern zwischen 40-79 Jahren verschickt. Im Vorfeld wurden jeweils zehn Jahre zu einer Alterskategorie zusammengefasst und so kamen auf jede der vier Altersgruppen (40-49, 50-59, 60-69 und 70-79 Jahre) 1500 Fragebögen. Die Rücklaufquote betrug 32%, d.h. es konnten 1915 Fragebögen ausgewertet werden (24). Da der Versand der Fragebögen über die Medien bekannt gemacht wurde, meldeten sich zusätzlich 155 freiwillige Teilnehmer, deren Ergebnisse allerdings wegen des sonst bestehenden Mangels an Repräsentativität im Rahmen unten genannter Ergebnisse nicht berücksichtigt wurden. Neben der Punktprävalenz der Erektionsstörung wurden im Rahmen dieser epidemiologischen Querschnittstudie auch Zusammenhänge zwischen der Erkrankung, dem Gesundheitszustand, dem Alter und der Lebensqualität untersucht. Berücksichtigt wurde hierbei ein Zeitraum von sechs Monaten. Eine Erektionsstörung wurde zum einen mit Hilfe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen - DSM-IV (25) - diagnostiziert. Die Studienteilnehmer mussten also auch einen mit der Störung einhergehenden Leidensdruck angeben, falls vorhanden (7). Zweitens mussten die Männer eine Selbsteinschätzung ihrer erektilen Funktion vornehmen. So ergab sich eine

1 Einleitung

altersadjustierte Gesamtprävalenz von 17,8%, wobei auch hier wieder eine deutliche Altersabhängigkeit festgestellt werden konnte:

Altersgruppe	40-49	50-59	60-69	70-79
Prävalenz	8,9%	21,1%	32,8%	50,6%

Tabelle 1-4: Die Prävalenz der Erektionsstörung in Abhängigkeit vom Alter – nach der Berliner Männer-Studie (7)

Weiter lieferte die Studie Ergebnisse über die partnerschaftliche Zufriedenheit bei an Erektionsstörung erkrankten Männern (vgl. 1.6.2).

1.4.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der vorgestellten Studien

Die Prävalenz der erektilen Funktionsbeeinträchtigung und Erektionsstörung schwankt in den vorgestellten Studien zwischen 17,8% und 52%. Trotz dieser Differenz gibt aber in allen Studien jeweils nur ein Bruchteil der betroffenen Männer an, unter der Funktionsbeeinträchtigung auch zu leiden. Noch weniger sind es schließlich, die gar einen Therapiewunsch äußern. Dies unterstreicht die Bedeutung der oben erwähnten Einteilung in EDy und Edi (vgl. 1.3). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass der Anteil der Männer, die bezüglich ihrer Erkrankung einen Behandlungswunsch äußern, zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen nahezu konstant ist, er liegt zwischen 27-33% (7).

Altersgruppe	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre
Behandlungswunsch	28%	33%	27%	31%

Tabelle 1-5: Prozentualer Anteil der an Erektionsstörungen erkrankten Männer mit Behandlungswunsch – Ergebnisse der Berliner Männer-Studie (7)

Eine weitere Übereinstimmung der Studien ist die Veränderung der Prävalenz in Abhängigkeit vom Alter: So verwundert es nicht, dass in der Literatur einheitlich das Lebensalter als stärkster Risikofaktor für Erektionsstörungen angegeben wird (26). Anzumerken sei an dieser Stelle erneut, dass im Alter nicht nur die Häufigkeit sondern auch der Schweregrad der Funktionsstörung zunimmt.

1 Einleitung

1.5 Die Ätiopathogenese der Erektionsstörung

Wie unter 1.3 beschrieben findet heutzutage eine Einteilung in organisch und psychisch verursachte Erektionsstörung nicht mehr statt, stattdessen wird weithin eine multifaktorielle Genese, also das Zusammenwirken vieler Faktoren, als ursächlich für die Erkrankung favorisiert. Zu diesen Faktoren werden sowohl solche aus dem somatischen als auch aus dem intrapsychischen und paarbezogenen Bereich gezählt. Die häufigsten Ursachen werden nun aufgeführt, wobei der partnerschaftlichen Dimension im Rahmen dieser Arbeit besonders viel Aufmerksamkeit zukommt.

1.5.1 Somatische Ursachen

Mittlerweile ist von verschiedenen Volkskrankheiten (Diabetes mellitus, Herz-Kreislaufstörungen, Hypertonie) bekannt, dass sie neben vielen anderen Symptomen auch mit einer Funktionsbeeinträchtigung der Erektion einhergehen können. So geben 50% der Patienten mit Diabetes mellitus an, auch von Erektionsstörungen betroffen zu sein (27). Dies ist mit eine Ursache für die relativ hohe Prävalenz der Erektionsstörung (vgl. 1.4) als auch einer der Gründe dafür, warum die Prävalenz mit höherem Lebensalter steigt (da auch die Häufigkeit oben genannter Erkrankungen mit höherem Lebensalter zunimmt). Weiter spielen in diesem Zusammenhang aber auch physiologische Alterungsprozesse, die auch den Sexualapparat betreffen, eine entscheidende Rolle (28). Auch neurologische und urologische Erkrankungen können zu Erektionsstörungen führen.

Ob Rauchen als Risikofaktor bei der Entstehung von Erektionsstörungen eine Rolle spielt, ist umstritten; Krause und Müller konnten hier im Rahmen einer klinischen Studie an Patienten, die wegen sexueller Funktionsstörungen eine andrologische Sprechstunde besuchten, keinen Zusammenhang beschreiben (29).

Schließlich existieren diverse Medikamente, insbesondere Antihypertensiva, Koronardilatoren und Psychopharmaka, die Erektionsstörungen verursachen können. Sollte der Verdacht bestehen, ist zu klären, ob ein zeitlicher Zusammenhang

1 Einleitung

zwischen Einnahme und Funktionsstörung vorliegt. Weiter können dann eine Dosisreduktion oder das Umsteigen auf ein anderes Präparat erwogen werden (30).

1.5.2 Intrapsychische und paarbedingte Ursachen

Kaplan hat in seinem Verursachungsmodell für sexuelle Funktionsstörungen zwei Ebenen unterschieden: die Ebene der tieferliegenden Ursachen und die der unmittelbaren Ursachen (31). Intrapsychische Konflikte wie etwa neurotische Prozesse, restriktive Erziehung (z.B. durch starke religiöse Prägung) und traumatische Erlebnisse in der Kindheit oder Adoleszenz werden der Ebene der tieferliegenden Ursachen zugerechnet. Diese Störungsursachen sollten vor allem bei Patienten mit primärer Erektionsstörung erfragt werden. Zu den unmittelbaren Ursachen werden schließlich paarbezogene Faktoren wie z.B. Kommunikationsdefizite oder destruktive Partnerinteraktionen gezählt. Weitere unmittelbare Faktoren können sexuelle Leistungsmythen, Versagensängste oder übertriebene Erwartungen sein. Diese Faktoren können sich prinzipiell gegenseitig verstärken und dann zu sexuellen Funktionsstörungen (nicht nur zur Erektionsstörung) führen, sie reichen allerdings auch für sich genommen schon aus, um eine Störung hervorzurufen. Es muss also unterschieden werden zwischen interpersonalen Faktoren als Ursache der Erektionsstörung und anderen Faktoren. Zu diesen anderen Faktoren sei noch zu erwähnen, dass auch Einwirkungen von außen eine verstärkende Rolle im Rahmen der Pathogenese spielen können (gesellschaftliches Rollenbild des Mannes, Leistungsanforderungen, die durch die Pharmaindustrie bestimmt und vorgegeben werden). Die Partnerschaft ist also – neben den eben erwähnten äußeren Bedingungen – ein wichtiger Einflussfaktor hinsichtlich der Genese von Erektionsstörungen. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass die Partnerschaft als essentielle Ressource im Rahmen therapeutischer Bemühungen bei Erektionsstörungen nutzbar gemacht werden kann und sollte. Es liegt demnach in der partnerschaftlichen Zufriedenheit ein enormes Therapiepotenzial (vgl. 1.7.2).

1 Einleitung

1.5.3 Partnerschaftliche Konflikte als Ursache und Folge der Erektionsstörungen

Ist eine sexuelle Funktionsstörung aufgetreten, kann dies den Mann in seinem Selbstverständnis (als Mann) zutiefst erschüttern, dies gilt insbesondere für die Erektionsstörung und für den jungen Mann. Aus diesem Grund kann es dann zu Selbstzweifeln, Versagensängsten und somit zur weiteren Manifestation der Störung kommen, ein *Circulus vitiosus* hat begonnen. Wenn dann eine intensive partnerschaftliche Kommunikation ausbleibt, führt dies womöglich zu interpersonellen Konflikten. In diesem Fall war die sexuelle Funktionsstörung eines der Partner ursächlich für die zwischenmenschlichen Probleme. Wie in Abbildung 1-1 dargestellt, können solche paarbezogenen Konflikte aber nicht nur die Folge sondern auch die Ursache für sexuelle Funktionsstörungen sein sowie zu deren Aufrechterhaltung beitragen (16).

Die Frage, ob eher die Sexualität die Partnerschaft oder die Partnerschaft die Sexualität beeinflusst, ist demnach nicht trivial zu beantworten und schon seit längerem Gegenstand sexualwissenschaftlicher Forschung. In der Fachliteratur heißt es zu dieser Fragestellung mehrheitlich, dass die Qualität der Partnerschaft wohl eher Auswirkungen auf das Sexualleben hat (32).

Insbesondere partnerschaftliche Konflikte um Status und Dominanz, Probleme mit Intimität und Vertrauen sowie Schwierigkeiten mit sexueller Attraktivität und sexuellem Verlangen können in diesem Zusammenhang zu Erektionsstörungen führen (33).

1 Einleitung

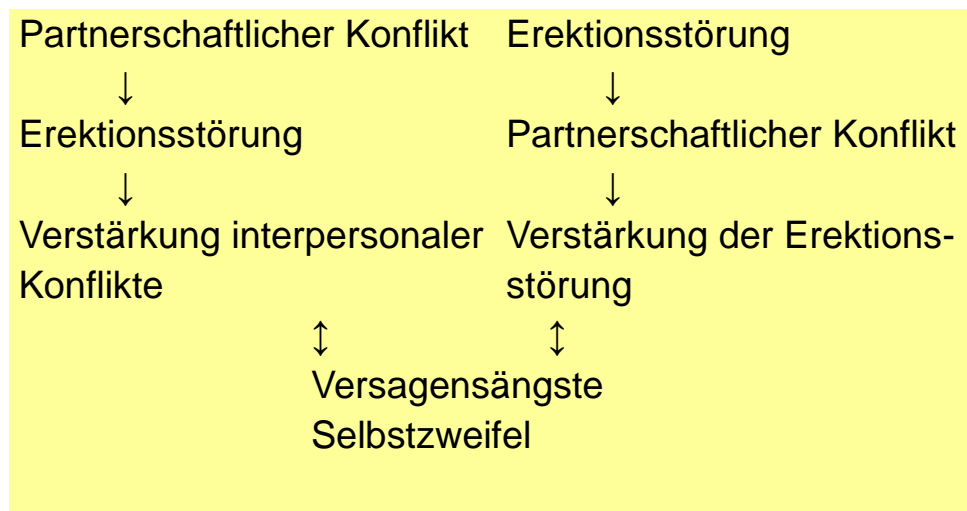


Abbildung 1-1: Partnerschaftliche Konflikte als Ursache und Folge von Erektionsstörungen

Diese als psychogen bezeichneten Ursachen für die Erektionsstörung sind für sich genommen ausreichend, um eine sexuelle Funktionsstörung auszulösen oder aufrechtzuerhalten (vgl. 1.5.2). Für die betroffenen Paare ist diese Tatsache mitunter sehr belastend, so kann doch die Erkrankung nicht durch ein körperlich bedingtes Leiden wie beispielsweise einem Diabetes mellitus oder einem Bluthochdruck erklärt werden. Im Rahmen der Diagnostik kommt dann der sexualmedizinischen Anamnese mit intensiver Beleuchtung der partnerschaftlichen Situation eine besondere Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund erscheint die Notwendigkeit einer Miteinbeziehung des Partners in Diagnostik und Therapie (vgl. 1.7) äußerst sinnvoll. Dies ist allein auch schon deshalb geboten, um eine möglicherweise bestehende sexuelle Kollusion auszuschließen. Hierbei handelt es sich um ein unbewusstes Interesse des einen Partners an der sexuellen Störung des jeweils anderen (34). So kann beispielsweise eine Frau mit sexueller Appetenz- oder Aversionsstörung unter Umständen die Erektionsstörungen des Partners insgeheim befürworten, wenn dadurch z.B. die Frequenz gemeinsamer sexueller Aktivitäten fällt.

Fragen, die in Hinblick auf den Zusammenhang zwischen partnerschaftlichen Konflikten und Erektionsstörungen zu Beginn der Diagnostik wegweisend sein können, sind also auch insbesondere Fragen nach dem sexuellen Interesse der Partnerin. Wichtig ist aber auch die Frage, ob die Erektionsstörungen nur beim

1 Einleitung

Geschlechtsverkehr mit einer (bestimmten) Partnerin auftreten oder auch bei der Selbstbefriedigung. Weiter gilt es zu klären, ob die Krankheitssymptome in zeitlichem Zusammenhang mit interpersonalen Problemen stehen bzw. in diesem Zusammenhang erstmalig aufgetreten sind.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass Paarkonflikte Ursache und Wirkung von Erektionsstörungen sein können. Nach Levine, der neben dem unter 1.5.2 vorgestellten Modell von Kaplan ein praxisnahes Konzept der Pathogenese psychogener Erektionsstörungen erarbeitet hat, gehören diese (Paarkonflikte) für sich genommen zu den unmittelbar wirkenden Faktoren, die an der Entstehung psychogener Erektionsstörungen beteiligt sein können (35). Als weitere Kausalfaktoren zählt er noch Begebenheiten aus der jüngeren Vergangenheit (Lebensereignisse, die der Störung unmittelbar vorausgegangen sind) und länger zurückliegende biographische Faktoren (entwicklungsbedingte Vulnerabilitäten aus Kindheit und Adoleszenz) auf.

1.6 Die Auswirkungen von Erektionsstörungen

Um verstehen zu können, welche Auswirkungen eine sexuelle Funktionsstörung wie beispielsweise die Erektionsstörung auf die Partnerschaft haben kann, ist es sinnvoll, einige theoretische, sexualwissenschaftliche Überlegungen voranzustellen. Bevor also über die Folgen einer Fehlfunktion oder gar Erkrankung gesprochen wird, sollen zunächst die Funktionen menschlicher Sexualität im Allgemeinen bedacht werden.

1.6.1 Die drei Dimensionen der menschlichen Sexualität

In der Sexualwissenschaft ist hinsichtlich der Funktion menschlicher Sexualität eine Dreigliederung üblich, d.h. die wesentlichen Dimensionen der Sexualität werden in drei Hauptkategorien eingeteilt (36):

- **Die Reproduktion:** die Reproduktion als sexuelle Dimension spielt in der heutigen Zeit, in der mit Hilfe von zahlreichen Verhütungsmethoden die

1 Einleitung

Familienplanung größtenteils steuerbar und planbar geworden ist, eine auf die Gründungszeit einer Familie begrenzte Rolle. Auch religiöse Vorstellungen, wonach die Reproduktion die einzige Rechtfertigung für intime bzw. sexuelle Interaktion darstellt, werden heutzutage von den meisten Menschen der westlichen Welt als nicht mehr zeitgemäß empfunden.

- **Die Lustdimension:** Hierbei geht es um das Erleben von Erregung und Befriedigung. Im Zentrum dieser Funktion von Sexualität stehen alle Möglichkeiten, die einen Lustgewinn hervorrufen. Auch Pornographie und Prostitution sind Beispiele für die Befriedigung sexueller Bedürfnisse im Rahmen der Lustdimension. Wenn in den Medien von Sexualität gesprochen wird, geht dies meist nur mit dieser Funktion der Sexualität einher. So wird u.a. ein einseitiges Bild von Sexualität erzeugt und es werden sexuelle Mythen geschaffen und/ oder aufrecht erhalten (vgl. 1).
- **Die Beziehungsdimension:** Sexualität bietet die Möglichkeit, Gefühle wie Geborgenheit, Akzeptanz und Nähe zu vermitteln und zu erfahren. Diese stellen Grundbedürfnisse des Menschen dar und so kann erklärt werden, dass im Rahmen einer als erfüllt empfundenen Sexualität auch die Lebensqualität hoch ist.

Auch wenn diese Dimensionen als drei unterschiedliche Kategorien aufgeführt wurden, soll hier erwähnt werden, dass stets ein Zusammenspiel dieser Funktionen stattfindet, erst alle Funktionen zusammengenommen ergeben ein Ganzes: So kann ein Paar, das sich ein Kind wünscht, in sexuelle Interaktion treten, um ein Kind zu zeugen, Lust zu empfinden und Gefühle wie Nähe und Akzeptanz zu vermitteln und zu erfahren. Lediglich der Anteil bzw. die Gewichtung der einzelnen Funktionen schwankt im Laufe eines Lebens oder einer Beziehung, je nach individueller Situation; in diesem Zusammenhang spricht man auch von der Multifunktionalität der Sexualität (16).

Wenn nun eine sexuelle Funktionsstörung vorliegt, können anteilig oder komplett oben genannte Funktionen nicht mehr erfüllt werden. Je nachdem, in welcher Lebenssituation sich die Betroffenen – Erkrankte und deren Partner - befinden, führt dies zu unterschiedlichen Auswirkungen. Einheitlich ergaben hierzu durchgeführte

1 Einleitung

Studien, die unter 1.6.2 erwähnt werden, insbesondere Einbuße hinsichtlich der Lebensqualität: Personen, die z.B. aufgrund einer sexuellen Funktionsstörung nicht sexuell aktiv sind, haben eine niedrigere Lebensqualität. Insbesondere Männer mit sexuellen Funktionsstörungen erleiden Defizite nicht nur somatischer, sondern auch emotionaler und sozialer Qualitäten. Dies kann dann zum sozialen Rückzug, auch innerhalb der Partnerschaft führen. Auch bei Frauen sind sexuelle Probleme mit Verminderung von Lebensqualität verbunden. Ihnen gelingt es jedoch weniger als ihren männlichen Leidensgenossen, die sexuellen Probleme mit einem Mehr an Arbeit zu kompensieren. Andersherum konnte auch gezeigt werden, dass eine Verbesserung der sexuellen Situation zu einer Erhöhung der Lebensqualität und der interpersonalen Sensibilität und Selbstwertschätzung geführt haben (16).

Abschließend kann also festgehalten werden, dass sexuelle Funktionsstörungen nicht nur die Lustdimension, sondern auch die Fortpflanzungs- sowie die Beziehungsdimension so weit in Mitleidenschaft ziehen können, dass weniger die gestörte sexuelle Funktion als viel mehr die gestörte Beziehung der eigentliche Grund für das Leiden der Betroffenen darstellt (14).

1.6.2 Die Bedeutung der Erektionsstörung für die partnerschaftsbezogene Lebensqualität

Fugl-Meyer und Kollegen haben gezeigt, dass Männer mit Erektionsstörungen verglichen mit Männern ohne diese Störung eine niedrigere Zufriedenheit bezüglich ihres Sexuallebens angeben (37). Auch im Vergleich mit anderen sexuellen Funktionsstörungen weisen Männer mit Erektionsstörungen die niedrigste sexuelle Zufriedenheit auf (38). Die Unzufriedenheit scheint aber nicht auf die Sexualität beschränkt zu sein, die betroffenen Männer berichten auch von Defiziten in Bezug auf die partnerschaftsbezogene Zufriedenheit (37). Da es sich demzufolge also um eine Erkrankung mit partnerschaftlicher Dimension handelt, lohnt es sich im Rahmen von Erhebungen bzgl. der Erkrankung auch die Partnerinnen mit zu befragen. In eben einer solchen Befragung fanden McCabe und Matic heraus, dass bei den betroffenen Partnerinnen das Selbstwertgefühl, die Lebensqualität und die sexuelle Zufriedenheit höher waren als bei den an Erektionsstörungen leidenden Männern (39). Auch im Rahmen der Berliner Männer-Studie II, die 2004 vom

1 Einleitung

sexualmedizinischen Institut der Charité durchgeführt wurde, wurden neben 373 Männern auch 108 Partnerinnen zu ihrem sexuellen Erleben und Verhalten befragt (40). Hier kam es zu interessanten Erkenntnissen, so gaben beispielsweise 22,2 % der Männer an, sexuelle Probleme zu haben, bei 25,6% der Betroffenen führte dies zu einem Leidensdruck. Bei den befragten Frauen gaben 23,2% sexuelle Probleme an, hier führte dies aber nur bei 9,1% der Betroffenen zu einem Leidensdruck (vgl. 4.2).

Auch die Ergebnisse der Berliner Männer-Studie weisen einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die partnerschaftliche Zufriedenheit zwischen Männern mit und ohne Erektionsstörungen auf: Bei der jüngsten Altersgruppe (40-49 Jährige) gaben nur 50% der Befragten an, mit ihrer partnerschaftsbezogenen Lebensqualität hoch zufrieden zu sein, bei den Nicht-Betroffenen waren es 65,2%. In der darauffolgenden Altersgruppe (50-59) verhielt es sich ähnlich: Hier gaben 55,2% der erkrankten Männer an, mit ihrer Partnerschaft hoch zufrieden zu sein, im Gegensatz zu 72,3% der Nicht-Betroffenen (7).

1.7 Die Therapie der Erektionsstörung

Die Therapie der Erektionsstörung ist im Rahmen der zunehmenden Erforschung der Erkrankung in den letzten Jahren immer komplexer geworden und sollte - der multifaktoriellen Genese geschuldet (vgl. 1.5) - auch auf verschiedenen Ebenen angesetzt sein. Das bedeutet konkret, dass somatische und psychosoziale Optionen parallel angewandt werden sollten, da insbesondere Paare, bei denen interpersonale Konflikte die sexuelle Funktionsstörung mitbedingen, mit einer alleinigen Verbesserung der Erektionsfähigkeit keine Linderung ihres Problems erfahren können (41). Im Praxisleitfaden Sexualmedizin von Beier und Loewit (28) heißt es hierzu: „Keine Technik und kein luststeigernder Trick, auch kein Medikament, werden fehlenden Sinn und stimmige Kommunikation ersetzen können, wenn die Funktionsstörung mit Kränkung in der Beziehung und fehlender Kommunikation zusammenhängt“ (vgl. ebd. S. 19).

