

# Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

## Kardiovaskuläre Erkrankungen und sexuelle Aktivität aus der Sicht eines Rehabilitationskardiologen

Bernardo A

*Journal für Kardiologie - Austrian*

*Journal of Cardiology* 2001; 8 (4)

115-118

Homepage:

**[www.kup.at/kardiologie](http://www.kup.at/kardiologie)**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche



Offizielles  
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des  
Österreichischen Herzfonds



**ACVC**  
Association for  
Acute CardioVascular Care

In Kooperation  
mit der ACVC

Indexed in ESCI  
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031105M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# Veranstungskalender

## Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine  
auf einem Blick unter

[www.kup.at/images/ads/kongress.pdf](http://www.kup.at/images/ads/kongress.pdf)

# KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN UND SEXUELLE AKTIVITÄT AUS DER SICHT EINES REHABILITATIONSKARDIOLOGEN

## EINLEITUNG

Nicht erst seit der Markteinführung des oral wirksamen Phosphodiesterase-Hemmers Sildenafil (Viagra®) sind betroffene Patienten bereit, über Störungen oder Ängste bezüglich sexueller Aktivität zu sprechen. Allerdings ist durch das intensive öffentliche Interesse des Laien- und Fachpublikums an der Behandelbarkeit von Erektionsstörungen auch die Bereitschaft zum Gespräch (z. B. im Rahmen der kardialen Rehabilitation) stark angestiegen. Das Alter der interessierten Patienten differiert entsprechend den unterschiedlichen Diagnosen, die zu einer kardialen Rehabilitation führen bzw. berechtigen, sehr stark.

## DIE INDIKATIONEN ZUR KARDIALEN (STATIONÄREN) REHABILITATION SIND

- |                                                                                 |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ♥ Koronare Herzerkrankung                                                       | ± Herzinfarkt<br>± Ballondilatation<br>± Bypassoperation |
| ♥ Valvuläre Herzerkrankung oder Klappenersatz                                   | ± Rekonstruktion                                         |
| ♥ Marfan-Syndrom                                                                | ± Gefäßersatz<br>± Klappenersatz                         |
| ♥ Herzinsuffizienz bei unterschiedlichen Herzerkrankungen                       |                                                          |
| ♥ Kardiomyopathien                                                              |                                                          |
| ♥ Hypertonie mit Folgezuständen                                                 |                                                          |
| ♥ Operation bei angeborenem Herzfehler                                          |                                                          |
| ♥ Status nach Herztransplantation, v.a. mit sehr unterschiedlicher Komorbidität |                                                          |

## DIE „KLASSISCHEN“ RISIKOFAKTOREN FÜR EINE EREKTILE DYSFUNKTION SIND

- ♥ Alter
- ♥ Chronische Erkrankungen (Arteriosklerose, Herzerkrankung, Diabetes, Hypertonie und Depression)
- ♥ Zigarettenrauchen
- ♥ Alkoholabusus
- ♥ Bestimmte Medikamente u. a.

Geschätzte Raten an erektiler Dysfunktion werden mit 39 % für Männer im Alter von 40 Jahren und 67 % bei Männern im Alter von 70 Jahren angegeben.

## DIE GESPRÄCHE

Im Rahmen der Anamneseerhebung kann bereits routinemäßig – aber möglichst einfühlsam – nach Erektionsproblemen oder Störungen des Sexuallebens gefragt werden. Je nachdem, wie früh die Patienten nach einem entsprechenden Eingriff oder einer erstmalig erlebten Bedrohung zur Aufnahme kommen, können sie allerdings noch ohne eine solche Erfahrung sein. So ergibt sich im Verlaufe der Rehabilitation noch die Möglichkeit, danach zu fragen, v. a. nach eventuell bestehenden Ängsten. Wenn immer möglich, sind die Partnerinnen bzw. Partner (auch an Homosexuelle denken!) in die Gespräche einzubeziehen. Die Atmosphäre für solche Gespräche sollte sehr offen sein (keine Tabus), Zeitdruck darf nicht bestehen, so daß vor geplanten Gesprächen auch der zur Verfügung stehende Zeitrahmen bekannt sein sollte.