1 Einleitung

1.7.1 Der somatische Ansatz

Es ist nicht übertrieben zu behaupten, dass die PDE-5-Inhibitoren die Therapie der Erektionsstörung revolutioniert haben. Die Erfolgsrate von Sildenafil beträgt bei allen Formen der Erektionsstörung 50-80%. Sogar bei Patienten mit postoperativer Läsion der Nervi erigentes lassen sich gute Therapieerfolge erzielen (42).

Neben der eben beschriebenen medikamentösen Therapie mit Sildenafil oder vergleichbaren Präparaten, stehen den Patienten heute weit mehr somatische Therapieoptionen zur Verfügung. Als Second-line Therapie, wobei oral applizierte Pharmaka die First-line Therapie darstellen, wird die Schwellkörper-Autoinjektionstherapie empfohlen (SKAT), hierbei wird das Pharmakon direkt in das Corpus cavernosum appliziert. Die Erfolgsrate unter häuslichen Bedingungen liegt hier bei ca. 90% (43). Diese Option findet vor allem bei Kontraindikationen gegen PDE-5-Inhibitoren ihren Einsatz.

Deutlich weniger erfolgsversprechend sind bislang urologische Operationstechniken wie die penile venöse Sperroperation und mikrochirurgische Penisrevaskularisationen. Hier liegen subjektive Erfolgsraten um 20% (44).

Weitere somatische Therapieoptionen sind die intraurethrale Applikation (MUSE), die Substitution von Testosteron, Vakuumpumpen, die funktionelle Elektromyostimulation (FEMCC) und die prothetische Versorgung.

1.7.2 Der psychosoziale Ansatz

Wie unter 1.5.2 erwähnt, ist die partnerschaftliche Zufriedenheit ein entscheidendes Stellrädchen in der Therapie der Erektionsstörung. So ist die therapeutische Begleitung – mit dem Ziel der Verbesserung der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität - eines Paares ratsam, um oben skizzierten Kreislauf zwischen partnerschaftlichen Konflikten und Erektionsstörungen durchbrechen zu können. Es gibt Studien, die belegen konnten, dass bei Paaren mit Erektionsstörungen eine medikamentöse Therapie in Kombination mit einer Sexualtherapie sinnvoller ist als eine alleinige medikamentöse Therapie (45).

1 Einleitung

Die Sexualtherapie kann den Betroffenen helfen, ihre Sexualität wieder zu einer verleblichten Beziehung werden zu lassen, daraus kann Freude an Beziehung (Beziehungslust) erwachsen, was schließlich zu partnerschaftlicher und menschlicher Zufriedenheit führt (46). Dies kann insbesondere mit Hilfe der syndyastischen Sexualtherapie erreicht werden (vgl. 1.7.3).

Zu Beginn der sexualtherapeutischen Begleitung eines Paares sollten Themen wie die oft übermäßige Versagensangst und die altersphysiologisch erwartbare Funktionsbeeinträchtigung ebenso angesprochen werden wie die Möglichkeit einer Kombination mit somatischen Therapieoptionen. Im weiteren Verlauf sollten die verschiedenen Einflussfaktoren biologischer, psychosozialer und sexueller Ebene erarbeitet und besprochen werden. In Bezug auf die Partnerschaft sind hier vor allem Fehlvorstellungen über Bedürfnisse der Partnerin, verbunden mit Schuldgefühlen, diesen nicht gerecht werden zu können, zu nennen. Weiter gilt es Kommunikationsbarrieren abzubauen, um mögliche Fehleinschätzungen korrigieren zu können. Unter dieser explizierten Berücksichtigung der Beziehungs- bzw. Paardimension der Erektionsstörung kann diese erfolgreich therapiert werden (28).

1.7.3 Die syndyastische Sexualtherapie

Im Rahmen der syndyastischen Sexualtherapie wird die Sexualproblematik als Paarproblematik verstanden und angegangen, was bedeutet, dass die Partnerin von Beginn an in die Bearbeitung des Problems miteinbezogen wird. Somit kann es gelingen, die oben angesprochenen, negativen Selbstverstärkungsmechanismen des Mannes wie Versagensangst, Leistungsdruck und Vermeidungsverhalten abzubauen (36). Weiter stehen im Fokus der Therapie – im Gegensatz zur klassischen Sexualtherapie – nicht die Sexualität mit Blick auf die funktionellen Störung(en), sondern die psychosozialen Grundbedürfnisse des Paares (Akzeptanz, Geborgenheit etc.), die durch körperliche Kommunikation am intensivsten erfüllbar sind. Auch wird Sexualität im Rahmen der syndyastischen Sexualtherapie nicht als abgetrennter Lebensbereich, sondern als natürlicher, dazugehöriger Bestandteil zwischenmenschlicher Kommunikation im Rahmen einer erfüllten Partnerschaft betrachtet. Eine weitere Besonderheit ist, dass sich das Paar parallel zu den Gesprächsterminen mit dem Therapeuten, mehrmals in der Woche Zeit füreinander

1 Einleitung

nimmt, um in der Therapie Angesprochenes auszuprobieren. Die dabei gemachten somatischen und emotionalen Erfahrungen werden dann in der darauffolgenden Therapiestunde besprochen (40). Hierbei können verschiedene Behandlungselemente wie beispielsweise die Stopp-Start bzw. Squeeze-Technik zur Anwendung kommen. Dabei stimuliert die Partnerin ihren Partner bis kurz vor dessen Erregungshöhepunkt, um dann die Stimulation zu unterbrechen. Das Ziel dieser Übung ist die Kontrolle über die Erektion zu verbessern, sie setzt allerdings eine entsprechende Rückmeldung des Partners voraus, um rechtzeitig die Erregung unterbrechen zu können (47).

Neben dem Durchbrechen des oben erwähnten Circulus vitiosus bei Erektionsstörungen und der Verbesserung der partnerschaftlichen Lebenszufriedenheit kommt es im Rahmen der syndyastischen Sexualtherapie überdies zu einer Verbesserung der gesundheitlichen und allgemeinen Lebensqualität (40).

Obwohl die positiven Auswirkungen einer kombinierten Therapie aus Pharmakologie und Sexualtherapie bei der Behandlung der Erektionsstörung in der Vergangenheit mehrfach belegt werden konnten, steht diese Option bislang nicht allen betroffenen Paaren zur Verfügung, da im Bereich der sexualmedizinischen Versorgung derzeit ein enormer Mangel besteht. In Anbetracht des demographischen Wandels ist zu befürchten, dass diese Schere aus Bedarf und Therapieplätzen in Zukunft noch weiter auseinanderklaffen wird (48).

1.8 Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes

Abschließend kann also festgehalten werden, dass es sich bei der Erektionsstörung um eine häufige Erkrankung handelt, die Prävalenz liegt in den großen vorgestellten Studien zwischen 17,8% und 52%. Damit handelt es sich bei der Erektionsstörung um die zweithäufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes. Nur die Ejaculatio praecox ist mit einer Prävalenz von 25-40% noch häufiger (49).

Der Erektionsstörung liegt meist eine komplexe biopsychosoziale Ätiopathogenese zugrunde. Dies gilt es bei Diagnostik und Therapie zu beachten (16).

1 Einleitung

Die geeignete Therapie besteht in einer Kombination aus Sexualtherapie und medikamentöser Therapie (45). Insbesondere der syndyastischen Therapie kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, weil sie weniger auf die sexuellen Funktionen als auf die Wiedererfüllung von Grundbedürfnissen (Akzeptanz, Angenommen-Sein, Geborenheit etc.) abzielt (36).

Die Erkrankung ist mit einem enormen Leidensdruck verbunden, aus diesem Grunde suchen Männer mit eben dieser sexuellen Funktionsstörung am häufigsten professionelle Hilfe auf (36). Es ist auch gezeigt worden, dass Erektionsstörungen zu Verlusten der partnerschaftbezogenen Lebensqualität führen können (7). Bislang fehlen allerdings noch Daten, wie es um die partnerschaftliche Zufriedenheit derjenigen Männer steht, die aufgrund ihrer Erkrankung aktiv Hilfe in Anspruch nehmen. Eben der Beantwortung dieser Frage widmet sich folgende Arbeit.

2 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

Nachdem also zunächst ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema Erektionsstörungen gegeben wurde – insbesondere hinsichtlich der Prävalenz und der Auswirkung auf die partnerschaftsbezogene Lebensqualität – soll es nun im folgenden Abschnitt um die Studienhypothesen, die Untersuchungsfragen, die Studienkonzeption, die Forschungsinstrumente und die statistische Auswertung gehen.

2.1 Studienhypothesen

Obgleich die Erektionsstörung als sexuelle Funktionsstörung in den letzten Jahren das Interesse der wissenschaftlichen Welt zunehmend auf sich lenken konnte, so steht es dennoch spärlich um die Datenlage hinsichtlich eines Zusammenhanges zwischen dem Schweregrad der Erkrankung (zur Definition vgl. 2.5) und der partnerschaftlichen Zufriedenheit von Betroffenen, die eine andrologische Sprechstunde aufsuchen.

Lediglich die klinische Erfahrung der zuständigen Urologen der andrologischen Sprechstunde der Charité lässt vermuten, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen diesen Variablen gibt: So kann als Ausgang für eine empirische Untersuchung demnach eine gerichtete H 1-Hypothese (es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen den Variablen) generiert werden, die Hypothese würde dann lauten:

H 1: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erektionsstörung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität (H 1: $\tau_b > 0$).

Da - wie bereits erwähnt - bislang ein solcher Zusammenhang in der internationalen Literatur noch nicht beschrieben wurde, könnte auch eine Alternativhypothese im Sinne einer H 0 - Hypothese formuliert werden (Unabhängigkeit der untersuchten Variablen). In diesem Fall lautet die Alternativhypothese:

2 Empirische Untersuchung

H 0: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erektionsstörung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität (H 0: $\tau_b = 0$).

2.2 Untersuchungsfragen

Da es sich bei den befragten Männern um ein sehr spezielles Patientenkollektiv handelt (Männer mit erektiler Funktionsstörung, die deshalb einen Andrologen aufsuchen), ist zunächst die detaillierte Beschreibung dieses Kollektivs von wissenschaftlicher Bedeutung. In diesem Zusammenhang gilt es folgende Fragen zu klären:

➤ Allgemeine Fragen:

- Wie alt sind die Männer (Durchschnittsalter)?
- Welcher ist der höchste Ausbildungsgrad?
- Welchen Beruf üben sie aktuell aus?
- Gehören sie einer Religionsgemeinschaft an?

➤ Auf die sexuelle Funktion bezogene Fragen:

- Seit wann treten bei ihnen Erektionsstörungen auf?
- Wie stark ist die Ausprägung der Erkrankung?
- In welchen Situationen tritt die Erektionsstörung auf?
- Wie hoch ist der individuelle Leidensdruck?
- Sind bei ihnen neben der erektilen Funktionsstörung noch andere sexuelle Funktionsstörungen in Erscheinung getreten?

➤ Auf die partnerschaftliche Entwicklung bezogene Fragen:

- Wie viele partnerschaftliche Beziehungen sind sie bislang durchschnittlich eingegangen?
- Mit wem sind sie Beziehungen eingegangen?

2 Empirische Untersuchung

- Fragen, die sich auf die partnerschaftliche Situation und Zufriedenheit beziehen:
 - Wie viele der befragten Männer leben aktuell in einer festen Partnerschaft?
 - Spielt Sexualität in der Partnerschaft aktuell eine Rolle?
 - Sind die Männer treu?
 - Sind sie zufrieden mit ihrer Partnerschaft?
 - Begehren und lieben sie ihre Partnerin?
 - Welche Bedeutung hat Sexualität in der Partnerschaft?
 - Wie steht es um die Kommunikation über sexuelle Wünsche und Ängste in der Partnerschaft?

Mit Hilfe der empirischen Erhebung sollten weiter folgende Frage geklärt werden:

- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erektionsstörung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit?
- Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck der betroffenen Männer und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht?

2.3 Studienkonzeption

Der oben gegebene Überblick über den aktuellen Stand der Forschung bzgl. der partnerschaftlichen Zufriedenheit von Männern mit Erektionsstörungen, die aktiv Hilfe wegen ihrer Erkrankung in Anspruch nehmen, machte deutlich, dass hier noch weitere Studien zur Klärung wichtiger Fragen durchgeführt werden sollten. Überlegungen hinsichtlich der Rekrutierung eines geeigneten Patientenkollektivs für eine Fragebogenuntersuchung führten schließlich zu einer Kooperation mit den Urologen der Charité. Diese boten nämlich regelmäßig eine andrologische Sprechstunde an, die insbesondere auch von Männern mit Störungen der Erektion in Anspruch genommen wurde. Hier konnten also genau die Männer vermehrt angetroffen und befragt werden, die für die Fragebogenuntersuchung gesucht wurden (Männer mit Erektionsstörungen, die Hilfe in Anspruch nehmen).

2 Empirische Untersuchung

Um oben formulierte Fragen beantworten zu können, schien eine sexualmedizinische Querschnittfragebogenuntersuchung sinnvoll. In der Folge wurden hierfür Einschlusskriterien für die potentiellen Studienteilnehmer formuliert:

- Alle Studienteilnehmer mussten logischerweise männlich sein und
- wegen einer Erektionsstörung
- die andrologische Sprechstunde der urologischen Poliklinik der Charité oder des Krankenhauses am Urban aufsuchen.
- Dies musste in dem Zeitraum zwischen Februar und September 2010 geschehen.
- Es wurden keine Altersbeschränkungen festgelegt, sodass Männer jeden Alters in die Studie aufgenommen werden konnten.
- Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnahme oder Nichtteilnahme hatte dabei keinerlei Auswirkung auf die sich anschließende Behandlung durch den Urologen. Oftmals ist dieser über eine Teilnahme oder Nichtteilnahme gar nicht informiert gewesen.
- Die Männer, die z.T. von ihrer Partnerin begleitet wurden, wurden allein befragt (vgl. 4.2).

So entstand schließlich eine sexualmedizinische Querschnittfragebogenuntersuchung an einer freiwilligen Stichprobe von 37 Männern im Alter zwischen 33 und 76 Jahren, die oben genannte Kriterien erfüllten.

Der Fragebogen wurde dabei nicht allein von den Patienten ausgefüllt, stattdessen ist ein Interview mit den Teilnehmern, das zwischen 30 Minuten und 2,5 Stunden dauerte, geführt worden. Das hatte den Vorteil, dass Fragen gleich beantwortet und Unsicherheiten so von Anfang an beseitigt werden konnten. Außerdem war so sichergestellt, dass die Fragebögen korrekt und komplett ausgefüllt waren. Bereits vor Beginn der Befragung ist am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité ein ausführliches Training in Kommunikation und Interaktion für die Interviewer erfolgt. Hier konnten vor allem Techniken und Hilfen vermittelt werden, die im patientenorientierten Gespräch über deren Sexualität und Partnerschaft hilfreich waren. Die Idee hierzu war entstanden, da es gemeinhin bekannt ist und von einigen Studien mittlerweile auch belegt werden konnte, dass selbst Ärzte, die häufiger mit dem Thema Sexualität konfrontiert werden, dennoch Hemmungen haben, dieses Themengebiet offen anzusprechen. So konnte beispielsweise eine

2 Empirische Untersuchung

erst kürzlich veröffentlichte Studie belegen, dass Gynäkologen routinemäßig nur Fragen zur sexuellen Aktivität stellen und alle weiteren sexuellen Gebiete bei der Anamnese ausklammern (50).

Eine wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz sexualmedizinischer Erhebungsinstrumente ist aber die professionelle Einstellung der Studienleiter, die eben mittels oben genannter Interaktionsübungen trainiert werden kann. Hierzu gehört, dass diese den Probanden die Sinnhaftigkeit, Relevanz und die Ziele der Untersuchung klar vermitteln können. Das führt weiter dazu, eine natürlich vorhandene Befangenheit, sich Fremden über intime Details des Sexuallebens anzuvertrauen, abzubauen (51).

Um die Gesprächssituation für die Probanden außerdem so angenehm wie möglich zu gestalten, wurde insbesondere auf ein ruhiges, ungestörtes und vertrauensvolles Setting Wert gelegt. Das Personal der urologischen Poliklinik war dazu angehalten, während des Interviews nicht zu stören. Weiter wurden die Teilnehmer darauf hingewiesen, dass eine Unterbrechung oder gar ein vorzeitiges Beenden der Befragung zu jedem Zeitpunkt möglich war. Diese Eins-zu-Eins-Situation ist lediglich von einem Patienten als für ihn unbehaglich bezeichnet worden, hierbei handelte es sich um einen Patienten, der in der Studienanfangsphase befragt wurde. Nach weiterem Kommunikationstraining im sexualwissenschaftlichen Institut der Charité ist von den teilnehmenden Männern eine Kritik solcher Art nicht mehr geäußert worden.

Nachdem sich binnen weniger Wochen abgezeichnet hatte, dass weniger Männer an der Studie teilnehmen würden, als zunächst erwartet worden war, ist die Befragung auf die andrologische Sprechstunde des Klinikums am Urban ausgeweitet worden. Hier war eine direkte und persönliche Befragung der Männer aus logistischen Gründen leider nicht möglich. Dennoch haben insgesamt fünf Probanden den Fragebogen komplett und sehr ausführlich ausgefüllt, sodass die Daten – bei ohnehin kleiner Stichprobe - ebenfalls in die statistische Auswertung aufgenommen wurden. Die Vor- und Nachteile dieser Entscheidung werden im Diskussionsteil ausführlich besprochen (vgl. 4.7).

2 Empirische Untersuchung

2.4 Forschungsinstrumente

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts erkannte Magnus Hirschfeld, ein Pionier auf dem Gebiet der Sexualwissenschaft und der Sexualmedizin, dass ein standardisiertes Erfragen für die sexualmedizinische Forschung von fundamentaler Bedeutung war. Er entwickelte bereits im Jahre 1908 einen „Psychobiologischen Fragebogen“, der die Datenerfassung erleichtern sollte (51). Durch die nationalsozialistische Ära entwickelte sich die weitere sexualwissenschaftliche Forschung dann vor allem im angloamerikanischen Raum.

So existieren daher seit der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts spezielle Fragebögen zur Sexualdiagnostik, die vor allem aus Nordamerika stammen (52), wo sie seit Jahren etabliert sind und in der klinischen Forschung eingesetzt werden. Die meisten sind bislang allerdings noch nicht in die deutsche Sprache übersetzt worden.

Erst in den letzten Jahren sind auch wieder aus Deutschland neue Erhebungsinstrumente für die klinische Forschung hervorgegangen. So entstanden vor allem am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité spezielle Erhebungsinstrumente, die zum einen in die sexualmedizinische Anamnese einführen und zum anderen die Diagnostik erleichtern. Darüber hinaus wurden sie mittlerweile in diversen klinischen Studien im Rahmen der Forschung eingesetzt. So entstand auch der FSEV: Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten, der bei der hier vorgestellten Untersuchung in verkürzter Form zur Anwendung kam (vgl. 2.4.1 und 2.4.1.1).

2.4.1 „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ - FSEV

Um alle sexualmedizinisch relevanten Daten komplett und strukturiert erfassen zu können, ist zunächst eine Art Interview-Leitfaden entworfen worden: die strukturierte Sexual-Anamnese (SSA). Neben allgemeinen biologischen und psychologischen Grundlagen wurden auch Fragen zu den drei Dimensionen der Sexualität (vgl. 1.6.1), zur sexuellen Präferenz und zu den drei Ebenen sexuellen Erlebens und Verhaltens, nämlich zum sexuellen Selbstkonzept, zu den sexuellen Phantasien und zum

2 Empirische Untersuchung

sexuellen Verhalten, formuliert. Zu Letztgenanntem wurden überdies Fragen zu Selbstbefriedigung, extragenitaler sexueller Interaktion und genitaler Stimulation gestellt (53).

Bei der Bemühung, die strukturierte Sexualanamnese noch ausführlicher zu gestalten, indem sämtliche Inhalte noch weiter konkretisiert und Fragen detaillierter wurden, entstand der FSEV (16). Außerdem handelt es sich hierbei um einen Fragebogen, der auch selbstständig (jedoch unter Anleitung, siehe unten) vom Patienten durch Ankreuzen ausgefüllt werden kann. Der Vorteil liegt demnach in einer besseren Vergleichbarkeit der Daten und der Möglichkeit zur statistischen Auswertung (51, 54). Mit Hilfe modularer Skalen werden folgende Themen abgefragt:

- Soziodemographische Entwicklung
- Sexuelle Sozialisation
- Sexuelle und partnerschaftliche Entwicklung
- Sexuelle und partnerschaftliche Einstellung
- Sexuelle Aktivität und sexuelles Verhalten
- Sexuelle Funktionen
- Sexuelle Fortpflanzung
- Sexuelle und Geschlechtsidentität
- Sexuelle Praktiken
- Sexuelle Neigungen
- Sexuelle Übergriffe.

Es wurde insbesondere darauf geachtet, dass hier die Kriterien des ICD-10 bzw. des DSM-IV berücksichtigt wurden. So wird z.B. bei den sexuellen Funktionsstörungen, zu denen ja auch die hier im Mittelpunkt stehende Erektionsstörung gehört, zum einen erfragt, ob sie a) bei der Selbstbefriedigung b) bei sexueller Interaktion oder c) beim Geschlechtsverkehr auftritt. Als nächstes schließt sich die Frage nach dem Beginn der Störung an (primär oder sekundär – vgl. 1.3). Schließlich wird erfasst, ob die Funktionsstörung mit einem Leidensdruck einhergeht oder nicht. Dies ermöglicht dann die Einstufung als krankheitswertige Störung mit möglicher differenzialdiagnostischer Spezifikation (z.B. V.a. primäre, globale Erektionsstörung). Da nach DSM-IV eine Störung erst dann krankheitswertig ist, wenn sie länger als sechs Monate vorliegt, wird auch nach dem Zeitraum der bestehenden Symptome gefragt (55).

2 Empirische Untersuchung

Der FSEV versteht sich als assistiertes Erhebungsinstrument, das bedeutet, dass beim Ausfüllen des Fragebogens ständig ein Untersucher anwesend sein sollte, um Fragen des Probanden zu beantworten. Darüber hinaus können Reaktionen des Probanden durch eine assistierende Aufsichtsperson abgefangen werden. Weitere Aufgaben des Untersuchers sind die Einführung in das Ausfüllen der Bögen und die Kontrolle über das vollständige Bearbeiten (55). Nur so kann sichergestellt werden, dass am Ende eine komplette statistische Auswertung erfolgen kann.

Weiter handelt es sich beim FSEV nicht um ein normiertes, statistisches Testverfahren, sondern um einen voll standardisierten Fragebogen. Dementsprechend existiert kein mathematisch-statistischer Auswertungs-Algorithmus, sondern ein Auswertungsschlüssel. Die Ergebnisse werden zunächst in eine Rohdatenbank eingegeben und können dann statistisch ausgewertet werden.

2.4.1.1 Die für die Interviews modifizierte Form des FSEV

Wie in Abbildung 2-1 dargestellt, existieren insgesamt sechs verschiedene Fassungen des FSEV.

1. Gesamtform/ FSEV-G
2. Klinische Kurzform/ FSEV-K
3. Frauenfassung
4. Männerfassung
5. Singleversion
6. Paarversion

Abbildung 2-1: Die sechs Fassungen des FSEV

Dennoch wurde er speziell für die hier durchgeführte empirische Befragung ein weiteres Mal modifiziert: Der oben bereits als assistiertes Erhebungsinstrument bezeichnete Fragebogen eignet sich zwar auch sehr gut für das Führen eines Interviews (gerade weil bei dieser Form der Fragebogenbeantwortung eine kontinuierliche Assistenz erfolgt), wenn man dann allerdings den Gesamt-FSEV

2 Empirische Untersuchung

verwendet, nimmt das sehr viel Zeit in Anspruch (zwischen 3 - 4 Stunden). Außerdem war für die Beantwortung, der unter 2.2 aufgeführten Fragen, nicht die Gesamtform des FSEV vonnöten. Folgende Themenbereiche wurden herausgenommen:

- Sexuelle Entwicklung
- Sexuelle Aktivität
- Krankheiten und Behandlungen
- Sexuelle Übergriffe.

2.4.2 Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“

Um noch mehr Einblicke in die partnerschaftliche Situation, insbesondere bzgl. der partnerschaftlichen Zufriedenheit, zu bekommen, wurde dem FSEV noch der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) beigelegt. Hierbei handelt es sich um ein diagnostisches Mittel, welches mit Hilfe von 25 Items fünf Skalen zu den Themen Körpergefühl, Zärtlichkeit, Lust, Liebe und Kommunikation abfragt. Die Fragen sind dabei so formuliert, dass sie unabhängig von der sexuellen Orientierung und der Art der Beziehung beantwortet werden können. Wie in Tabelle 3-3 (S. 54) dargestellt, besteht die Antwortmöglichkeit jeweils aus einer fünfstufigen Ordinalskala, die von sehr selten (1), über selten (2), manchmal (3), häufig (4) bis sehr häufig (5) reicht. So kann mit Hilfe des RSP die subjektive Erfahrung bzgl. oben genannter Skalen erfasst und ausgewertet werden (56).

Um Tendenzen hinsichtlich der fünf Lebensbereiche in der relativ kleinen Stichprobe vorliegender Studie aufzeigen zu können, wurde zunächst aus den Antworten für jede einzelne Frage der Median berechnet. Aus der Summe aller Ergebnisse für jeden einzelnen Bereich wurde dann der Mittelwert ermittelt, so konnte schließlich der Punktwert errechnet werden, der in jedem Bereich am häufigsten angegeben wurde (vgl. 3.6).

2 Empirische Untersuchung

2.5 Statistische Auswertung

Nach Befragung der Probanden mit Hilfe des voll standardisierten FSEV wurden die Ergebnisse als Rohdaten zunächst in eine Datenbank eingegeben, damit als Nächstes charakteristische Eigenschaften der Stichprobe mittels Methoden der deskriptiven Statistik beschrieben werden konnten. Diese werden in der Folge graphisch dargestellt. In der Statistik wird eine Stichprobe gemeinhin als „zufallsmäßig“ aus der Population entnommener Anteil von Individuen definiert. Zufallsmäßig bedeutet, dass jedes Individuum der Population die gleiche Chance haben muss, in der Stichprobe aufgenommen zu werden. Haben die Individuen nicht die gleiche Chance, in die Stichprobe aufgenommen zu werden, dann entstehen verzerrte Stichproben („biased samples“), die nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit sind und die daher keine oder nur bedingte Schlüsse auf letztere zulassen (57). In dem hier vorliegenden Falle handelt es sich ganz bewusst um eine nicht für die Gesamtpopulation repräsentative Stichprobe, sondern um ein selektives Patientenkollektiv, mit dessen Hilfe unter 2.2 formulierte Fragen beantwortet werden sollten. Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit sind damit weder erwünscht noch zulässig.

Die Merkmale der Probanden, die für die vorgestellte Untersuchung relevant sind, wurden im Wesentlichen durch dazugehörige Skalen bestimmt. Es kamen Nominal-, vor allem aber (meist fünfstufige) Ordinalskalen zu Anwendung: So mussten die Studienteilnehmer beispielsweise angeben, wie oft sie „Lust auf Sex“ hatten. Als Antwortmöglichkeit konnten sie auf einer Skala zwischen 1 bis 5 wählen:

1 = niemals, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft.

Der Einfachheit und vor allem der besseren Übersichtlichkeit halber wurden im Ergebnisteil die Antwortmöglichkeiten bei der graphischen Darstellung bisweilen zusammengefasst (z.B. ein Balken für die Optionen 1 und 2, ein zweiter Balken für die Option 3 und ein dritter Balken für die Optionen 4 und 5).

Dem Skalenniveau entsprechend, handelt es sich bei den erfassten Merkmalen also vor allem um qualitative Merkmale. Weiter wurden aufgrund der Größe der Fallzahl

2 Empirische Untersuchung

(n=37) zur Beschreibung der Merkmale keine Prozentangaben verwendet sondern absolute Häufigkeiten.

Für die weitere statistische Analyse wurden auch statistische Kenngrößen gewählt wie etwa der Mittelwert und der Median.

Für die Berechnung von Korrelationen im Rahmen der interferenzstatistischen Datenanalyse können verschiedene Rangkorrelationskoeffizienten angewendet werden. Bei kleinen Stichprobengrößen – so wie in vorliegender Arbeit – bietet sich vor allem der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall (Kendalls Tau) an. Er basiert, im Gegensatz zu Spearmans Rho, auf ordinalskalierten Information, d.h. es muss kein gleicher Abstand zwischen benachbarten Rängen unterstellt werden (58). Daher wird für die Überprüfung der oben genannten H_1 -Hypothese der Rangkorrelationskoeffizient nach Kendall angewendet (vgl. 3.7): Es wird dabei ein positiver Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in sexueller Hinsicht angenommen. Zugrunde gelegt werden dieser statistischen Prüfung zwei Fragen des für die Studie modifizierten FSEV:

1. Wie oft wird Ihr Penis bei ausreichender sexueller Stimulation steif genug, um beschwerdefrei Geschlechtsverkehr durchführen zu können? und
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft in sexueller Hinsicht?

Auf die erste Frage konnten die Patienten zwischen fünf Antwortmöglichkeiten wählen: 1 (niemals), 2 (selten), 3 (manchmal), 4 (oft), 5 (sehr oft). Es wird also der Schweregrad der Erektionsstörung über die Häufigkeit, mit der die Erektion für Geschlechtsverkehr ausreichend ist, definiert (je seltener die Erektion für Geschlechtsverkehr ausreichend, desto schwerer die Erektionsstörung). Diese Tatsache wird weiter unten diskutiert (vgl. 4.7). Auch auf die zweite Antwort konnte zwischen fünf Antwortmöglichkeiten gewählt werden: 1 (gar nicht), 2 (wenig), 3 (mittel), 4 (ziemlich), 5 (sehr).

3 ERGEBNISSE

Nachdem also die methodologischen Hintergründe vorliegender empirischer Untersuchung ausführlich dargelegt wurden, soll es im nun folgenden Abschnitt um die Vorstellung der Ergebnisse gehen. Der Reihenfolge des FSEV entsprechend, werden zunächst allgemeine soziodemographische Fakten präsentiert.

3.1 Allgemeine Angaben

Zu diesem ersten Teil des Fragebogens, den so genannten „Allgemeinen Angaben“, gehörten 16 Fragen, die sich auf die allgemeine Lebenssituation bezogen. Hierzu wurden Fragen nach dem Alter, der Ausbildung, der beruflichen Tätigkeit, der Bindungs- und Wohnsituation sowie der Religionszugehörigkeit gestellt. Aber auch biographische Details, wie etwa die Situation und die Bedingungen der Herkunftsfamilie wurden hier erfasst.

Die $n = 37$ Probanden (vgl. 2.3) waren zwischen 33 und 76 Jahren alt. Das Durchschnittsalter betrug dabei 58,73 Jahre. In Abbildung 3-1 ist die Altersverteilung graphisch dargestellt. Hierfür wurden die Teilnehmer in fünf Altersgruppen von jeweils zehn Jahren eingeteilt.

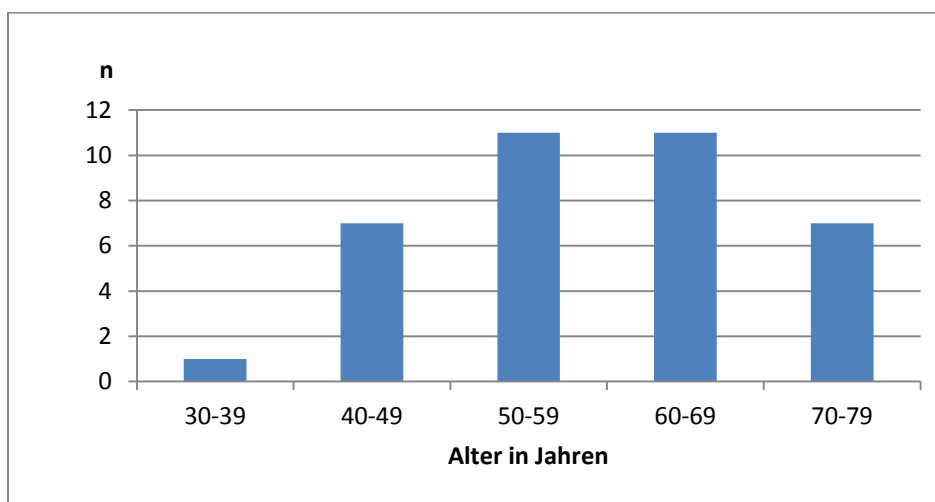


Abbildung 3-1: Altersverteilung der Studienteilnehmer

3 Ergebnisse

Die weiteren allgemeinen Angaben bzgl. der Ausbildungs- und beruflichen Situation können der Tabelle 3-1 entnommen werden.

Variable	N
<i>Schulbildung (Missing = 1)</i>	
Kein Schulabschluss	0
Sonderschulabschluss	0
Haupt- und Volksschulabschluss	11
Polytechnische Oberschule	2
Mittlere Reife	12
Fachschulabschluss	2
Fachhochschulreife	1
Abitur	8
<i>Berufsausbildung (Missing = 1)</i>	
Keine abgeschlossene Ausbildung	1
Arbeiter	2
Lehre/ Ausbildung	17
Fachschul-Abschluss	3
Fachhochschul-Abschluss	5
Hochschulabschluss	8
<i>Berufstätigkeit (Missing = 1)</i>	
Arbeitssuchend	4
Ausbildung/ Studium	0
Hausmann/ Vater	0
Teilzeit	1
Vollzeit	12
Arbeitsunfähig/ Berufsunfähigkeit	3
Rente	16

Tabelle 3-1: Stichprobenbeschreibung bzgl. der Ausbildungs- und beruflichen Situation (n=37)

Es ist bereits zu Beginn der Befragung auch nach der partnerschaftlichen Situation gefragt worden. Hierbei zeigte sich, dass ein überwiegender Anteil der befragten Männer – nämlich n = 34 - aktuell in einer Form von Partnerschaft (Ehe, feste Beziehung) lebte, nur 3 Männer gaben an, zurzeit ohne Partnerin zu sein. Die Häufigkeiten der unterschiedlichen Bindungssituationen sind in Abbildung 3-2

3 Ergebnisse

graphisch dargestellt. Die Dauer der aktuellen Partnerschaften betrug durchschnittlich 18,01 Jahre. 33 Männer gaben an, mit einer Frau in einer festen Beziehung zu leben, ein Mann war mit einem Mann partnerschaftlich gebunden. Die Partnerinnen waren durchschnittlich 52,55 Jahre alt (zwischen 26-76 Jahre) und damit – im Durchschnitt - ca. sechs Jahre jünger als ihre Partner. Von den 34 partnerschaftlich gebundenen Männern lebten 23 mit ihrer Partnerin in einer gemeinsamen Wohnung. 25 Männer gaben an, aktuell sexuelle Kontakte mit ihrer Partnerin zu haben, sieben Männer sagten, dass nur in der Vergangenheit sexuelle Interaktionen mit der aktuellen Partnerin bestanden hätten. Ein partnerschaftlich gebundener Mann gab an, noch nie sexuelle Kontakte mit seiner Partnerin gehabt zu haben, ein weiterer machte keine Angaben. Außerdem gaben acht der partnerschaftlich gebundenen Männer an, schon mindestens einmal sexuelle Beziehungen parallel zur ihrer aktuellen Partnerschaft gehabt zu haben.

Die drei alleinstehenden Männer gaben an, seit zwei, fünf und acht Jahren Singles zu sein und sich aktuell eine Partnerschaft zu wünschen. Zwei von ihnen bemühten sich aktiv darum, jemanden kennenzulernen.

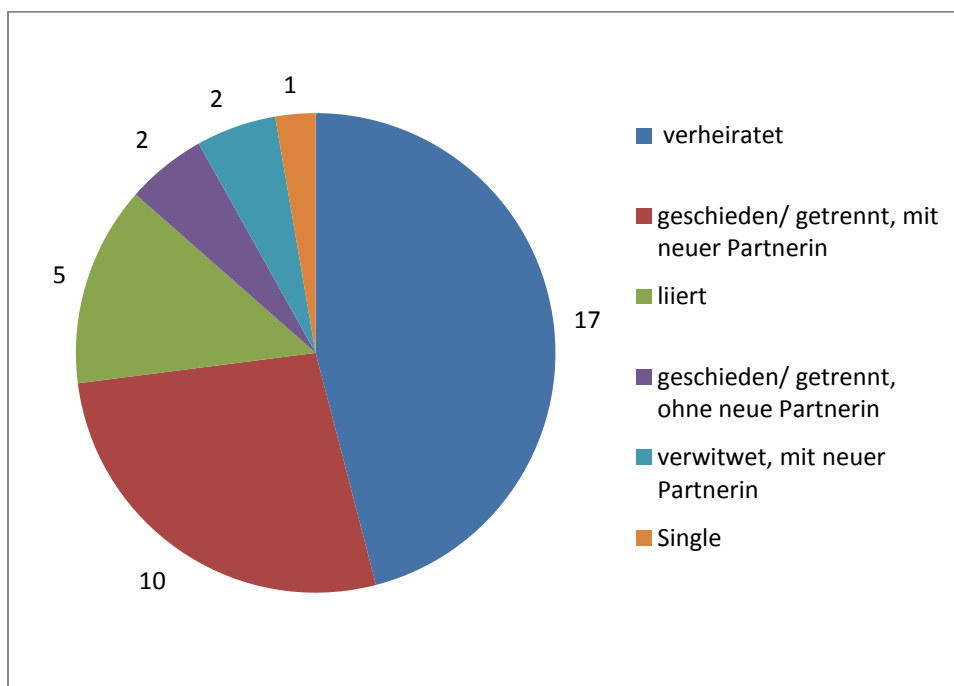


Abbildung 3-2: Darstellung der Häufigkeiten der Bindungssituationen

3 Ergebnisse

Im Anschluss an die aktuelle Bindungssituation wurde die Frage nach der Wohnsituation gestellt: 23 Männer gaben an, mit ihrer (Ehe-)Partnerin zusammenzuleben, 14 waren alleinlebend. Andere Formen des Zusammenlebens (mit den Eltern, Geschwistern, in einer Wohngemeinschaft, bei den Kindern, in einer betreuten Wohneinrichtung) wurden demnach von keinem der Probanden angegeben.

Die Frage nach der Religionszugehörigkeit beantworteten die Probanden folgendermaßen: Die meisten (n=27) Männer fühlten sich zu keiner Religionsgemeinschaft zugehörig, sechs bezeichneten sich als evangelische Christen, zwei als Moslems. Jeweils einer gab an, der christlich-orthodoxen und der römisch-katholischen Kirche anzugehören. Obwohl also immerhin zehn Männer angaben, einer der großen Weltreligionen anzugehören, waren nur vier der 37 Probanden der Meinung, dass religiöse Wertevorstellungen ihr sexuelles Erleben und Verhalten beeinflusst. Zwei dieser vier Männer waren Moslems, zwei hatten zuvor angekreuzt, keiner Religionsgemeinschaft anzugehören. Alle vier wiederum beschrieben diese Beeinflussung als „wenig“.

Kein Proband richtete sein sexuelles oder partnerschaftliches Leben nach esoterischen, spirituellen oder ähnlichen Vorgaben aus. N = 21 Männer gaben darüber hinaus an, sich durch keinen Kulturkreis hinsichtlich ihrer sexuellen und partnerschaftlichen Lebensweise beeinflusst oder geprägt zu fühlen. N = 7 Männer kreuzten an, durch den mitteleuropäischen Kulturkreis hinsichtlich ihrer Sexualität geprägt bzw. beeinflusst zu sein. Die übrigen 9 Männer gaben weitere Kulturkreise an (Westeuropa, Nordeuropa, Osteuropa und Südosteuropa).

Am Ende des allgemeinen Teils des FSEV schlossen sich Fragen bezüglich der individuellen Biographie, vor allem hinsichtlich der Bedingungen in der Herkunftsfamilie, an. So wurden die Männer zunächst gefragt, wo sie als Kinder aufgewachsen sind. In Tabelle 3-2 sind die Antworten zusammengefasst.

3 Ergebnisse

Variable	N
bei den leiblichen Eltern	28
bei der alleinerziehenden Mutter	7
beim alleinerziehenden Vater	1
bei Verwandten	1

Tabelle 3-2: Angaben über den Ort des Aufwachsens

Auch sollten die Probanden angeben, ob ihre Eltern getrennt gelebt hätten und wenn ja, ob sie darunter gelitten hätten: $n = 27$ Männer antworteten, dass ihre Eltern nicht getrennt gelebt hätten, $n = 10$ Männer bejahten die Frage. Von diesen gaben fünf Männer an, gar nicht oder wenig, zwei mittelmäßig und drei ziemlich unter der Trennung gelitten zu haben.

Um sich ein Bild von der Situation in der Herkunftsfamilie machen zu können, sollten die Männer den Umgang miteinander, den Erziehungsstil, die wirtschaftliche Situation, das Verhältnis zur Mutter und das zum Vater anhand einer Ordinalskala beurteilen: Dabei bezeichneten 27 der Probanden den Umgang miteinander als gut und sehr gut, sieben als mittelmäßig und lediglich zwei als schlecht; ein Mann machte hier keine Angaben. Ähnlich positiv äußerten sich die Studienteilnehmer hinsichtlich des Verhältnisses zu ihrer Mutter: 30 Männer waren der Meinung, dass das Verhältnis zur Mutter gut oder sogar sehr gut gewesen wäre, zwei beurteilten es als mittelmäßig, drei als gar nicht gut und schlecht. Die zwei in Tabelle 3-2 dargestellten Probanden (einer beim alleinerziehenden Vater, der andere bei Verwandten lebend), konnten hier logischerweise keine Angaben machen. Hinsichtlich des Vaters fiel die Beurteilung etwas kritischer aus: 19 Männer gaben an, ein gutes oder sehr gutes Verhältnis zum Vater gehabt zu haben, bei sieben war es mittelmäßig, bei drei ($n = 3$) schlecht. Auch hier gab es logische Missings, in diesem Falle acht.

3 Ergebnisse

3.2 Partnerschaftliche Entwicklung

Da ein besonderes Augenmerk dieser Arbeit auf der partnerschaftlichen Zufriedenheit von Männern mit Erektionsstörungen liegt, dürfte ein Blick auf die partnerschaftliche Entwicklung von besonderem Interesse sein. Die Probanden sollten zunächst angeben, ob sie in ihrem bisherigen Leben schon einmal eine Beziehung mit einer Frau eingegangen waren, die sie als ernsthaft oder fest bezeichnen würden. 28 Männer gaben an, schon einmal eine solche Beziehung mit einer erwachsenen Frau eingegangen zu sein, sechs kreuzten an, noch nie eine ernsthafte bzw. feste Beziehung mit einer erwachsenen Frau eingegangen zu sein. Drei Männer machten keine Angaben. Weiter sollten die Männer angeben, wie alt sie waren, als sie zum ersten Mal eine solche feste partnerschaftliche Bindung eingegangen waren. Als jüngstes wurde ein Alter von 14 Jahren angegeben, der älteste Mann war zu Beginn seiner ersten Beziehung mit einer Frau 27 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 19,03 Jahre. Ebenso sollten die Männer die Dauer der längsten Beziehung niederschreiben: Diese lag zwischen einem und 45 Jahren (Mittelwert: 21,35 Jahre). Durchschnittlich hatte jeder Mann in seiner Biographie 5,65 feste Partnerschaften mit einer Frau erlebt (zwischen einer und 60), da es sich bei 60 statistisch betrachtet um einen Ausreißer handelt, scheint es sinnvoll, diesen bei der Berechnung des Mittelwertes außen vor zu lassen: dann lag die durchschnittliche Anzahl ernster Beziehungen bei 3,48 pro Mann.

Die wichtigsten Ergebnisse der partnerschaftlichen Entwicklung auf einen Blick:

- 28 Männer sind mindestens einmal in ihrem Leben eine feste partnerschaftliche Beziehung mit einer Frau eingegangen.
- Bei der ersten festen Beziehung mit einer erwachsenen Frau waren die Männer im Durchschnitt 19 Jahre alt.
- Die Partnerschaften dauerten durchschnittlich 21 Jahre an.
- Durchschnittlich hatten die Männer 3,48 feste Beziehungen mit einer Frau.

Es gaben zwei der Studienteilnehmer an, genau einmal in ihrem Leben eine ernste partnerschaftliche Beziehung mit einem Mann eingegangen zu sein. Die beiden

3 Ergebnisse

Männer waren am Anfang der Beziehung 19 und 23 Jahre alt. Die Beziehung des 19-Jährigen hielt drei, die des 23-Jährigen 20 Jahre.