Es ergibt sich durchaus die Frage, wer solche Beratungsgespräche führen sollte. Dazu bedarf es vorbereitender Gespräche unter den betreuenden Ärzten, Pflegekräften und Psychologen/Psychiatern und auch dem Servicepersonal. Sie allesamt können ja angesprochen sein, aber je nach persönlichem Hintergrund nicht unbedingt darüber sprechen mögen. Deshalb sollte klar sein, wer dafür zur Verfügung steht.

Welch eine Rolle das *Sexualleben vor der Erkrankung* gespielt hat, ist durchaus sehr wesentlich. Dabei ist ausdrücklich die Rolle des Betroffenen (im Alltag wie auch im Bett) und des Partners/der Partnerin zu erfragen:

- ♥ Wie stehen oder standen die Partner überhaupt zueinander?
- ♥ Gab es ein sexuelles Verlangen?
- ♥ Gibt oder gab es zu diesem Thema Gespräche?
- ♥ Wird oder wurde nur einfach gehandelt?
- ♥ Herrscht Zufriedenheit mit der sexuellen Aktivität bzw. mit dem Erlebten?
- ♥ Gibt es drängende Wünsche, die nie erfüllt wurden bzw. erfüllt werden können?
- ♥ Ist die Partnerin/der Partner gesund oder ebenfalls erkrankt, z. B. an jahrelangem schlecht eingestelltem Diabetes mellitus?
- ♥ Ist gegenseitiger Respekt vorhanden?
- ♥ Ist oder war die gemeinsame sexuelle Aktivität eine ungeliebte „Pflichtübung“?
- ♥ Gab es schon vor der jetzigen Situation Versagensängste von Seiten des Mannes?
- ♥ Gibt es noch Liebe und Zärtlichkeit oder sind diese schon lange zurückliegend?
- ♥ Gibt es Abhängigkeiten zu berücksichtigen?

Das **Jetzt des eigenen Erlebens** in der Rehabilitationsphase ist gekennzeichnet vom „Ausprobieren danach“ sowohl hinsichtlich des aktiven Bewältigens des Rehabilitationsalltages mit Vorträgen, sportlicher Betätigung etc. als auch der innerlichen und psychischen Bewältigung des Krankseins. Diese innere und äußere Verarbeitung bzw. Auseinandersetzung mit der Erkrankung oder deren Folgen ist individuell sehr unterschiedlich. Auch stärkere körperliche Handicaps werden durchaus von manchen Patienten derart gut „weggesteckt“, daß sie bzgl. des Sexuallebens keine geäußerten Folgen haben. Andererseits sind gut vorankommende und körperlich sehr leistungsfähige Patienten durchaus davon überrascht, daß sie noch nicht den Mut haben, die altgewohnten Lebensweisen inklusive der sexuellen Gewohnheiten wieder aufzunehmen. Eine Wattzahl aus einer Kontrollergometrie (z. B. 1,8 Watt pro Kilogramm Körpergewicht) macht eben noch nicht eine entsprechende sexualaktive „Leistungsbereitschaft“ aus.

Das Leben nach der Rehabilitation ist selbstverständlich durch die Zeit vor der Erkrankung geprägt, weswegen die oben beschriebene Anamnese notwendig für das Verständnis und für die Besprechung der individuellen Rehabilitationsziele ist. Für ergiebige Gespräche sollten – wenn immer möglich – Paargespräche stattfinden können. Wenn, dann sind ja sowieso beide Partner davon betroffen, und beide sollten über die Schwierigkeiten sprechen können und über Behandlungsmöglichkeiten (Medikamente ebenso wie Sexualtherapeut) informiert werden. Auf diese Weise sollte die Lebensqualität des chronisch Herzkranken, deren wichtiger Bestandteil eben auch Sexualität und Erotik sind, durch das Eingehen auf Einstellungen, Prägungen, Risikofaktoren und Erfahrungen sowie die Vorstellungen und Phantasien der beiden Partner positiv gestaltet werden können.