Schließlich machte ein Proband die Angabe, auch schon Beziehungen mit Kindern eingegangen zu sein (insgesamt vier Beziehungen). Bei der ersten festen Beziehung war der Mann elf Jahre alt. Die längste feste Partnerschaft mit einem Kind dauerte sechs Monate, die Beziehungen wurden jedesmal mit Mädchen eingegangen. Wie alt das jüngste Mädchen war, gab der Mann nicht an. Dass es sich hierbei nicht um einen Einzelfall handelt, machen die Ergebnisse der Berliner Männer-Studie deutlich: Hier wurden die Studienteilnehmer gefragt, wie sehr sie kindliche Mädchen- bzw. vorpubertäre Mädchenkörper (d.h. ohne Schamhaare und ohne Brüste) als sexuell erregend empfinden. 9, 44% der befragten Männer gaben an, den erfragten Stimulus in den vergangenen 12 Monaten in ihren allgemeinen Sexualphantasien, in Masturbationsphantasien oder in realisiertem Sexualverhalten wenig, mittelmäßig, ziemlich oder sehr sexuell erregend gefunden zu haben (59).

Neben der hier aufgeführten Pädophilie wurde ausführlich auch nach anderen Paraphilien gefragt. Aus diesen Ergebnissen ist eine eigene medizinische Dissertation entstanden: Sexuelle Funktionsstörungen und sexuelle Präferenzstörungen – eine Analyse der Überlappung beider Störungen und deren Auswirkungen auf die partnerschaftliche Bindungssituation (60).

Als Gründe für das Enden oben beschriebener fester Partnerschaften gaben die Männer am häufigsten „Einschränkungen in der individuellen Lebensgestaltung“ an (n = 12). Elf Männer gaben außerdem an, dass keine Liebe zur anderen Person (mehr) bestanden habe und zehn, dass die sexuelle Anziehungskraft gefehlt habe.

3.3 Sexuelle Funktion

Als nächstes folgte die Befragung bzgl. der sexuellen Funktion und deren Störungsbilder. Hier orientiert sich der FSEV am sexuellen Reaktionszyklus, der die sexuelle Interaktion in eine Appetenz-, Erregungs-, Orgasmus- und Entspannungsphase gliedert (27). So wurde also jede Sexualfunktion einzeln

3 Ergebnisse

abgefragt, auch wurden dabei die drei unterschiedlichen Formen des konkreten Sexualverhaltens berücksichtigt: Das hieß in diesem Falle, dass die Studienteilnehmer gefragt wurden, ob die Störung – falls vorhanden – beim Geschlechtsverkehr (GV), beim Sex ohne Geschlechtsverkehr¹ oder bei der Selbstbefriedigung (SB) auftrat. In einem zweiten Schritt sollten die Männer angeben, ob die Störung schon seit der Pubertät bzw. ersten sexuellen Erfahrungen oder erst seit einiger Zeit bestand. So konnte dann in der Auswertung die Einteilung in primär oder sekundär erfolgen (vgl. 1.3). Wie unter 2.4.1 erwähnt, ist mit Hilfe oben genannter Informationen bereits eine orientierende differenzialdiagnostische Spezifikation möglich. Da dem FSEV die Klassifikation nach dem DSM-IV zugrunde liegt, schließt sich im Weiteren die Frage nach dem individuellen Leidensdruck an. Abschließend wurden die Männer noch gefragt, ob sich aus der Störung für sie partnerschaftliche, soziale oder berufliche Probleme ergaben. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der Befragung detailliert vorgestellt.

3.3.1 Erektionsstörung

Weil die Erektionsstörung die sexuelle Funktionsstörung ist, um die es in vorliegender Arbeit hauptsächlich geht, sollen – entgegen der Reihenfolge des sexuellen Reaktionszyklus – zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der Erektionsstörung vorgestellt werden. Aus diesem Grund beginnt dieser Abschnitt mit Item 2 (zu Item 1 – *Appetenz* - vgl. 3.3.2).

- Item 2: *Ausreichende Erektion*

Wie oft wird Ihr Penis bei ausreichender sexueller Stimulation steif genug, um beschwerdefrei GV, Sex ohne GV und SB durchführen zu können?

Die Männer konnten auch hier wieder zwischen fünf verschiedenen Antwortmöglichkeiten wählen, wobei diejenigen Männer, die vier oder fünf ankreuzten (d.h. die Erektion war „oft“ oder „sehr oft“ ausreichend, um GV durchzuführen) nicht in die Stichprobe für diese empirische Untersuchung aufgenommen wurden, da in diesen Fällen nicht von dem geforderten

¹ Hiermit sind sämtliche sexuelle Stimulationen bzw. alle sexuellen Praktiken mit einer Partnerin gemeint; ausgenommen ist aber das Einführen des Penis in Scheide oder After.

3 Ergebnisse

diagnostischen Kriterium nach anhaltender oder wiederkehrender Unfähigkeit, eine Erektion zu erlangen, die für eine befriedigende sexuelle Interaktion ausreichend ist, auszugehen war. Insgesamt gaben hier also - wie in Abbildung 3-3 gezeigt - $n = 37$ Männer an, niemals, selten oder manchmal eine ausreichende Erektion für GV zu erlangen. Eben diese 37 Männer lieferten die Daten für vorliegende Arbeit.

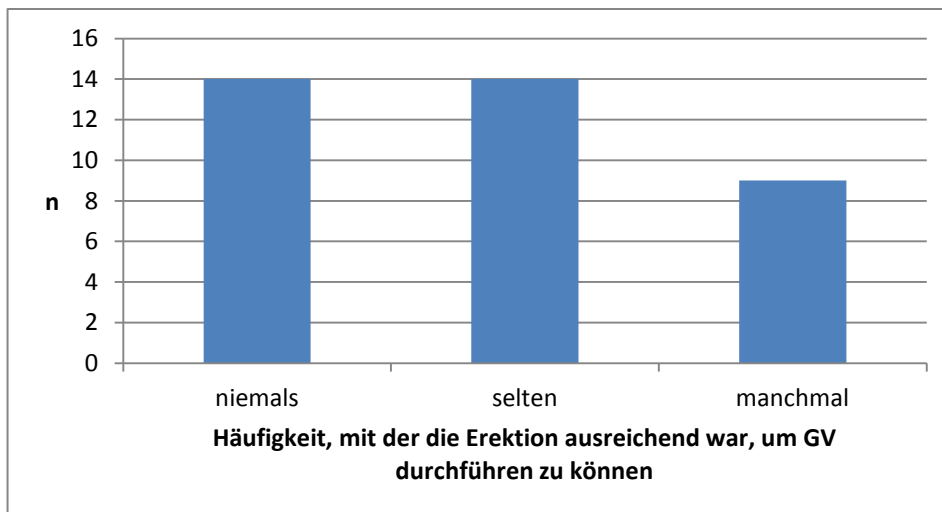


Abbildung 3-3: Darstellung des Schweregrades der Erektionsstörung bei der Stichprobe

Weiter fordert die Definition nach DSM-IV, auf die - wie bereits erwähnt - ebenfalls der FSEV basiert, einen signifikanten Leidensdruck sowie eine Mindestdauer der Störung von sechs Monaten: Elf Männer gaben an, gar nicht bis wenig unter den Erektionsstörungen beim GV zu leiden, vier mittelgradig und 18 ziemlich bis sehr, vier Männer machten keine Angabe (siehe Abbildung 3-4). Wenn man die unter 1.3 geforderte Einteilung in EDy (Erectile Dysfunction) und EDi (Erectile Disorder) hier anwenden würde, hätten demnach neun Männer eine EDy, also eine Erektionsbeeinträchtigung ohne Leidensdruck und damit auch ohne Krankheitswert; lediglich 24 Männer hätten demnach eine EDi, also eine Erektionsbeeinträchtigung mit Leidensdruck und damit mit Krankheitswert.

Weiter bestand bei zwei Männern diese Störung im Sinne einer primären Erektionsstörung, also seit der Pubertät bzw. ersten sexuellen Erfahrungen. 30 Männer gaben an, seit einiger Zeit Erektionsbeeinträchtigungen zu erleben. Fünf Männer machten keine Angabe. Die 30 Männer mit sekundärer

3 Ergebnisse

Erektionsstörungen gaben an, durchschnittlich seit 6,22 Jahren Erektionsstörungen zu haben (zwischen 0,5-30 Jahren). Wenn man abschließend die DSM-IV Kriterien anwendet (anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine Erektion, die für eine befriedigende sexuelle Interaktion ausreichend ist, zu erlangen + Leidensdruck + sechsmonatige Dauer), fallen streng genommen nur 24 Männer in diese Definition, neun hatten einen Leidensdruck verneint.

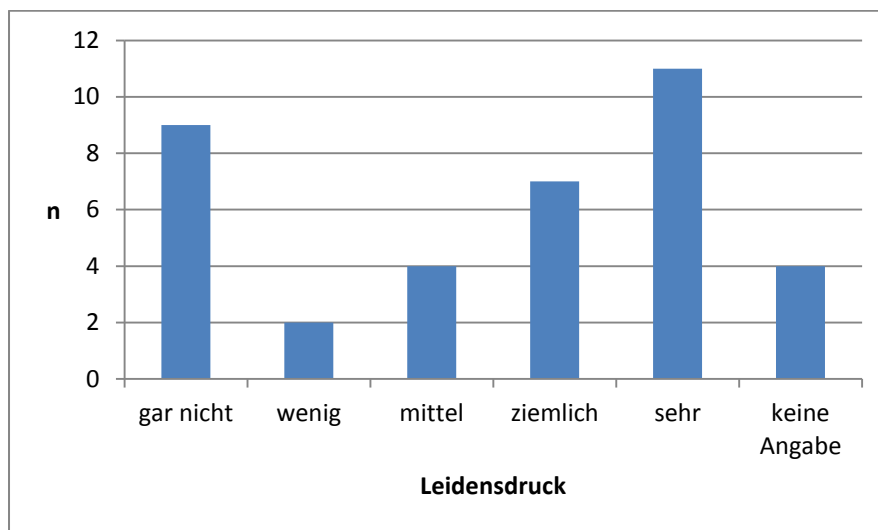


Abbildung 3-4: Leidensdruck durch beeinträchtigte Erektion

Die Männer wurden aber nicht nur nach der Erektion beim GV gefragt, sondern auch, ob es Erektionsstörungen ebenfalls beim Sex ohne GV und bei der Selbstbefriedigung gab (zur Definition der situativen und der generalisierten Erektionsstörung vgl. 1.3). Interessanterweise antworteten hier jeweils weniger Männer, dass sie niemals und selten eine ausreichende Erektion hatten: Beim Sex ohne GV gaben 17 Männer an, niemals oder selten eine ausreichende Erektion zu erlangen, bei der SB 13. Bezüglich der SB antworteten außerdem sechs Männer, dass sie oft oder sogar sehr oft eine Erektion bekamen. Bei diesen Probanden lag die Erektionsstörung demnach nur im Zusammenhang mit der partnerschaftlichen Beziehung vor (vgl. 1.5.2). So wird deutlich, wie wichtig das Erfragen der partnerschaftlichen Situation ist, um solche Differenzierungen vornehmen zu können. Außerdem berichteten acht Männer, dass die Erektionsstörungen ziemlich bis sehr zu partnerschaftlichen Problemen führten.

3 Ergebnisse

In der Definition der Erektionsstörung (nach dem DSM-IV) heißt es, dass eine Störung dann vorliegt, wenn die Erektion nicht erlangt oder AUFRECHTERHALTEN werden kann. Aus diesem Grund lautete Item 3:

- Item 3: *Dauer der Erektion*

Wie oft bleibt Ihr Penis so lange steif, wie die sexuelle Stimulation andauert?

23 Männer gaben an, dass ihr Penis niemals oder selten so lange steif blieb, wie die sexuelle Stimulation beim GV andauerte, sieben manchmal und sechs oft bis sehr oft. Auch hier ist die Anzahl der Männer, die niemals oder selten eine ausreichend lange Erektion angaben, in Bezug auf Sex ohne GV und SB niedriger. So sagten nur 14 Männer, dass die Erektion bei der SB niemals oder selten ausreichend lange andauerte.

3.3.2 Andere sexuelle Funktionsstörungen

Der sexuelle Reaktionszyklus beginnt mit der Appetenzphase, also dem sexuellen Verlagen. So lautete die erste Frage im Rahmen der sexuellen Funktionsstörungen demnach:

- Item 1: *Appetenz*

Wie oft haben Sie „Lust auf Sex“?

Vier Männer gaben an, selten Lust auf Sex (Geschlechtsverkehr) zu haben, 14 manchmal und 18 oft bis sehr oft. Ein Mann machte keine Angaben. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3-5 graphisch dargestellt. Neun Männer hatten niemals oder selten Lust auf Sex ohne GV, sechs Männer manchmal, 16 oft bis sehr oft. Sechs Männer machten keine Angaben. 15 Männer hatten niemals oder selten Lust auf SB, fünf manchmal und zwölf oft. Fünf Männer machten keine Angaben.

3 Ergebnisse

22 Männer gaben an, gar keine bis wenig partnerschaftliche, soziale oder berufliche Probleme zu haben wegen der Häufigkeit, mit der sie Lust auf GV hatten, acht manchmal, sechs ziemlich bis sehr. Ein Mann machte keine Angaben.

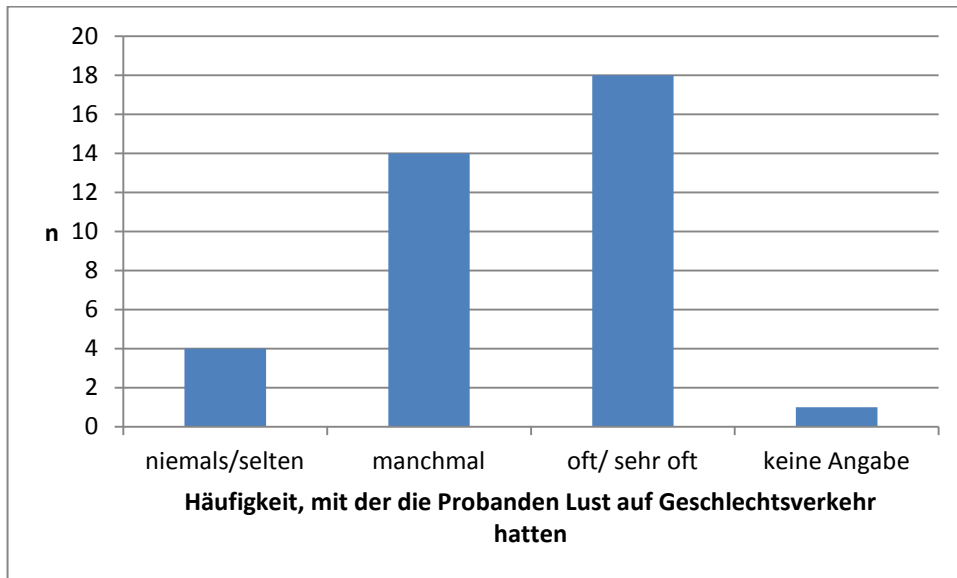


Abbildung 3-5: Das sexuelle Appetenzverhalten der Stichprobe

- Item 4: *Erregungshöhepunkt/ Orgasmus*

Wie oft bekommen Sie bei ausreichender sexueller Stimulation einen sexuellen Erregungshöhepunkt (Orgasmus)?

16 Männer gaben an, beim GV niemals oder selten einen Orgasmus zu bekommen, sieben manchmal und zwölf oft oder sehr oft. Bei elf Männern führte die Häufigkeit, mit der sie einen Orgasmus erlebten, zu einem ziemlichen bzw. starken Leidensdruck. Hinsichtlich der SB gaben nur fünf Männer an, niemals oder selten einen Orgasmus zu bekommen (vgl 4.6).

- Item 5: *Ejakulation*

Wie oft bekommen Sie bei ausreichender sexueller Stimulation eine Ejakulation?

12 Männer gaben an, beim GV niemals oder selten einen Samenerguss zu bekommen, vier manchmal und 19 oft oder sehr oft. Bei sieben Männern

3 Ergebnisse

fürte die Häufigkeit, mit der sie eine Ejakulation bekamen, zu unterschiedlich stark ausgeprägtem Leidensdruck (mittel bis sehr). Hinsichtlich der SB gaben fünf Männer an, niemals oder selten eine Ejakulation zu bekommen.

- Item 6: *Vorzeitiger Orgasmus*

Wie oft bekommen Sie früher, als Sie es wollen, einen Orgasmus?

Acht Männer gaben an, beim GV oft oder sehr oft einen vorzeitigen Orgasmus zu bekommen, sieben manchmal und 19 niemals oder selten. Bei zehn Männern verursachte der vorzeitige Orgasmus beim GV einen Leidensdruck, bei neun führte er zu partnerschaftlichen Konflikten. Hinsichtlich der SB gaben sieben Männer an, früher als sie es wollten, einen Orgasmus zu bekommen (vgl. 4.6).

- Item 7: *Verzögerter Orgasmus*

Wie oft bekommen Sie später, als Sie es wollen, einen Orgasmus?

Nur ein Mann gab an, beim GV sehr oft einen verzögerten Orgasmus zu bekommen, zwei manchmal und 11 selten. Bei 22 Männern trat diese sexuelle Funktionsstörung niemals auf. Dieser scheinbare Widerspruch zu den Antworten von Item 4 wird unter 4.6 diskutiert.

- Item 8: *Schmerzen*

Wie oft haben Sie Schmerzen bei oder nach GV, Sex ohne GV, SB?

Zwei Männer gaben an, beim GV oft Schmerzen zu empfinden, zwei manchmal, fünf selten und 24 niemals. Vier Männer gaben an, unter der Häufigkeit, mit der sie Schmerzen beim GV empfanden, zu leiden. Bei zwei Männern führte dies zu partnerschaftlichen Problemen.

3 Ergebnisse

- Item 9: *Entspannung und Zufriedenheit*

Wie oft sind Sie nach sexueller Aktivität entspannt oder zufrieden?

Zehn Männer gaben an, dass sie nach dem GV niemals oder selten entspannt oder zufrieden waren, drei manchmal, 22 oft und sehr oft. Neun Männer litten unter der geringen Häufigkeit, mit der sie nach sexueller Aktivität entspannt oder zufrieden waren. Bei fünf Männern führte die Häufigkeit, mit der sie nach sexueller Aktivität entspannt oder zufrieden waren, zu partnerschaftlichen Konflikten. Hinsichtlich der SB gaben fünf Männer an, dass sie nach sexueller Aktivität niemals oder selten entspannt oder zufrieden waren.

- Item 10: *Negative Gedanken und Gefühle*

Wie oft haben Sie negative Gefühle oder Gedanken vor, bei oder nach GV, Sex ohne GV und bei der SB?

Fünf Männer gaben an, dass sie oft und sehr oft negative Gefühle oder Gedanken vor, bei oder nach dem GV hatten, fünf manchmal und 26 niemals oder selten. Neun Männer litten unter der Häufigkeit, mit der sie negative Gefühle oder Gedanken vor, bei oder nach dem GV hatten. Bei sieben Männern resultierten daraus partnerschaftliche Probleme. Hinsichtlich der SB gaben drei Männer an, manchmal und sieben selten negative Gefühle oder Gedanken gehabt zu haben.

- Item 11: *Unbehagen und Abscheu*

Wie oft empfinden Sie Unbehagen oder Abscheu gegenüber sexueller Aktivität und vermeiden deshalb GV, Sex ohne GV und SB?

Ein Mann gab an, dass er oft Unbehagen oder Abscheu gegenüber sexueller Aktivität empfunden und deshalb GV vermieden hatte, fünf manchmal, sieben selten und 23 niemals. Für vier Männer resultierte daraus ein Leidensdruck, bei drei Männern kam es deshalb zu partnerschaftlichen Problemen. Hinsichtlich der SB gaben 18 Männer an, niemals derlei Gefühle empfunden

3 Ergebnisse

zu haben, sechs selten. Bei dem Probanden, der oft Unbehagen oder Abscheu gegenüber sexueller Aktivität empfunden hatte, handelte es sich nicht um den Pädophilen.

3.4 Einstellungen und Erleben

An die Fragen bezüglich der sexuellen Funktionsstörungen schlossen sich Fragen hinsichtlich der allgemeinen und insbesondere der partnerschaftlichen Lebenszufriedenheit an. Die Fragen bezogen sich dabei auf die vergangenen zwölf Monate.

- Item 12: *Zufriedenheit mit sich selbst*

Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

Sieben Männer gaben an, gar nicht oder wenig mit sich selbst zufrieden zu sein, zehn mittelmäßig und 17 ziemlich bis sehr. Drei Männer machten keine Angabe.

- Item 13: *Lebenszufriedenheit*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?

Drei Männer gaben an, wenig mit ihrem Leben zufrieden zu sein, neun mittelmäßig und 22 ziemlich bis sehr. Auch hier machten wieder drei Männer keine Angabe.

3 Ergebnisse

- Item 14: *Zufriedenheit mit dem Sexualleben*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

26 Männer gaben an, gar nicht oder wenig mit ihrem Sexualleben zufrieden zu sein, fünf mittelmäßig und vier ziemlich bis sehr. Zwei Männer machten keine Angabe. Die Ergebnisse sind unter Abbildung 3-6 graphisch dargestellt. Warum vier Patienten die andrologische Sprechstunde aufsuchten, obwohl sie mit ihrem Sexualleben ziemlich oder sogar sehr zufrieden waren, wird unter 4.2 diskutiert.

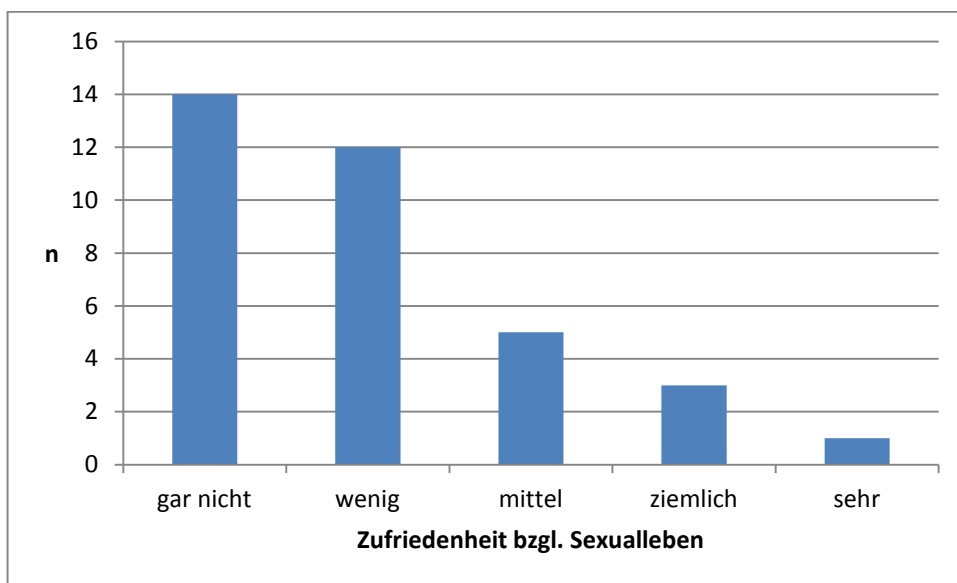


Abbildung 3-6: Zufriedenheit mit dem Sexualleben

- Item 15: *Zufriedenheit mit der Partnerschaft*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft?

Ein Mann gab an, dass er gar nicht mit seiner Partnerschaft zufrieden war, fünf mittelmäßig und 25 ziemlich bis sehr. Sechs Männer machten keine Angabe (vgl. Abb. 3-7).

3 Ergebnisse

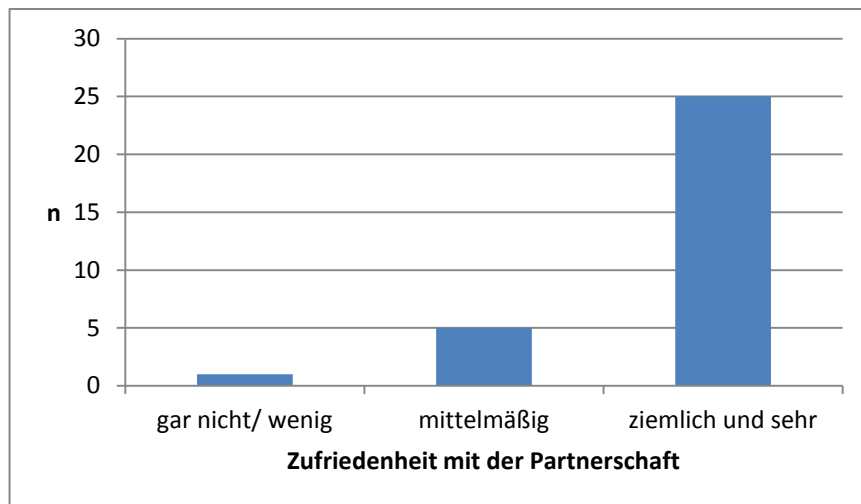


Abbildung 3-7: Die partnerschaftliche Zufriedenheit der Stichprobe

- Item 16: *Zufriedenheit mit dem Singleleben*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben als Single?

Zwei der drei alleinstehenden Männer der Befragung gaben an, mit ihrem Leben als Single mittelmäßig zufrieden zu sein, ein Mann sagte, dass er mit dem Leben als Single gar nicht zufrieden war.

- Item 17: *Zufriedenheit mit der Partnerschaft in emotionaler und sexueller Hinsicht*

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft in emotionaler und sexueller Hinsicht?

27 Männer gaben an, dass sie in emotionaler Hinsicht ziemlich bis sehr zufrieden mit ihrer Partnerschaft waren, in sexueller Hinsicht hingegen gaben nur vier Männer an, ziemlich bis sehr zufrieden zu sein, vier Männer machten keine Angabe. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 3-8 und 3-9 graphisch dargestellt.

3 Ergebnisse

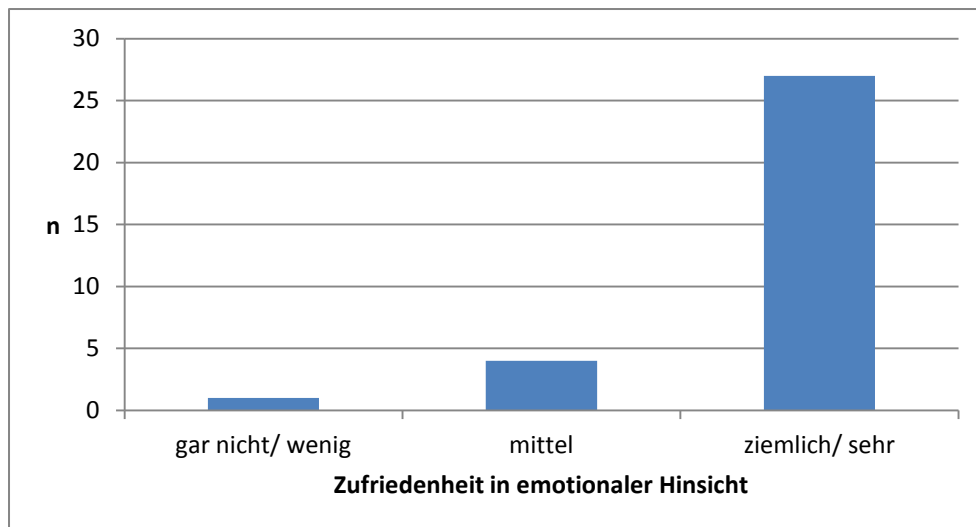


Abbildung 3-8: Partnerschaftliche Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht

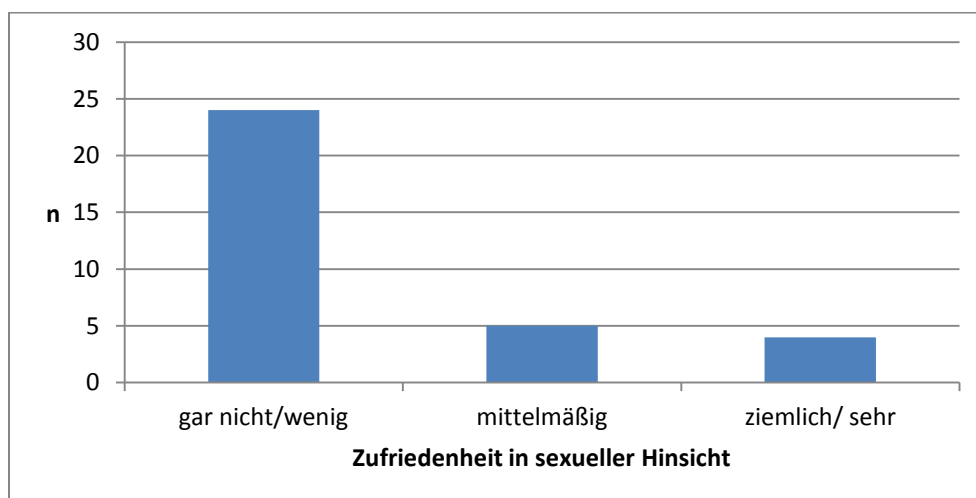


Abbildung 3-9: Partnerschaftliche Zufriedenheit in sexueller Hinsicht

- Item 18: *Liebe*

Lieben Sie ihre Partnerin?

31 Männer gaben an, ihre Partnerin ziemlich bis sehr zu lieben, zwei Männer sagten, dass sie ihre Partnerin mittelmäßig liebten. Seine Partnerin gar nicht oder wenig zu lieben, wurde von keinem Mann angegeben. Ein Mann machte keine Angabe, drei Männer konnten keine Angabe machen, da sie zurzeit keine Partnerin hatten.

3 Ergebnisse

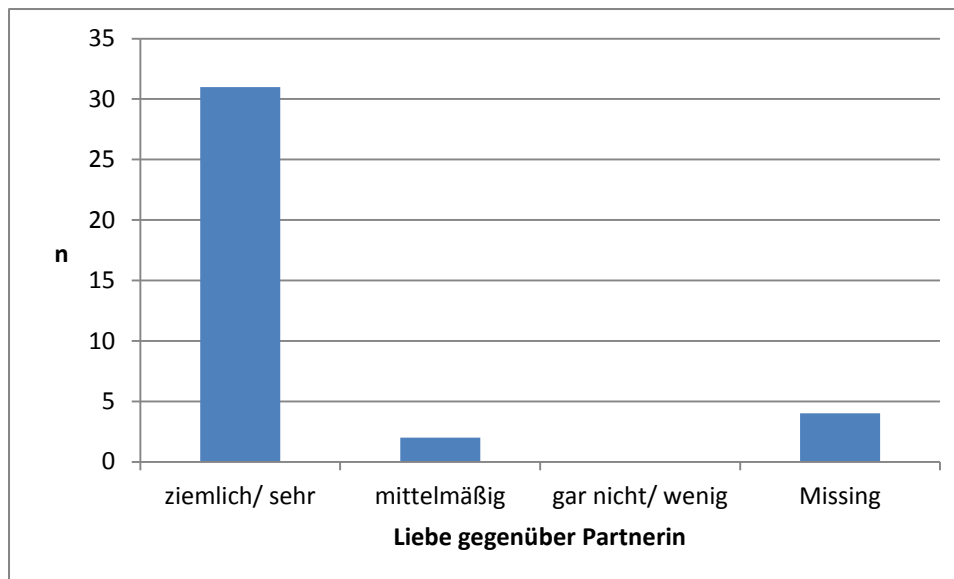


Abbildung 3-10: Liebe gegenüber der Partnerin

- Item 19: *Sprechen über sexuelle Wünsche*

Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin über sexuelle Bedürfnisse und Wünsche?

Der Abbildung 3-11 kann entnommen werden, dass 18 Männer angaben, mit ihrer Partnerin oft und sehr oft über sexuelle Bedürfnisse zu sprechen, neun manchmal und fünf selten. Kein Mann gab an, niemals über sexuelle Bedürfnisse und Wünsche zu sprechen. Zwei Männer machten keine Angabe, drei waren Singles.

- Item 20: *Sprechen über sexuelle Ängste und Sorgen*

Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin über sexuelle Ängste und Sorgen?

Abbildung 3-12 zeigt, dass sieben Männer mit ihren Partnerinnen gar nicht und wenig über sexuelle Ängste und Sorgen sprachen, acht mittel, 18 ziemlich bis sehr.

3 Ergebnisse

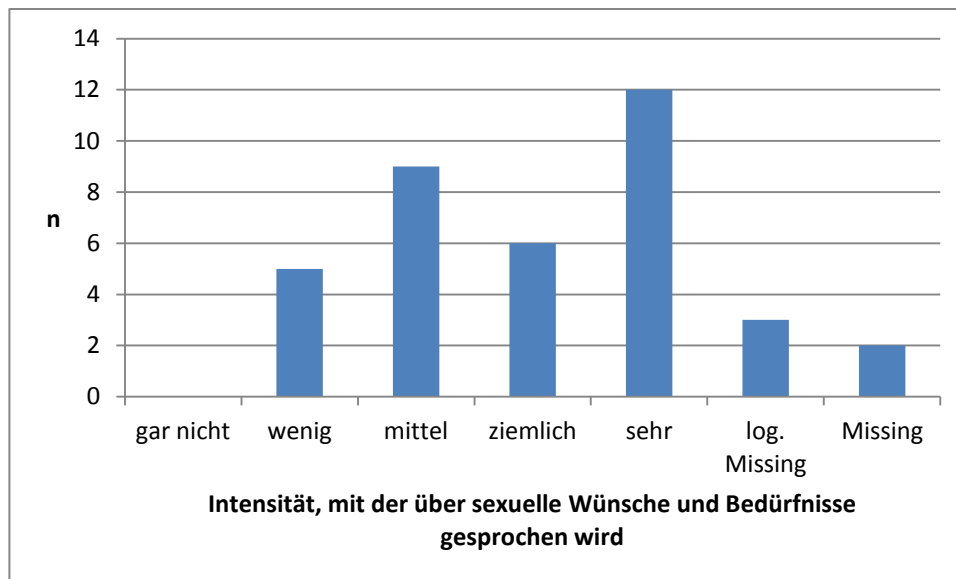


Abbildung 3-11: Sprechen über sexuelle Bedürfnisse und Wünsche

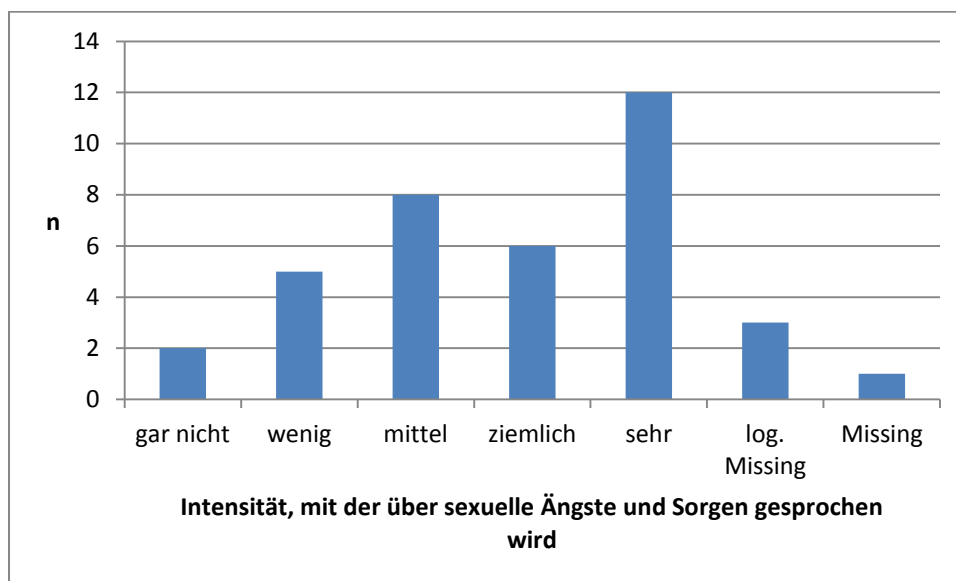


Abbildung 3-12: Sprechen über sexuelle Ängste und Sorgen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die überwiegende Anzahl der Männer mit ihrer allgemeinen Lebenssituation zufrieden war: 22 Männer gaben an, ziemlich bis sehr mit ihrem Leben zufrieden zu sein. Auch bestand eine hohe Zufriedenheit mit der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität: 25 Männer gaben an, mit ihrer Partnerschaft ziemlich bis sehr zufrieden zu sein, 31 der 34 liierten Männer gaben darüber hinaus an, ihre Partnerin ziemlich bis sehr zu lieben. In sexueller Hinsicht jedoch überwog der Anteil derjenigen, die unzufrieden waren: So gaben 26 Männer an, mit ihrem Sexualleben gar nicht bis wenig zufrieden zu sein.

3 Ergebnisse

3.5 Sexuelle Fortpflanzung

31 Männer gaben an, leibliche Kinder zu haben. Davon bezeichneten sich 29 auch als deren Bezugsperson. Bei zwei Männern bestand zum Zeitpunkt der Befragung noch der Wunsch nach jeweils einem weiteren Kind, bei 21 Männern war die Familienplanung abgeschlossen, 14 Männer machten hier keine Angabe.

3.6 Ergebnisse des RSP

Mit Hilfe des Fragebogens „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ gelingen detaillierte Einsichten in die fünf Bereiche Körpergefühl, Zärtlichkeit, Lust, Liebe und Kommunikation. Um Tendenzen hinsichtlich dieser fünf Lebensbereiche aufzeigen zu können, wurde zunächst für die Antwort jeder einzelnen Frage der Median berechnet, da es sich bei den Antwortoptionen um eine Ordinalskala handelte (1 = sehr selten, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig). Aus den Ergebnissen aller fünf Bereiche wurde dann der Mittelwert berechnet. Schließlich konnte so aufgezeigt werden, welcher Punktwert in welchem Bereich am häufigsten angegeben wurde (vgl. 2.4.2):

Körpergefühl: Hier ergibt sich ein Punktwert von 2,85, d.h. in Bezug auf die Fragen des Körpergefühls (z.B. Wie häufig konnten Sie sich während der vergangenen vier Wochen darüber freuen körperlich begehrenswert zu sein?) wurde hauptsächlich „manchmal“ angegeben.

Zärtlichkeit: Hier ergibt sich ein Wert von 3,75. Diese Fragen sind also überwiegend mit „häufig“ beantwortet worden.

Lust: Für die Kategorie Lust liegt der Wert mit 2,55 am niedrigsten.

Liebe: Für diese Fragenkategorie liegt der Wert mit 3,93 am höchsten.

Kommunikation: Mit 3,33 liegt der Wert in der Mitte.

3 Ergebnisse

Zusammenfassend kann man also sagen, dass die Männer sich in den vergangenen vier Wochen am seltensten über Lustempfindungen freuen konnten. Ebenfalls selten bis manchmal konnten sie sich über ein positives Körpergefühl freuen. Emotionen wie Liebe und das Gefühl von Zärtlichkeit hingegen wurde eher häufig empfunden. Die Ergebnisse des RSP sind in der Abbildung 3-13 graphisch dargestellt.

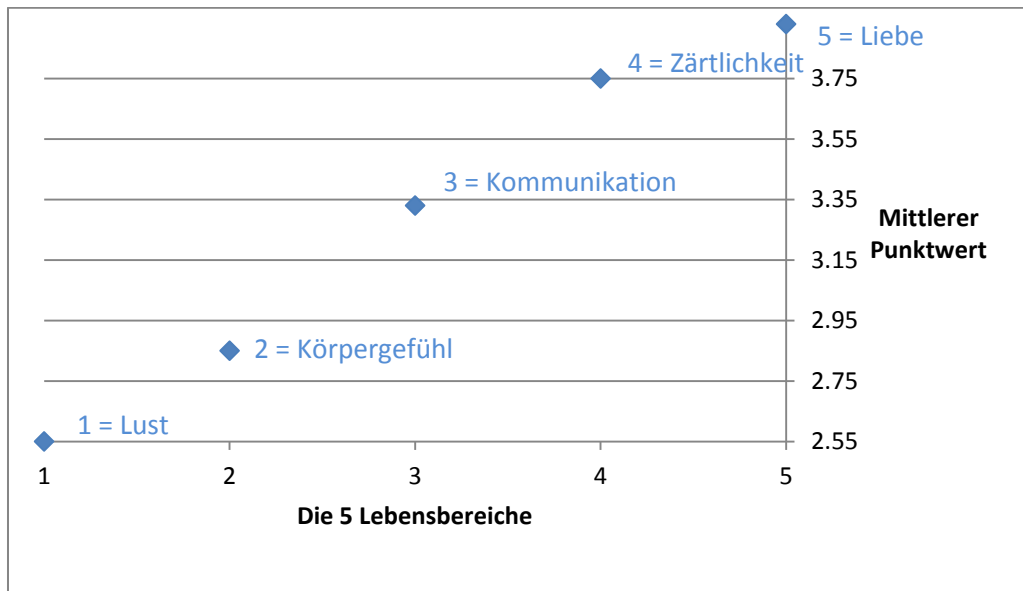


Abbildung 3-13: Die mittleren Punktwerte für die Bereiche Lust, Körpergefühl, Kommunikation, Zärtlichkeit und Liebe – Ergebnisse des RSP

Alle Ergebnisse des Fragebogens „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ werden im Folgenden tabellarisch dargestellt:

Wie häufig konnten Sie sich in den vergangenen vier Wochen darüber freuen, ...	1	2	3	4	5	Log. Mis.	Mis.
1. körperlich begehrenswert zu sein?	5	7	12	3	5	3	2
2. dass Sie ein naher Mensch gerne liebkost?	3	6	6	9	9	3	1
3. sexuelle Lust zu erleben?	6	8	7	9	2	3	2
4. dass jemand verlässlich zu Ihnen steht?	0	1	4	13	14	3	2
5. dass Sie über Ihre sexuellen Bedürfnisse sprechen können?	3	3	9	9	7	3	3

3 Ergebnisse

6. dass Sie verstanden und akzeptiert werden?	0	3	6	12	11	3	2
7. einen sexuellen Höhepunkt zu genießen?	10	6	7	6	3	3	2
8. Zärtlichkeiten genießen zu können?	2	4	5	12	7	3	4
9. auf einen möglichen Sexualpartner anziehend zu wirken?	5	5	11	5	5	3	3
10. dass Sie die Haut eines vertrauten Menschen fühlen können?	1	3	5	11	11	3	3
11. sexuelle Phantasien ausleben zu können?	15	8	7	1	1	3	2
12. dass Sie jemandem Freude bereiten können??	1	2	5	16	7	3	3
13. sexuelle Befriedigung zu finden?	7	10	7	7	1	3	2
14. liebevoll in den Arm genommen zu werden?	1	6	2	11	12	3	2
15. sexuelle Lust zu bereiten?	6	7	7	4	7	3	3
16. dass Sie sexuelle Wünsche äußern dürfen?	5	10	4	7	6	3	2
17. sich zufrieden im Spiegel betrachten zu können?	4	11	11	3	3	3	2
18. dass jemand Ihre sexuellen Bedürfnisse versteht?	2	7	4	11	6	3	4
19. dass jemand an Ihnen Anteil nimmt?	2	5	6	12	7	3	2
20. auf Ihren Körper stolz zu sein?	7	8	6	8	3	3	2
21. dass sich jemand bemüht, Ihre sexuellen Bedürfnisse zu verstehen?	3	6	6	11	6	3	2
22. Komplimente für das Aussehen	6	6	8	8	4	3	2

3 Ergebnisse

23. die Wärme eines anderen Menschen spüren zu können?	0	5	2	14	10	3	3
24. dass jemand Ihre Sorgen mit Ihnen teilt?	0	3	5	11	13	3	2
25. dass Sie, wenn erforderlich, sexuelle Probleme offen ansprechen können?	3	4	8	8	9	3	2

Tabelle 3-3: Ergebnisse des Fragebogens „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ RSP

3.7 Ergebnisse der interferenzstatistischen Datenanalyse

Die unter 2.1 formulierte H 1- Hypothese, nach der zwischen den beiden Variablen *Häufigkeit einer für GV ausreichenden Erektion* und *Zufriedenheit mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht* ein positiver Zusammenhang besteht, wurde mithilfe des Korrelationskoeffizienten Kendall τ_b statistisch überprüft:

Hierfür wurden zunächst einmal die Daten hinsichtlich der beiden Variablen aus dem Gesamtdatensatz extrahiert. Die Variable (Häufigkeit einer für GV ausreichenden Erektion) wurde x1 genannt, die zweite (Zufriedenheit mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht) y1. N = 4 Männer machten keine Angaben bezüglich ihrer partnerschaftlichen Zufriedenheit in sexueller Hinsicht (daher finden sich in unten genannten Zahlenreihen nur 33 anstelle von 37 Antworten):

X1 (Erektion): 1,3,1,3,3,2,3,1,1,2,1,1,2,3,2,1,1,2,2,1,2,2,1,1,3,3,2,1,2,3,3,1,2

Y1 (Zufriedenheit): 1,2,3,3,2,1,2,1,1,4,1,3,2,2,2,1,1,2,3,1,2,4,1,1,2,2,1,1,3,4,5,1,2.

Im Anschluss erfolgte die statistische Hypothesenprüfung, die mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Kendall (vgl 2.5) durchgeführt wurde. Diese erbrachte eine Korrelation von $\tau_b = 0.521$. Die Korrelation ist dabei auf dem Niveau von $\alpha = 0,01$ signifikant (1-sided pvalue =0.000387795). Die Hypothese eines positiv-monotonen Zusammenhangs zwischen Ausprägungsgrad der Erektionsstörung und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht

3 Ergebnisse

bestätigte sich demnach: Je geringer die Häufigkeit, mit der die Erektion für GV ausreichend war, desto niedriger war die Zufriedenheit mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht. Dieses Ergebnis lässt sich mit Hilfe der Abbildung 3-14 besonders gut veranschaulichen: Hier kann man ablesen, dass der überwiegende Anteil der Befragten, die niemals eine für GV ausreichende Erektion erlangten, zum größten Teil angaben, mit ihrer Partnerschaft in sexueller Hinsicht gar nicht zufrieden zu sein (blauer Anteil des ersten Balkens).

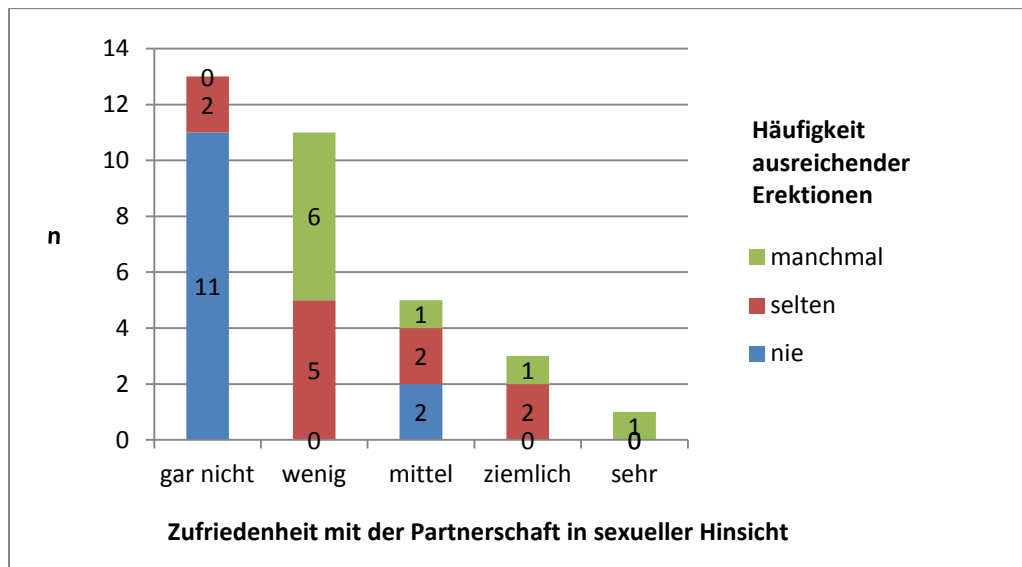


Abbildung 3-14: überlappende Darstellung von Schweregrad der Erektionsstörung und partnerschaftlicher Zufriedenheit in sexueller Hinsicht

Ebenso war es möglich, mit Hilfe des Rangkorrelationskoeffizienten nach Kendall einen eventuell bestehenden Zusammenhang zwischen den Variablen *Leidensdruck bezüglich der Erektionsstörung* und *Zufriedenheit mit der Partnerschaft in emotionaler Hinsicht* zu überprüfen. Hier lautet die ungerichtete H 1 Hypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck bezüglich der Erektionsstörung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht (entsprechend H 0: es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck bezüglich der Erektionsstörung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht). Äquivalent zu oben aufgeführter Rechnung wurden auch hier zunächst die für diese Rechnung relevanten Daten der beiden Variablen aus dem Gesamtdatensatz extrahiert. Die Variable (Leidensdruck bezüglich der Erektion) wurde x2 genannt, die zweite (Zufriedenheit mit der Partnerschaft in emotionaler Hinsicht) y2. N = 6 Männer machten keine Angaben bezüglich eben beschriebener

3 Ergebnisse

Variablen (daher finden sich in unten genannten Zahlenreihen nur 31 anstelle von 37 Antworten):

X2 (Leidensdruck) = 1,2,1,2,4,5,5,5,3,1,4,3,5,5,4,4,5,4,3,5,5,3,5,4,4,5,1,1,1,1,1

Y2 (Zufriedenheit) = 5,3,5,3,2,5,5,2,5,4,5,5,5,5,4,4,5,4,5,5,4,4,4,4,3,5,4,5,1,4,5.

Nun erfolgte die statistische Überprüfung, die mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Kendall (vgl 2.5) durchgeführt wurde. Diese erbrachte eine Korrelation von $\tau_b = 0.122$. Die Korrelation ist dabei auf dem Niveau von 0,05 NICHT signifikant (2-sided pvalue =0.44403). Ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck in Bezug auf die Erektionsstörung und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft in emotionaler Hinsicht bestätigte sich demnach nicht. Anders formuliert kann man also sagen, dass diejenigen Männer mit dem größten Leidensdruck ihrer Erkrankung nicht auch mit ihrer Beziehung in emotionaler Hinsicht am meisten belastet waren. Zumindest ließ sich ein solcher Zusammenhang mathematisch nicht nachweisen.

4 DISKUSSION

Die Fragen bezüglich des besonderen Patientenkollektivs, wie sie unter 2.2 ausführlich aufgeführt wurden, konnten mit Hilfe der deskriptiven Statistik detailliert beantwortet werden (vgl. 3.1 – 3.6). So wurde u.a. herausgefunden, dass die Männer, die wegen beeinträchtigter Erektion die andrologische Sprechstunde aufgesucht haben, nur zum Teil unter dieser Funktionsbeeinträchtigung auch litten. Dies verdeutlicht die klinische Relevanz einer Unterscheidung in EDy und EDi (vgl. 1.3 und 4.2).

Die Frage hinsichtlich eines möglichen Zusammenhangs zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität, so wie unter 2.1 als Hypothese formuliert, konnte mithilfe eines interferenzstatistischen Tests (Kendall Tau B) beantwortet werden (vgl. 3.7).

Aufgrund des Studiendesigns (Querschnittstudie) konnten keine Aussagen über Ursache und Wirkung gemacht werden. Das heißt in diesem Falle, dass es beispielsweise nicht möglich ist zu sagen, ob erst Konflikte in der Partnerschaft bestanden und diese dann zu einer sexuellen Funktionsstörung geführt haben oder ob es genau andersherum war (vgl. 1.5.3). Aussagen dieser Art sind aber vorab in der Planung der Studie auch nicht vorgesehen gewesen.

Eine weitere Limitation vorliegender Arbeit besteht in der besonders kleinen Stichprobengröße, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation nicht zulässt. Vor dem Hintergrund des besonderen Patientenkollektivs scheint eine solche Übertragung aber auch nicht sinnvoll (vgl. 2.5).

4.1 Erektionsstörung und Lebensqualität

Dass es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität – auch der partnerschaftsbezogenen – zwischen Männern mit und ohne Erektionsstörungen

4 Diskussion

gibt, konnte in der Berliner Männer-Studie nachgewiesen werden: So konnte u.a. gezeigt werden, dass betroffene Männer zwischen dem 40-59 Lebensjahr bezüglich der körperlichen Lebenszufriedenheit bzw. der körperlichen Summenskala einen signifikant niedrigeren Mittelwert erreichten als Nicht-Erkrankte (vgl. 4.5). Bei den 40-69-jährigen Männern gab es zusätzlich signifikante Unterschiede bzgl. des subjektiven Gesundheitszustandes, die psychische Lebensqualität war schließlich in allen vier Altersgruppen niedriger (7). Auch bei nun vorliegender Studie wurden die Männer sowohl nach ihrer allgemeinen Lebenssituation (Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst/ mit ihrem Leben?) als auch nach ihrer partnerschaftlichen Zufriedenheit befragt. Hier wurde weiter unterschieden zwischen partnerschaftlicher Zufriedenheit in emotionaler und in sexueller Hinsicht. Die Mehrheit der Befragten gab dabei an, sowohl mit der allgemeinen als auch mit der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität ziemlich bis sehr zufrieden zu sein. Bei der Frage nach der Zufriedenheit bezüglich des Sexuallebens – vgl. Abbildung 3-6 - und der partnerschaftsbezogenen Zufriedenheit in sexueller Hinsicht gab die Mehrheit an, gar nicht bis wenig zufrieden zu sein.

Dass eine Unzufriedenheit hinsichtlich des Sexuallebens bei vorliegender Stichprobe vorhanden war, verwundert nicht, da die Betroffenen ja wegen eines Problems aus dem Formenkreis sexueller Funktionsstörungen Hilfe suchten. Interessant ist allerdings, dass dieser Negativtrend hinsichtlich der allgemeinen Lebensqualität nicht nachzuweisen war. Hatten doch die unter 1.6.2 genannten Studien auch eine Einbuße der Lebensqualität nicht nur auf der Beziehungsebene verdeutlicht. Dies könnte eventuell mit dem Durchschnittsalter der hier befragten Männer zu tun haben. Es liegt bei ca. 59 Jahren. Eine Verminderung der allgemeinen Lebensqualität sowie Selbstzweifel und Ängste bei Erektionsstörungen treten vor allem bei jüngeren Männern auf (16).

Besonders interessant schien es nun weiter zu klären, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität gab. Dieser Zusammenhang konnte mithilfe statistischer Testverfahren erbracht werden (vgl. 3.7). Ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck hinsichtlich der Erektionsstörung und der Zufriedenheit der Partnerschaft in emotionaler Hinsicht bestätigte sich hingegen nicht (vgl. 3.7).

4 Diskussion

4.2 EDy vs. EDi

Warum in den großen Studien zur Prävalenz der Erektionsstörung die Zahlen z.T. stark voneinander abweichen, kann zum einen in kulturellen Faktoren begründet sein, viel wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Unterschiede wegen der verschiedenen Definitionen der Erektionsstörung, die der jeweiligen Studie zugrunde lagen, auftraten (vgl. 1.2, 1.4). Ein entscheidender Faktor scheint hier die Frage nach dem individuellen Leidensdruck zu sein, da hiervon ja auch das weitere Procedere bzw. Therapieentscheidungen für den Patienten abhängen. Wie wichtig diese Unterscheidung ist, wurde in der Berliner Männer-Studie deutlich: Hier konnte gezeigt werden, dass vor allem ältere Männer, bei denen erektile Funktionsbeeinträchtigungen nicht zuletzt wegen diverser somatischer Komorbiditäten und wegen physiologischer Alterungsprozesse häufiger auftreten, diese oft nicht als allzu belastend empfinden. Hier macht es demnach Sinn, von einer Funktionsbeeinträchtigung und nicht von einer Funktionsstörung zu sprechen (7). Dass diese Differenzierung im klinisch Alltag durchaus relevant ist, wird auch durch vorliegende Daten bestätigt: Zwar gaben 37 Männer an, dass die Erektion für Geschlechtsverkehr niemals, selten oder manchmal ausreichend war, es lag deshalb aber nur bei 24 Männern ein Leidensdruck vor. In Abbildung 3-4 ist der Leidensdruck hinsichtlich der Erektionsbeeinträchtigung und –störung graphisch dargestellt.

Die Frage, die sich nach Betrachtung dieser Zahlen stellt, ist, warum neun Männer, obwohl sie völlig frei von Leidensdruck waren, die andrologische Sprechstunde aufsuchten. Ebenso erstaunlich ist, warum vier der Probanden, die angaben mit ihrem Sexualleben ziemlich bis sehr zufrieden zu sein, in die Sprechstunde kamen. Leider ist in den Interviews nicht expliziert danach gefragt worden. In den Gesprächen mit den Probanden erwähnten diese aber bisweilen, dass ihre Erkrankung (auch) zum Leidensdruck bei der Partnerin geführt habe und sie deshalb ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollten. Das unterstreicht die Vermutung, dass die überwiegende Anzahl der Männer, die die andrologische Sprechstunde besuchten, ihre Erkrankung als Paarproblematik verstanden. In dem vorliegenden Falle litten die Männer also nicht an der erektilen Funktionsbeeinträchtigung, sondern an den Folgen, die diese für die Partnerschaft hatte. Wenn also aufgrund einer

4 Diskussion

sexuellen Funktionsbeeinträchtigung die Sexualität und damit eine intensive und intime Form der interpersonellen Kommunikationsfähigkeit Schaden nimmt oder gar ganz wegfällt (z.B. wegen oben beschriebener negativer Verstärkungsmechanismen wie Versagensangst oder zunehmender Selbstbeobachtung), so verwundert es nicht, dass daraus ein Leidensdruck auch auf Seiten der betroffenen Partnerinnen resultieren kann. Für die Intaktheit der Partnerschaften spricht dann allerdings besonders die Tatsache, dass die Männer mit der erektilen Funktionsbeeinträchtigung trotz fehlenden Leidensdruckes hinsichtlich der somatischen Ebene, sozusagen für ihre Partnerin die medizinische Hilfe suchten. So ist bei ihnen indirekt ein Leidensdruck erwachsen, der aber wie gesagt nicht auf körperlicher Ebene sondern auf psychosozialer Ebene heraus entstanden ist.

Um die Frage sicher klären zu können, ob dieser indirekte Leidensdruck (indirekt deshalb, weil der Leidensdruck, der letztlich zum Arzt führte, erst nach primärem Leidensdruck von Seiten der Partnerinnen heraus entstanden ist) tatsächlich bei den meisten Männern, die hinsichtlich ihrer beeinträchtigten Erektion selbst keinen Leidensdruck empfanden, ursächlich war für den Besuch der andrologischen Sprechstunde, wäre es sicherlich hilfreich gewesen, auch die Partnerinnen zu befragen. Dies war, insbesondere weil nicht alle Männer von ihren Partnerinnen begleitet wurden, leider nicht möglich. Weiter wurde darauf geachtet, dass – wenn die Männer zusammen mit ihrer Partnerin gekommen waren – diese bei der Befragung nicht anwesend war, um die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen im Rahmen des Interviews nicht zu gefährden.

Schließlich wäre auch ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck hinsichtlich der Erektionsstörung und der Beziehungszufriedenheit auf emotionaler Ebene denkbar gewesen. Um zu klären, ob die emotionale Belastung innerhalb der Partnerschaft mit steigendem Leidensdruck bzgl. der Erkrankung zunahm, wurde eine interferenzstatistische Rechnung vorgenommen, ein Zusammenhang konnte der statistischen Überprüfung jedoch nicht standhalten (vgl. 3.7).

Auch wiesen diejenigen Männer, die ohne Leidensdruck hinsichtlich der Erektionsstörung die Sprechstunde aufsuchten, keine weiteren sexuellen Funktionsstörungen auf.

4 Diskussion

4.3 Die Bedeutung der Erektionsstörung für die Partnerin

Da - wie gerade beschrieben - die Erektionsstörung des Mannes auch immer die Partnerin unmittelbar betrifft, ist es nicht verwunderlich, dass auch bei den Partnerinnen ein Leidensdruck entstehen kann. Einige der betroffenen Männer berichteten während des Interviews davon, dass sie ihre Sexualpraktiken zwar der Erkrankung angepasst hätten, ihre Partnerinnen aber dennoch mit der sexuellen Situation unzufrieden seien, insbesondere wenn keine Penetration mehr möglich war. Diese subjektiven Äußerungen werden von einer Umfrage, die an der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt wurde, bestätigt: Die Mehrheit der 102 befragten Frauen gab an, dass nur der Koitus zu vollständiger Befriedigung führte (61). Die Autoren vermuteten die Ursache für dieses Ergebnis vor allem in der emotionalen Bindung zum Partner. Ihrer Meinung nach sind die Nähe und Intensität, die beim Intimverkehr bestehen, einzigartig. Weiter spielt zwar für die Zufriedenheit mit dem Sexualleben insgesamt der Koitus die größte Rolle, hierbei ist aber die sexuelle Befriedigung durch den Koitus wichtiger als die Orgasmusfähigkeit (62). Auf der anderen Seite bestehen mittlerweile verschiedene Möglichkeiten, die Beziehungszufriedenheit durch Verbesserung der sexuellen Zufriedenheit zu erhöhen, auch wenn aufgrund von sexuellen Funktionsstörungen eine Penetration nicht (mehr) möglich ist. Der syndyastischen Sexualtherapie kommt hierbei eine herausragende Bedeutung zu (vgl. 1.7.3). So können zusammen mit einem Therapeuten andere Formen körperlicher Kommunikation erarbeitet werden, die Intimität, Nähe, Geborgenheit und Akzeptanz vermitteln und die Erprobung neuer sexueller Erfahrungen ermöglichen (63).

Diese wiederbelebende Kraft erfüllter Grundbedürfnisse ist erstaunlich groß und erklärt die oft überraschenden Therapieerfolge. Das gilt prinzipiell für alle sexuellen Störungsbilder, bewährt sich aber besonders bei der Behandlung von Paaren mit sexuellen Funktionsstörungen (64).

4 Diskussion

4.4 Die Erektionsstörung – eine Problematik des Paares

Besonders wichtig scheint in diesem Zusammenhang also, dass das Paar die Erektionsstörung als gemeinsame Problematik begreift. Damit es nicht zu einer negativen Verstärkung - wie unter 1.5.3 skizziert - kommt, sollte das Paar über sexuelle Wünsche und Bedürfnisse aber auch über Ängste und Probleme sprechen (65). Ob und in welchem Maße dies bei der Stichprobe erfolgte, kann in den Abbildungen 3-11 und 3-12 abgelesen werden.

Eben erwähnte Abbildungen machen deutlich, dass eine Mehrheit der befragten Männer mit ihren Partnerinnen über Sexualität spricht. Auch wurde bereits erwähnt, dass viele Partnerinnen ihre Männer in die andrologische Sprechstunde begleiteten, was den positiven Eindruck, nämlich dass bei vorliegender Stichprobe die Paare die Erektionsstörung überwiegend als gemeinsame Erkrankung verstanden und behandeln wollten – untermauert. Durch dieses Verständnis von der Genese und Aufrechterhaltung der Erkrankung als Paarproblematik kann ein gemeinsames Bemühen um eine Wiederherstellung von sexueller Zufriedenheit gelingen (66).

Bei der Therapie der sexuellen Funktionsstörung gilt für die paarbezogene Intervention aber auch, dass Einzelgespräche bzw. begrenzte Interventionen beim Einzelnen nicht ausgeschlossen werden. Insbesondere zu Beginn der Therapie – wenn u. U. die Bereitschaft des Partners, an der Therapie teilzunehmen, noch nicht vorhanden ist – sollte das Einzelgespräch mit dem Betroffenen gesucht werden, um so z. B. auch nach Gründen für die mangelnde Bereitschaft des Partners zu suchen (67). Z. T. kommt es aber auch beim Betroffenen selbst zunächst zu Widerständen bzgl. einer Miteinbeziehung des Partners. Auch hier gilt es dann, den Betroffenen zu motivieren, seine Ängste und Widerstände abzubauen, damit der Partner in das Gespräch miteinbezogen werden kann, da die Beteiligung des Partners oftmals entscheidend ist für den erfolgreichen Therapieverlauf (68).

4 Diskussion

4.5 Interpretation der Ergebnisse des RSP

In der Untersuchung von Klinger und Loewit in den 90er Jahren wurden bereits 110 Studenten der Medizin und Psychologie der Universität Innsbruck und 114 Angehörigen des Pflegepersonals der Universität Innsbruck mit dem Fragebogen RSP befragt (56). Die Ergebnisse beider Populationen wurden miteinander verglichen und es konnten signifikante soziodemographische Unterschiede festgestellt werden (geringeres Alter, mehr Männer, höhere Schulbildung, mehr Ledige, weniger Kinder und geringeres Einkommen in der Studentenpopulation). Es konnte so der Einfluss dieser soziodemographischen Variablen untersucht werden. Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit den Ergebnissen der nun durchgeführten Umfrage ist wegen der zu geringen Fallzahl leider nicht möglich bzw. wenig aussagekräftig. Es konnten aber Tendenzen bzgl. der fünf Bereiche (Körpergefühl, Zärtlichkeit, Lust, Liebe und Kommunikation) aufgezeigt werden (vgl. 3.6).

Die im Ergebnisteil gezeigte Abbildung 3-13 veranschaulicht, welchem der fünf Bereiche welcher Punktwert zugeordnet werden konnte. Der Bereich mit dem niedrigsten Punktwert beinhaltete die Fragen zum Thema Lust, der zweiniedrigste Punktwert ging an den Bereich des Körpergefühls. Hierbei gaben u.a. zehn Männer an, in den vergangenen vier Wochen sehr selten einen sexuellen Höhepunkt genossen zu haben, sechs selten, sieben manchmal, sechs häufig und drei sehr häufig, der Median liegt damit bei 2,56. Dieser eher niedrige Wert könnte u.a. eine Erklärung dafür sein, dass das allgemeine Körpergefühl der Männer mit Erektionsstörung weniger positiv ausgeprägt ist als bei Männern ohne diese Störung: Die Physiologie des Orgasmus ist seit den 1970er Jahren untersucht worden. Es ist bekannt, dass das Belohnungssystem und verschiedene Hormone wie z. B. Oxytocin dabei eine entscheidende Rolle spielen (16). Wenn nun dieses Belohnungssystem bzw. das neuroendokrine System des Orgasmus weniger häufig aktiviert wird als beim gesunden Mann, könnte dies möglicherweise die Reduktion eines positiven Körpergefühls erklären. Auch ist bekannt, dass Erektionsstörungen – insbesondere beim jungen Mann – erhebliche Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und die physiopsychologische Befindlichkeit und damit auch auf das Körpergefühl haben.

4 Diskussion

Der nächsthöhere Punktwert ging an den Bereich Kommunikation, gefolgt von den Bereichen Zärtlichkeit und Liebe. Dieser eher höhere Punktwert für den Bereich Kommunikation bestätigt erneut – wie unter 4.4 bereits erwähnt und in den Abbildungen 3-11 und 3-12 graphisch dargestellt - dass die Kommunikation innerhalb der Partnerschaften auch bezüglich sexueller Wünsche und Ängste bei vorliegender Stichprobe vorhanden war und so eine Anknüpfung z.B. für die therapeutische Arbeit vermutlich möglich wäre.

Die höchsten Punktwerte konnten den Bereichen Zärtlichkeit und Liebe zugeordnet werden. Die damit einhergehenden Emotionen wie z.B. das Angenommenfühlen, die Vermittlung von Akzeptanz und Nähe werden in der Sexualwissenschaft und Psychologie als psychosoziale Grundbedürfnisse beschrieben. Die Sexualität ermöglicht es auf einzigartige Weise, eben diese psychosozialen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Auch konnten Kleinplatz et Ménard 2007 im Rahmen einer Interviewstudie nachweisen, dass erst durch das Vorhandensein eben beschriebener Gefühle und durch das Befriedigen der Sehnsucht nach emotionaler Verbindung die Sexualität als großartig bzw. erfüllend bezeichnet wurde (69). Hierfür wurden Probanden beider Geschlechter befragt, die älter waren als 65 Jahre und in festen Partnerschaften zusammenlebten.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die befragten Männer in emotionaler Hinsicht mit ihren Partnerschaften mehrheitlich ziemlich und sehr zufrieden waren, was sich unter anderem darin zeigte, dass viele Männer von ihren Partnerinnen begleitet wurden (vgl. 4.7). So dürfte es überraschen, dass die meisten Studienteilnehmer ihre partnerschaftliche Zufriedenheit hinsichtlich der Sexualität dennoch überwiegend als unzureichend bezeichneten (vgl. 4.7) und das obwohl offensichtlich eine intensive emotionale Verbindung zu den Partnerinnen bestand. Dies macht deutlich, dass neben der Vermittlung psychosozialer Grundbedürfnisse Sexualität eben auch an die Funktionalität des Geschlechtsapparates geknüpft ist und eine losgelöste Betrachtung nur der psychosozialen (oder umgekehrt nur der somatischen) Ebene bei augenscheinlich starker Verknüpfung nicht möglich ist.

4 Diskussion

4.6 Komorbidität bei Erektionsstörungen

Aber auch eine Reihe von somatischen und psychischen Erkrankungen können das gerade angesprochene Körpergefühl maßgeblich beeinflussen. Es ist bekannt, dass Erektionsstörungen mit einer Reihe von somatischen Erkrankungen einhergehen (vgl. 1.5.1). Wie oben beschrieben, können diese letztlich auch an der Entstehung der Erektionsstörung mit beteiligt sein. Wie aber steht es um die Komorbidität an Erektionsstörungen erkrankter Männer hinsichtlich sexueller Funktionsstörungen? Tritt die Erektionsstörung isoliert auf oder ist sie auch mit anderen sexuellen Funktionsstörungen assoziiert? Diese Fragen wurden im Vorfeld der Studie für die detaillierte Beschreibung der Stichprobe, was ja u.a. auch ausdrückliches Ziel vorliegender Arbeit war, als wichtig erachtet, so dass die sexuellen Funktionsstörungen im Einzelnen bei den Probanden erfragt wurden. Hierzu gehörten die Appetenzstörung, die Orgasmusstörung, Ejakulationsstörung, der vorzeitige und der verzögerte Orgasmus, Schmerzen bei sexueller Aktivität, Störungen der postorgastrischen Entspannungsphase, negative Gefühle und Gedanken hinsichtlich sexueller Aktivität und die Aversionsstörung. Entscheidend bei der Auswertung der Daten war auch hier wieder, ob in Zusammenhang mit der sexuellen Funktionsstörung zusätzlich ein Leidensdruck vorhanden war oder nicht: So antworteten beispielsweise vier Männer, dass sie selten Lust auf Sex hatten, 14 manchmal, 18 oft und sehr oft (vgl. 3.3.2). Immerhin gaben hier aber auch sechs Männer an, dass sie ziemlich bis sehr unter der Häufigkeit, mit der sie Lust auf Sex hatten, litten. Allerdings ergab sich hier hinsichtlich der Ursache für den Leidensdruck kein übereinstimmendes Bild: Drei Männer litten deshalb unter der Häufigkeit, mit der sie Lust auf Sex hatten, weil ihre Appetenz bzgl. GV sich deutlich von der ihrer Partnerinnen unterschied: Die Partnerinnen wollten oft bis sehr oft Sex, die Männer selten bis manchmal. Bei den anderen drei Männern hingegen mit ziemlichem bis starkem Leidensdruck, verhielt es sich anders: Sie gaben an, dass sie oft bis sehr oft Lust auf Sex hatten, dieser aber wegen der Erektionsstörung auf die von ihnen gewünschte Art und Weise nicht möglich war. Aus dieser Konstellation heraus entstand für sie der Leidensdruck. Dieses Beispiel veranschaulicht, dass es sich hierbei also nicht um eine isolierte Funktionsstörung handelte, sondern dass sie konsekutiv – nämlich als Folge der Erektionsstörung - entstanden war. Ebenso war

4 Diskussion

auch die sexuelle Aversionsstörung eines Probanden entstanden: Er gab an, aufgrund seiner Erektionsstörung und den damit verbundenen Versagensängsten eine solche Aversion gegenüber sexueller Aktivität entwickelt zu haben, dass er diese zunehmend mied. Auch hier ist also die weitere - neben der schon bestehenden sexuellen Funktionsstörung – Folge der Erektionsstörung. Gleichzeitig war der Proband aber auch bereit, gemeinsam mit seiner Partnerin das Problem zu bewältigen. Unter diesen Bedingungen ist es durchaus sinnvoll und aussichtsreich, mit dem Paar eine auf die Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse ausgerichtete Sexualtherapie zu beginnen (64).

Weiter gaben 16 der 37 Männer an, niemals oder selten einen Orgasmus zu bekommen, elf Männer litten ziemlich bis sehr unter der Häufigkeit, mit der sie einen Orgasmus bekamen. Bemerkenswert ist schon, dass der ausbleibende Orgasmus, nach dem hier explizit gefragt wurde, nach der Erektionsstörung, die ja bei vorliegender Stichprobe alle Männer aufwiesen, die zweithäufigste sexuelle Funktionsstörung darstellte. Zieht man epidemiologische Daten hinzu, stellt man fest, dass es sich beim ausbleibenden Orgasmus beim Mann um ein eher seltenes Krankheitsbild mit einer Prävalenz von 8% handelt (70). Weiter ist es das seltenste Krankheitsbild, weswegen professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (16). Aber auch hier kam in den Gesprächen mit den Betroffenen heraus, dass es sich um eine Störung handelte, die erst in Zusammenhang mit der Erektionsstörung aufgetreten war. Einigen Männern war gar nicht klar, dass sie trotz Erektionsstörung immer noch orgasmusfähig waren. Eventuell liegt gerade in dieser eben beschriebenen Unsicherheit, die einen vermeintlichen Zusammenhang zwischen der bestehenden Erektionsstörung und der Orgasmusfähigkeit zulässt bzw. vermutet, dieser eher hohe Anteil begründet. Inwieweit andere paarbedingte oder intrapsychische Faktoren an dieser Stelle eine ursächliche oder mitbedingte Rolle spielen, kann nur vermutet werden, da nicht explizit danach gefragt wurde. Es ist aber vorstellbar, dass verschiedene Ängste (z.B. aufgrund der bestehenden Erektionsstörung) zu einer Orgasmushemmung geführt haben. Vor diesen Ergebnissen scheint die niedrige Anzahl derjenigen, die einen verzögerten Orgasmus angaben, erstaunlich: Nur ein Mann gab an, beim GV sehr oft einen verzögerten Orgasmus zu bekommen. Warum diese Zahlenwerte so stark voneinander abweichen, kann nur vermutet werden. Auch in der Literatur ist es schwierig Anhaltspunkte zu finden, da der gehemmte und der ausbleibende

4 Diskussion

Orgasmus meist zusammenfassend und nicht als eigenständige Krankheitsbilder betrachtet werden. Wenn wie oben erwähnt, hier ein Zusammenhang zwischen der Erektionsstörung und der Orgasmusstörung bestünde, wäre es möglich, dass die aus der Erektionsstörung resultierenden Verunsicherungen in den meisten Fällen eben nicht nur zu einer Orgasmushemmung, sondern sogar zu einem ausbleibenden Orgasmus geführt haben. Dies muss an dieser Stelle allerdings Spekulation bleiben. Es kann jedoch festgehalten werden, dass für beide Varianten der Orgasmusstörung (gehemmt und ausbleibend) in der Literatur beschrieben wird, dass die häufigste Form die koitale ist, das also der Orgasmus bei der Selbstbefriedigung vorhanden ist, beim Geschlechtsverkehr hingegen nicht bzw. verzögert (16). Auch bei der hier vorliegenden Stichprobe konnte dies bezüglich des gehemmt und des ausbleibenden Orgasmus bestätigt werden.

15 Männer gaben an, sehr oft, oft oder manchmal einen vorzeitigen Orgasmus bekommen zu haben. Vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um die häufigste sexuelle Funktionsstörung handelt mit einer Prävalenz von 29% (70), ist das nicht weiter verwunderlich. Auch war hier der Leidensdruck nicht so ausgeprägt wie bei der Erektionsstörung, da sich die meisten Paare mit dieser Funktionsstörung offensichtlich besser arrangierten. Das erklärt auch, warum das von der Pharmaindustrie beworbene und seit 2009 auf dem Markt zugelassene Medikament Dapoxetin, ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, das bei Ejaculatio praecox angewendet werden kann, bislang nicht das von der Industrie erhoffte Echo erbrachte. Auch das Arznei-Telegramm bezeichnete Priligy – so lautet der Handelsname – als teuer und dürrig wirksam, da es die Zeit bis zum Einsetzen der Ejakulation gegenüber Placebo nur um rund eine Minute verlängerte (71).

Schmerzen sowie negative Gefühle oder Gedanken vor, bei oder nach sexueller Aktivität spielten zahlenmäßig bei vorliegender Stichprobe so gut wie keine Rolle.

Weiter gaben zehn der 37 Männer an, nach dem GV niemals bis selten entspannt oder zufrieden zu sein. Vier dieser zehn Männer sagten im Gespräch, dass die Störung zeitgleich mit der Erektionsstörung aufgetreten sei. So lässt sich also auch hier ein Zusammenhang erkennen. In keinem Fall führte diese Störung jedoch zu ziemlichen oder starken partnerschaftlichen Problemen. Lediglich bei zwei Männern kam es hierdurch zu mittelgradigen partnerschaftlichen Problemen.

4 Diskussion

Abschließend kann also festgehalten werden, dass es bei den hier befragten Männern auch zu weiteren sexuellen Funktionsstörungen gekommen ist. Am häufigsten wurde in diesem Zusammenhang ein ausbleibender Orgasmus genannt. Ob diese Störungen Folge der Erektionsstörung waren, kann bei gleichzeitigem Auftreten beider Störungen als sehr wahrscheinlich erachtet werden. Weitere Untersuchungen hinsichtlich der Genese und Zusammenhänge wären hier dennoch wünschenswert. Weiter ist klar geworden, dass vielen Patienten die Überlappung einer weiteren sexuellen Funktionsstörung mit der wahrgenommenen und als dominierend empfundenen Erektionsstörung gar nicht recht klar war. Hier wäre eine Miteinbeziehung der Partnerin schon aus diagnostischen Gründen sicherlich sinnvoll. Da die partnerschaftliche Situation in den meisten Fällen günstig war, dürfte der Einbeziehung der Partnerin kaum etwas im Wege stehen.

4.7 Das besondere Patientenkollektiv

Um noch mehr Informationen über die partnerschaftliche Zufriedenheit von Männern mit Erektionsstörungen, die eine andrologische Sprechstunde besuchten, zu erhalten, wurden auch fünf Fragebögen aus der andrologischen Sprechstunde der Klinik am Urban in die Studie mit aufgenommen. Aus epidemiologischer Sicht scheint dies zunächst fragwürdig, da sowohl die Art der Datenerhebung (eigenes Ausfüllen anstelle eines mündlichen Interviews) als auch der Ort sich unterschieden. Dennoch wurde der Vorteil durch das Miteinbeziehen der Daten als größer erachtet: In der hier vorliegenden Arbeit geht es nicht darum herauszufinden, wie es um die partnerschaftsbezogene Lebensqualität von Männern mit einer bestimmten sexuellen Funktionsstörung bestellt ist. Um solch allgemeingültige Aussagen treffen zu können, ist es notwendig, eine viel größere Anzahl an Probanden zu rekrutieren. Die Studie soll stattdessen viel eher verstanden werden als eine erste Erfassung eines hoch selektiven Patientengutes, das dabei helfen soll, die Erkrankung mitsamt ihren Auswirkungen auf Lebensqualität und Partnerschaft besser zu begreifen. Sie soll aufzeigen, an welchen Stellen es noch unerwartete Ergebnisse und Unklarheiten gibt und wo es sinnvoll ist, weitere Fragen zu stellen und Hypothesen zu formulieren. Durch das Integrieren fünf detaillierter und gut ausgefüllter Fragebögen konnte man

4 Diskussion

diesem Ziel noch ein Stück näher kommen. Dass es sich bei vorliegendem Patientenkollektiv um ein ganz spezielles handelt, ist bereits mehrfach erwähnt worden. Dennoch soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass es hinsichtlich der partnerschaftlichen Zufriedenheit auch weitere – neben der unter 4.5 angesprochene - Überraschungen gab: Vermutet wurde ja, wie unter 2.1 formuliert, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität gibt. Diese H 1 – Hypothese wurde mittels Rangkorrelationskoeffizienten (vgl. 3.7) bestätigt: Mit steigendem Schweregrad der Erkrankung nahm die Zufriedenheit mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht ab. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle allerdings, dass im Rahmen dieser Berechnung der Schweregrad der Erkrankung über die Häufigkeit, der für Geschlechtsverkehr ausreichenden Erektionen, definiert wurde. Dass der Schweregrad der Erkrankung trotz einer höheren Frequenz ausreichender Erektionen bei Männern mit Erektionsstörungen zunehmen kann, wurde demnach als unwahrscheinlicher postuliert.

Dass die partnerschaftsbezogene Lebensqualität der Männer mit Erektionsstörung signifikant niedriger ist als bei Nicht-Betroffenen, wurde bereits in der Berliner Männer Studie belegt (7). Was allerdings überrascht, ist, dass wie in den Abbildungen im Ergebnisteil unter Item 17 dargestellt, die Probanden hier klar zwischen partnerschaftsbezogener Zufriedenheit in emotionaler und in sexueller Hinsicht differenzierten. Der Abbildung 3-8 kann man entnehmen, dass die Probanden trotz der sexuellen Funktionsstörung mehrheitlich mit ihrer Partnerschaft in emotionaler Hinsicht ziemlich bis sehr zufrieden waren. Der unter 1.5.3 skizzierte Circulus vitiosus, bei dem es im Rahmen von Erektionsstörungen zu einer Verstärkung partnerschaftlicher Konflikte kommt, ist also nicht immer auf alle Betroffenen anwendbar. Weiter gaben 31 Männer an, ihre Partnerin ziemlich bis sehr zu lieben. Offensichtlich lebten die Männer, die wegen einer Erektionsstörung aktiv Hilfe in Anspruch nahmen, mehrheitlich in sehr intakten Partnerschaften. Lediglich die Sexualität schien Anlass für Unmut zu liefern.

Dieses allgemein positive Bild bezüglich der partnerschaftlichen Situation ist während des Führens der Interviews von den Probanden deutlich vermittelt worden. Es schien fast so zu sein, dass gerade weil die Partnerschaften in emotionaler Hinsicht so zufriedenstellend waren, die Betroffenen ihre Sexualität als wichtigen Bestandteil der

4 Diskussion

Paarbeziehung trotz Erkrankung nicht aufgeben wollten. Dass emotionale Intimität hier überwiegend vorhanden war, scheint auch von den Zahlen hinsichtlich der sexuellen Appetenz untermauert zu werden. Der Blick auf diese Zahlen lohnt sich in diesem Zusammenhang deshalb, weil emotionale Intimität als Ursprung der Libido verstanden wird (28). Demnach dürfte die Appetenz bei beschriebener emotionaler Zufriedenheit in der Partnerschaft bei der Stichprobe nicht vermindert sein: Es gaben nur vier der 37 Männer an, selten Lust auf Geschlechtsverkehr zu haben (keiner sagte, niemals Lust auf GV zu haben). Knapp die Hälfte der befragten Männer gab an – trotz bestehender Erektionsstörung – sehr oft Lust auf Geschlechtsverkehr zu haben.

Um dieser Tendenz, nämlich dass die Männer wegen der hohen emotionalen Zufriedenheit in der Partnerschaft Hilfe aufsuchten, noch weiter auf den Grund zu gehen, müsste man weitere Befragungen anstellen. Hier wäre es zukünftig sicher sinnvoll, auch die Partnerinnen miteinzubeziehen. Dass es sich lohnt, dieser Frage weiter nachzugehen, wurde im Laufe der Studie immer deutlicher: Die partnerschaftliche Zufriedenheit offenbarte sich zunehmend als wichtige Ressource in der Therapie der Erektionsstörung (vgl. 4.8). Dass die partnerschaftsbezogene Lebensqualität in der Krankheitsbewältigung und in der Therapie chronischer Erkrankungen zunehmend eine Rolle spielen sollte, wurde an dem Beispiel des Prostatakarzinoms erst kürzlich untersucht: So konnten Green und Mitarbeiter 2011 zeigen, dass die Lebensqualität von Männern mit Prostatakarzinom u.a. mit höherem Bildungsgrad aber auch mit der partnerschaftlichen Zufriedenheit assoziiert war (72).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die meisten Probanden mit ihrer Partnerschaft sexuell unzufrieden waren (24 Probanden waren mit der Partnerschaft in sexueller Hinsicht gar nicht oder wenig zufrieden, außerdem gaben 24 der 37 Befragten einen Leidensdruck hinsichtlich der Erektionsstörung an). Weiter wurde von den Männern der Wunsch geäußert, die Sexualität zu verbessern, um so die Emotionalität, die offensichtlich vorhanden war (27 Männer waren mit der Partnerschaft in emotionaler Hinsicht ziemlich bis sehr zufrieden), noch zu erhöhen. In einem 2003 erschienenen Review wurde eben dieser Faktor analysiert: Es wurde die Güte sozialer Beziehungen hinsichtlich der Morbidität und Mortalität untersucht. Hierbei stellte sich heraus, dass sowohl die Qualität als auch die Quantität sozialer Beziehungen – welche bei den meisten Erwachsenen in Form der Ehe besteht – eine

4 Diskussion

wesentliche Rolle spielen. So haben beispielsweise Probanden, die in einer intakten Partnerschaft lebten, seltener körperliche Krankheitssymptome angegeben (73).

In der oben dargestellten, hohen emotionalen Beziehungszufriedenheit liegt die Chance für eine adäquate Behandlung der Erkrankung, sodass dies als Ressource in der Therapie unbedingt miteinbezogen werden sollte (vgl. 4.8).

4.8 Partnerschaft als Ressource

In der modernen Medizin gewinnt das Prinzip der Salutogenese hinsichtlich der Therapie jeglicher Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. So steht zu Beginn der Therapie nicht mehr nur die Frage nach den krankmachenden Faktoren (Ätiopathogenese), vielmehr wird zusätzlich nach Strategien und Ressourcen gefragt, die zur Gesundwerdung beitragen können (28). Demnach ist es nur sinnvoll, dass im Rahmen der Therapieplanung bei Erektionsstörungen – sowie bei anderen Erkrankungen mit partnerschaftlichen Dimensionen – auch der Partner in die Diagnostik und Behandlung miteinbezogen wird, um eben dieses salutogenetische Potenzial zu erhöhen.

Mittlerweile haben sich unterschiedliche Therapieformen in der Behandlung sexueller Funktionsstörungen etabliert, die diesem Grundsatz folgen. So wird beispielsweise in der syndyastischen Sexualtherapie über gemeinsame Gespräche Vertrauen zwischen den Partnern (wieder) geschaffen. Daneben sind auch Übungen der Partner zu Hause vorgesehen; wichtig ist also, dass sich die Partner füreinander Zeit nehmen, um aktiv an ihrer Partnerschaft und Sexualität zu arbeiten (vgl. 1.7.3). Die so geschaffene, verbesserte partnerschaftliche Situation wirkt sich dabei positiv auf das sexuelle Miteinander aus und anders herum. So kann es gelingen, dass Sexualität wieder als gemeinsames und je nach Alter und Gesundheitszustand individuelles Erlebnis empfunden wird. Sexuelle Mythen und Leistungsdruck in den Köpfen der Betroffenen, die eine sexuelle Funktionsstörung zusätzlich unterhalten und zu Enttäuschungen führen können, werden dabei überwunden (65). Dass dies in Zukunft zunehmend von Bedeutung sein wird, beweisen insbesondere Daten bezüglich der demographischen Entwicklung: Wenn das durchschnittliche

4 Diskussion

Lebensalter steigt, so wird auch das Thema Sexualität im Alter und die damit einhergehenden, physiologischen Veränderungen weiter enttabuisiert werden. Denn dass Sexualität entgegen der öffentlichen Medien keine Domäne der jüngeren Generation ist, haben 2000 Braun und Mitarbeiter bewiesen: hier gaben 71,3 % der Männer aus der ältesten Gruppe der Befragten (bis zum 80. Lebensjahr) an, sexuell aktiv zu sein (23).

Sogar die Bundesärztekammer hat 2003 schließlich der Bedeutung der partnerschaftlichen Komponente bei andrologischen Erkrankungen besonderen Nachdruck verliehen, als sie dies in der Definition der Andrologie im Rahmen der Weiterbildungsordnung formulierte: *Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Pubertas tarda sowie der Seneszenz des Mannes (74).*

Seit 2007 ist auch der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sexualmedizin über die Berliner Ärztekammer möglich. Hier werden gleich zu Beginn des Programms für die Weiterbildung Sexualmedizin die Weiterbildungsmerkmale definiert, die Paardimension wird dabei nach dem biopsychosozialen Verständnis von Sexualität an zweiter Stelle genannt (75). Demnach wird auch in diesem Curriculum der herausragenden Bedeutung der partnerschaftlichen Dimension hinsichtlich der sexuellen Funktion und deren Störungen Rechnung getragen.

Abschließend kann also festgehalten werden, dass die herausragende Bedeutung der Partnerschaft für die Entstehung, aber vor allem auch für die Therapie der Erektionsstörung in der vorliegenden Studie bestätigt werden konnte. Es bleibt zu hoffen, dass die in der Literatur beschriebene Tendenz weg von der rein funktionellen Betrachtungsweise der Erkrankung hin zu einem biopsychosozialen Ansatz weiter vorangetrieben wird. Hierfür sollten in zukünftigen Interviewstudien auch die Partnerinnen miteinbezogen werden.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Die Erektionsstörung ist eine häufige sexuelle Funktionsstörung, die bei den Betroffenen zu massivem Leidensdruck führt. In den großen bekannten Studien wie beispielsweise der Massachusetts Male Aging Study oder der Kölner Studie wird die Prävalenz zwischen 17,8-52% angegeben. Weiter ist bekannt, dass Männer mit Erektionsstörungen die niedrigste sexuelle Zufriedenheit unter den an sexuellen Funktionsstörungen Erkrankten aufweisen. Aber nicht nur die sexuelle, sondern auch die partnerschaftliche Zufriedenheit kann davon betroffen sein. In der Berliner Männer-Studie zeigte sich, dass unter den Betroffenen eine hohe partnerschaftsbezogene Lebenszufriedenheit signifikant seltener vorhanden war als bei den Nicht-Betroffenen. Bislang existieren jedoch keine Daten darüber, wie es um die partnerschaftliche Zufriedenheit derer steht, die aufgrund einer Erektionsstörung aktiv ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Weiter ist bislang nicht klar, ob es zwischen dem Schweregrad der Erektionsstörung und der partnerschaftsbezogenen Lebensqualität und zwischen dem Leidensdruck bezüglich der Erkrankung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht einen Zusammenhang gibt. Zur Klärung dieser Fragen soll vorliegende Arbeit beitragen.

In dem Zeitraum zwischen Februar und September 2010 wurden in der andrologischen Sprechstunde der Charité 32 Betroffene und in der andrologischen Spezialsprechstunde des Klinikums am Urban 5 Männer - insgesamt also $n = 37$ Patienten - hinsichtlich ihres sexuellen Erlebens und Verhaltens befragt. Empirische Instrumente dieser sexualmedizinischen Querschnittfragebogenuntersuchung waren eine verkürzte Form der FSEV und der RSP. Dabei wurden die meisten Fragebögen den Patienten nicht zum Ausfüllen überreicht, stattdessen wurden die Daten im Rahmen eines Interviews gewonnen. Im Anschluss wurden die Daten in eine Rohdatenbank eingespeist und nun mit Hilfe deskriptiver statistischer Methoden ausgewertet. Für die Überprüfung der aufgestellten Arbeitshypothese ($H_1 =$ es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit) wurde der Rangkorrelationskoeffizient Kendalls Tau angewendet.

5 Zusammenfassung

Es konnte ein signifikanter, positiv-monotoner Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Erektionsstörung und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in sexueller Hinsicht bestätigt werden. Ein Zusammenhang zwischen dem Leidensdruck und der partnerschaftlichen Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht konnte nicht nachgewiesen werden. Weiter zeigte sich, dass $n = 34$ Probanden aktuell in einer Form von Paarbeziehung lebten, $n = 3$ waren alleinstehend. Die partnerschaftlich gebundenen Männer lebten dabei durchschnittlich seit 18 Jahren in dieser Beziehung, 3,5 Beziehungen hatten sie durchschnittlich geführt. Überraschend war, dass $n = 27$ Männer mit ihrer Partnerschaft in emotionaler Hinsicht ziemlich bis sehr zufrieden waren. Aber nur $n = 4$ Männer waren in sexueller Hinsicht mit ihrer Partnerschaft ziemlich bis sehr zufrieden. Ob die überaus positiv empfundene Emotionalität im Rahmen der festen Partnerschaft Motor für den Gang zum Arzt war, muss zukünftig noch geklärt werden.

Die vorliegende Studie zeigte also, dass die Hilfe in Anspruch nehmenden Männer überwiegend eine hohe emotionale Beziehungszufriedenheit angaben und vielfach von ihren Partnerinnen in die andrologische Sprechstunde begleitet wurden. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Partnerinnen bei der Therapie der Erkrankung unterstützend miteingebunden werden können. Dies hebt die herausragende Bedeutung paarinterventioneller Therapiemethoden hervor, wie sie in der Medizin bislang noch zu wenig angewendet werden.

LITERATURVERZEICHNIS

1. Shokeir, A. A.; Hussein, M. I. (2004). Sexualität im Ägypten der Pharaonen. In: Schultheiss, D.; Stief, Ch. G.; Jonas, U. (Hrsg.): *Klassische Schriften zur erektilen Dysfunktion: Eine kommentierte Sammlung von Originaltexten aus drei Jahrtausenden*. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
2. Hartmann, U. (2000). Serie: Sexuelle Funktionsstörungen – Psychosomatische Aspekte bei Erektionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt*. 97 (10), A-615-619.
3. Fröhlich, G. (1998). Psychosomatik männlicher Sexualität. *Sexuologie*. 5 (4), 203-211.
4. Zilbergeld, B. (1994). *Die neue Sexualität der Männer*. Tübingen: Dgvt Verlag.
5. Klotz, T.; Mathers, M. J.; Klotz, R.; Sommer, F. (2007). Patients responding to phosphodiesterase type 5 inhibitor therapy: what do their sexual partners know? *J Sex Med*. 4 (1), 162-165.
6. Ackerman, M. D.; Carey, M. P. (1995). Psychology's role in the assessment of erectile dysfunction: historical precedents, current knowledge, and methods. *J Consult Clin Psychol*. 63 (6), 862-876.
7. Schäfer, G. A.; Englert, H. S.; Ahlers, Ch. J.; Roll, S.; Willich, S. N.; Beier, K. M. (2003). Erektionsstörung und Lebensqualität – Erste Ergebnisse der Berliner Männer-Studie. *Sexuologie*. 10 (2/3), 50-60.
8. Hatzimouratidis, K.; Amar, E.; Eardley, I.; Giuliano, F.; Hatzichristou, D.; Montorsi, F.; Vardi, Y.; Wespes, E.; European Association of Urology (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 57 (5), 804-814.
9. Deutsche Gesellschaft für Urologie. (2001). Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Libido- und Erektionsstörungen. *Der Urologe*. 40 (4), 331-339.
10. Beier, K. M. (1996). Sexuelle Funktionsstörungen nach dem DSM-IV. *Sexuologie*. 1 (3), 35-46.
11. Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 49 (6), 822-830.

12. Pschyrembel. (2002). *Klinisches Wörterbuch*. (259. Auflage). Berlin: Walter de Gruyter.
13. National Institutes of Health. (1993). Consensus development conference statement. National Institutes of Health. Impotence. December 7-9, 1992. *Int J Impot Res*. 5(4), 181-284.
14. Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier K. M. (2006). Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV. *Sexuologie*. 12 (3/4), 120-152.
15. Schaefer, G. A.; Ahlers, Ch. J. (2006). Differentialdiagnostische Diskussion der Erektionsstörung. *Der Urologe*. 45 (8), 967-974.
16. Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin*. (2. Auflage). Jena: Urban & Fischer.
17. Lizza, E. F.; Rosen, R. C. (1999). Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. *Int J Impot Res*. 11 (3), 141-143.
18. Bancroft, J.; Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: a theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neurosci Biobehav Rev*. 24 (5), 571-579.
19. Hatzimouratidis, K. (2007). Epidemiology of male sexual dysfunction. *Am J Mens Health*. 1 (2), 103-125.
20. Feldman, H. A.; Goldstein, I.; Hatzichristou, D. G.; Krane, R. J.; McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 151 (1), 54-61.
21. Johannes, C. B.; Araujo, A. B.; Feldman, H. A.; Derby, C. A.; Kleinman, K. P.; McKinlay, J. B. (2000). Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol*. 163 (2), 460-463.
22. Braun, M.; Klotz, T.; Reifenrath, B.; Wassmer, G.; Engelmann, U. (1998). „KEED“ – erster deutschsprachig validierter Fragebogen zur Erfassung der männlichen sexuellen Funktion. *Aktuelle Urologie*. 29 (6), 300-305.
23. Braun, M.; Klotz, T.; Reifenrath, B.; Mathers, M.; Wassmer, G.; Schoenenberger, A.; Engelmann, U. (2000). Die Prävalenz von männlichen Erektionsstörungen in Deutschland heute und in der Zukunft. *Aktuelle Urologie*. 31 (5), 302-307.

24. Englert, H.; Schaefer, G. A.; Roll, S.; Ahlers, Ch. J.; Beier, K. M.; Willich, S. (2007). Prevalence of erectile dysfunction among middle-aged men in a metropolitan area in Germany. *Int J Impot Res.* 19 (2), 183-188.
25. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th revised ed. (DSM-IV-TR) APA, Washington, DC. Deutsche Bearbeitung: Saß, H.; Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
26. Bortolotti, A.; Parazzini, F.; Colli, E.; Landoni, M. (1998). The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl.* 20 (6), 323-334.
27. Kockott, G.; Fahrner, E.-M. (2000). Sexualstörungen des Mannes. Göttingen: Hogrefe & Huber.
28. Beier, K. M.; Loewit, K. (2011). Praxisleitfaden Sexualmedizin – Von der Theorie zur Therapie. Berlin: Springer.
29. Krause, W.; Müller, H.-H. (1999). Der Zusammenhang von sexuellen Funktionsstörungen mit hormonellen Befunden, Krankheiten und Medikamenten bei andrologischen Patienten. *Sexuologie.* 6 (4), 193-202.
30. Langer, D.; Beier, K. M. (1999). Prinzipien der substanzinduzierten Störung sexueller Funktionen. *Sexuologie.* 6 (4), 203-213.
31. Kaplan, H. S. (1981). Hemmungen der Lust: neue Konzepte der Psychosexualtherapie. Stuttgart: Enke.
32. Egidi, K.; Bürger, G. (1981). Das Gefühl der Befriedigung. Was Sexualforscher nicht erfassen können, sagen die Frauen selbst. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
33. Leiblum, S. R.; Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. *J Sex Marital Ther.* 17 (2), 147-159.
34. Willi, J. (1975). Die Zweierbeziehung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
35. Levine, S. B. (1992). Intrapsychic and interpersonal aspects of impotence: psychogenic erectile dysfunction. In: Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (eds): *Erectile disorders. Assessment and treatment.* New York: Guilford.
36. Beier, K. M.; Loewit, K. (2004). Lust in Beziehung. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie als fächerübergreifendes Therapiekonzept der Sexualmedizin. Berlin: Springer.

37. Fugl-Meyer, A. R.; Lodnert, G.; Bränholm, I. B.; Fugl-Meyer, K. S. (1997). On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 9 (3), 141-148.
38. Panser, L. A.; Rhodes, T.; Girman, C. J.; Guess, H. A.; Chute, C. G.; Oesterling, J. E.; Lieber M. M.; Jacobsen, S. J. (1995). Sexual function of men ages 40 to 79 years: The Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *J Am Geriatr Soc.* 43 (10), 1107-1111.
39. McCabe, M. P.; Matic, H. (2008). Erectile dysfunction and relationships: views of men with erectile dysfunction and their partners. *Sexual and Relationship Therapy.* 23 (1), 51-60.
40. Beier, K. M.; Ahlers, Ch. J. (2005). Sexuelle Gesundheit und partnerschaftliche Zufriedenheit: Leitfaden zur syndyastischen Sexualtherapie. Berlin: Pairedata.
41. Hartmann, U. (1999). Sildenafil (Viagra) in der Sexualmedizin: Fakten, Mythen, Möglichkeiten. *Sexuologie.* 6 (3), 235-244.
42. Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H. (2003). Sildenafilzitat (Viagra) in der Therapie der erektilen Dysfunktion. *Sexuologie.* 10 (2/3), 90-96.
43. Schneider, T.; Sperling, H.; Rübben, H. (2002). Prostaglandin E1 und lokale Therapie der erektilen Dysfunktion. *Sexuologie.* 9 (4), 180-185.
44. Sohn, M. (1994). Möglichkeiten und Grenzen urologischer Operationstechniken zur Behandlung der erektilen Dysfunktion des Mannes. *Sexuologie.* 1 (1), 38-49.
45. Aubin, S.; Heiman, J. R.; Berger, R. E.; Murallo, A. V.; Yung-Wen, L. (2009). Comparing Sildenafil Alone Vs. Sildenafil Plus Brief Couple Sex Therapy on Erectile Dysfunction and Couples' Sexual and Marital Quality of Life: A Pilot Study. *J Sex Marital Ther.* 35, 122-143.
46. Loewit, K. (1994). Kommunikationszentrierte Sexualtherapie: Theorie und Umsetzung. *Sexuologie.* 2 (1), 101-112.
47. Gambescia, N.; Sendak, S. K.; Weeks, G. (2009). The Treatment of Erectile Dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy.* 20, 221-240.
48. Beier, K. M.; Hartmann, U.; Bosinski, H. A. G. (2000). Bedarfsanalyse zur sexualmedizinischen Versorgung. *Sexuologie.* 7 (2), 63-95.
49. Rosen, R. C.; Leiblum, S. R. (1995). Case Studies in Sex Therapy. New York: Guilford.

50. Sobecki J. N.; Curlin F. A.; Rasinski K. A.; Lindau S. T. (2012). What we don't talk about when we don't talk about sex: results of a national survey of U. S. obstetrician/ gynecologists. *J Sex Med.* 9 (5), 1285-1294.
51. Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2004). Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung und der sexualmedizinischen Praxis – Ein Überblick über die Fragebogenentwicklung in Sexualwissenschaft und Sexualmedizin. *Sexuologie.* 11 (3/4), 74-97.
52. Davis, C. M.; Yarber, W. L.; Bauserman, R.; Schreer, G. E.; Davis, S. L. (eds) (1998). *Handbook of Sexuality-Related Measures.* Thousand Oaks, CA: Sage.
53. Ahlers, Ch. J.; Beier, K. M. (2000). „Strukturierte Sexual-Anamnese“ SSA. Berlin: Pairedata
54. Ahlers, Ch. J.; Neutze, J.; Hupp, E.; Mundt, I. A.; Konrad, A.; Beier, K. M.; Schaefer, G. A. (2008 a). Erhebungsinstrumente in der klinischen Sexualforschung – Teil II. *Sexuologie.* 15 (3-4), 82-103.
55. Ahlers, Ch. J.; Schaefer, G. A.; Beier, K. M. (2002). „Fragebogen zum sexuellen Erleben und Verhalten“ FSEV. Berlin: Pairedata.
56. Klingler, O. J.; Loewit, K. (1996). Der Fragebogen „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ (RSP) – Konzeption und erste Ergebnisse zur Validität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie.* 17 (4), 268-275.
57. Bortz, J.; Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung – Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben.* (3. Auflage). Berlin: Springer
58. Fahrmeier, L.; Künstler, R.; Pigeot, I.; Tutz, G. (2009). *Statistik: Der Weg zur Datenanalyse (Springer-Lehrbuch).* Berlin: Springer.
59. Ahlers, Ch. J. (2010). *Paraphilie und Persönlichkeit – Eine empirische Untersuchung zur Prävalenz von Akzentuierungen der Sexualpräferenz und ihrem Zusammenhang mit dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit.* Dissertation, Charité -Universitätsmedizin Berlin
60. Genest, F. (2013). *Sexuelle Funktionsstörungen und sexuelle Präferenzstörungen – eine Analyse der Überlappung beider Störungen und deren Auswirkungen auf die partnerschaftliche Bindungssituation.* Med. Dissertation, Charité - Universitätsmedizin Berlin (zur Publikation angenommen).

Literaturverzeichnis

61. Philippsohn, S.; Hartmann, U. (2009). Determinants of sexual satisfaction in a sample of German women. *J Sex Med.* 6 (4), 1001-1010.
62. Philippsohn, S; Heiser, K.; Hartmann, U. (2002). Sexuelle Befriedigung und Sexualmythen bei Frauen: Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zu den Determinanten sexueller Zufriedenheit. *Sexuologie.* 9 (4), 148-154.
63. Schnarch, D. (1997). *Passionate Marriage.* New York: Holt & Co.
64. Loewit, K. (2001). "Das ganze Leben hat sich geändert!" Psychosoziale Grundbedürfnisse und partnerschaftliche Lebensqualität. *Sexuologie.* 8 (2), 88-93.
65. McCarthy, B. W.; Metz, M. E. (2008). The "Good-Enough Sex" model: a case illustration. *Sexual and Relationship Therapy.* 23 (3), 227-234.
66. McCarthy, B. W.; Fucito, L. M. (2005). Integrating medication, realistic expectations, and therapeutic interventions in the treatment of male sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 31 (4), 319-328.
67. Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G.; Fröhlich, G.; Hartmann, U.; Loewit, K.; Peglau, M.; Rauchfuß, M.; Völkel, H.; Vogt, H.-J. (2000). Praxisleitlinien der Akademie für Sexualmedizin zur Diagnostik und Therapie von sexuellen Störungen. *Sexuologie.* 7 (2/3), 170-181.
68. Rösing, D. (2002). „Vertrauen und Sicherheit sind jetzt vorhanden. Die Partnerschaft ist zusammengewachsen.“ *Sexuologie.* 9 (3), 137-139.
69. Kleinplatz, P. J.; Ménard, A. D. (2007). Building Blocks Toward Optimal Sexuality: constructing a Conceptual Model. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and families.* 15 (1), 72-78.
70. Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States.* University of Chicago Press.
71. Arznei-Telegramm (2009). Neu auf dem Markt: Dapoxetin (Priligy) bei vorzeitiger Ejakulation. 40 (6), 54-56.
72. Green, H. J.; Wells, D. J. N.; Laakso, L. (2011). Coping in men with prostate cancer and their partners: a quantitative and qualitative study. *Eur J Cancer Care.* 20, 237-247.
73. Robles, T. F.; Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiol Behav.* 79 (3), 409-416.

74. Bundesärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (2003). Musterweiterbildungsordnung in der Fassung vom 25.06.2010. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_07122011.pdf (abgerufen am 26. Februar 2013).
75. Vogt, H.-J.; Loewit, K.; Wille, R.; Beier, K. M.; Bosinski, H. A. G. (1995). Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“: Bedarfsanalyse und Vorschläge für einen Gegenstandskatalog. *Sexuologie*. 2 (2), 65-89.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1: Partnerschaftliche Konflikte als Ursache und Folge von Erektionsstörungen

Abbildung 2-1: Die sechs Fassungen des FSEV

Abbildung 3-1: Altersverteilung der Studienteilnehmer

Abbildung 3-2: Darstellung der Häufigkeiten der Bindungssituationen

Abbildung 3-3: Darstellung des Schweregrades der Erektionsstörung bei der Stichprobe

Abbildung 3-4: Leidensdruck durch beeinträchtigte Erektion

Abbildung 3-5: Das sexuelle Appetenzverhalten der Stichprobe

Abbildung 3-6: Zufriedenheit mit dem Sexualleben

Abbildung 3-7: Die partnerschaftliche Zufriedenheit der Stichprobe

Abbildung 3-8: Partnerschaftliche Zufriedenheit in emotionaler Hinsicht

Abbildung 3-9: Partnerschaftliche Zufriedenheit in sexueller Hinsicht

Abbildung 3-10: Liebe gegenüber der Partnerin

Abbildung 3-11: Sprechen über sexuelle Bedürfnisse und Wünsche

Abbildung 3-12: Sprechen über sexuelle Ängste und Sorgen

Abbildung 3-13: Die mittleren Punktwerte für die Bereiche Lust, Körpergefühl, Kommunikation, Zärtlichkeit und Liebe – Ergebnisse des RSP

Abbildung 3-14: überlappende Darstellung von Schweregrad der Erektionsstörung und partnerschaftlicher Zufriedenheit in sexueller Hinsicht

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1-1: Klassifikation erektiler Funktionsstörungen nach Lizza und Rosen (17)

Tabelle 1-2: Tabelle 1-2: Die Altersabhängigkeit der Erektionsstörung – Ergebnisse der Massachusetts Male Aging Study (21)

Tabelle 1-3: Prävalenz der Erektionsstörung – Ergebnisse der Kölner Studie (23)

Tabelle 1-4: Die Prävalenz der Erektionsstörung in Abhängigkeit vom Alter – nach der Berliner Männer-Studie (7)

Tabelle 1-5: Prozentualer Anteil der an Erektionsstörungen erkrankten Männer mit Behandlungswunsch – Ergebnisse der Berliner Männer-Studie (7)

Tabelle 3-1: Stichprobenbeschreibung bzgl. der Ausbildungs- und beruflichen Situation (n=37)

Tabelle 3-2: Angaben über den Ort des Aufwachsens

Tabelle 3-3: Ergebnisse des Fragebogens „Ressourcen in Sexualität und Partnerschaft“ RSP

EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

„Ich, Maria Schimek, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zu den Auswirkungen von Erektionsstörungen auf die partnerschaftliche Zufriedenheit“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum:

Unterschrift:

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

DANKSAGUNG

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus M. Beier

Mein besonderer Dank gilt Professor Beier, der mich während meines Promotionsvorhabens intensiv betreut hat. Durch die vielseitigen Anregungen seinerseits und die kontinuierliche Unterstützung ist diese Arbeit erst möglich geworden.

Priv. - Doz. Ahmed Magheli und Priv. - Doz. Stefan Hinz

Recht herzlich möchte ich mich bei den oben genannten Oberärzten der Urologie der Charité (CCM) bedanken. Mit ihrer Unterstützung und konstruktiven Kritik waren sie mir bei der Durchführung und Fertigstellung der Arbeit sehr behilflich. Auch hatten sie bei Fragen immer ein offenes Ohr.

Wolfgang von Pokrzywnitzki

Dem Oberarzt der Urologie des Klinikums am Urban danke ich für die unkomplizierte und spontane Bereitschaft, Patienten der andrologischen Sprechstunde für die Studie zu gewinnen.

Ebenfalls danken möchte ich den Ärzten der andrologischen Sprechstunde der Charite: Dr. med. Jürgen Kramer, Robert Peters, John Buckendahl und Nils Gilbert; sie haben meine Arbeit in der Poliklinik zu jeder Zeit unterstützt. Auch das Pflegepersonal der Poliklinik war stets hilfsbereit, freundlich und immer bemüht, mich in organisatorischen Fragen zu unterstützen. Mein besonderer Dank gilt auch Frau Dimitrowa, die jederzeit ansprechbar und sehr hilfsbereit war. Auch danke ich Frau Dr. med. Franca Genest, die stets zuverlässig war.

Weiter möchte ich es nicht versäumen, mich bei allen Patienten zu bedanken, die sich bereit erklärt haben, an der Befragung teilzunehmen. Ohne ihr Vertrauen und ihre Bereitschaft, mir ehrlich und ausführlich zu antworten, hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

Einen ganz herzlichen Dank möchte ich meiner Freundin Marianne Tatschner aussprechen, die mich zu jedem Zeitpunkt motiviert hat und die mir die Freude, die wissenschaftliches Arbeiten machen kann, vermittelt hat.

Schließlich danke ich meinen Eltern, Dr. theol. Bernd Wildemann, Pfarrer im Ruhestand, und Helga Wildemann, die mich während meins Studiums und beim Schreiben dieser Arbeit, insbesondere durch die liebevolle Betreuung meiner Kinder, sehr unterstützt haben.