## DIE GESPRÄCHSINHALTE

Verständnis zu schaffen für die Erkrankung, die zur Behandlung und Rehabilitation führte, ist ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitationsphase. Das heißt, Informationsvermittlung muß sehr verständlich durchgeführt werden, um es dem Patienten zu ermöglichen, trotz der Erkrankung oder des „bedingten Gesundseins“ gut mitzuwirken.

Befundbesprechungen müssen in ihrer funktionellen Auswirkung erläutert werden, so z. B. die eingeschränkte EF, die „belastungsinduzierte oder stumme Myokardischämie“, ein noch nicht voll belastbares „Sternum“, ein „intravaskulärer Stent bei Aortendissektion“ etc.

Risikofaktoren für Arteriosklerose wie Rauchen, Diabetes mellitus, Hypertonie usw. müssen bezüglich ihrer Folgen auf die Sexualfunktion besprochen werden. Letztlich muß darauf hingewiesen werden, daß bei sehr guter Stoffwechseleinstellung bzw. sehr guter Einstellung des Blutdruckes die Sexualfunktion sehr wohl wieder gebessert werden kann.

## DIE MEDIKAMENTÖSE BEGLEITTHERAPIE

muß gerade im Zeitalter der Sildenafil-Anwendung (ggf. über Internet erworben/bezogen) diskutiert werden. Hier seien deshalb die **absolut kontraindizierten Begleitwendungen** genannt:

Alle NO-Donatoren:

- ♥ Nitrate (sublingual, oral, lang- und kurzwirksam, Pflaster)
- ♥ Amylnitrit (cave Gradiententestung bei Verdacht auf LVOT-Obstruktion im Echolabor)
- ♥ „Schnüffler“ von Nitrit, Nitrolacken etc., „Poppers“ (eine Gruppe chemischer Substanzen, wie Alkylnitrit, Isobutylnitrit [z. B. auch im Sprengstoff TNT enthalten], welche eingeatmet oder geschnüffelt werden können)
- ♥ Molsidominhaltige Medikamente
- ♥  $\beta$ -Blocker Nebivolol (Nebilet®, in Österreich nicht im Handel)
- ♥ Kaliumkanalblocker Nicorandil (Dancor®)

Eine Reihe von Medikamenten muß als möglicherweise individuell synergistisch blutdrucksenkend erwähnt werden, wobei negative Auswirkungen bislang in Studien nicht mitgeteilt wurden:

- ♥ ACE-Hemmer
- ♥ Kalziumantagonisten
- ♥  $\alpha$ - und  $\beta$ -Blocker
- ♥ Thiaziddiuretika
- ♥ Schleifen- und kaliumsparende Diuretika

(Eine ausführliche Liste ist über das ACC/AHA Expert Consensus Dokument zu erhalten.)

Patienten mit thorakalen Schmerzen müssen wissen, daß im Falle eines notfallmäßigen Hausarzt- oder Notarztbesuches eine Viagra®-Einnahme angegeben werden muß. Umgekehrt muß ein Arzt im Notfalleinsatz nach einer vorausgegangenen Einnahme von Viagra® fragen und darf entsprechend auch keinen NO-Donator geben. Bei jeglicher Hypotension sollte an eine Viagra®-Einnahme gedacht werden.

Wir informieren Patienten mit KHK dahingehend, daß nach einer Einnahme eines Nitro-Präparates auch nach der kurzwirksamen Nitroglycerinkapsel wenigstens 24 Stunden vergangen sein sollten, bis Viagra® eingenommen werden kann. Nach Einnahme von Viagra® sollten mindestens 24 Stunden eingehalten werden, bis ein NO-Donator genommen werden darf.

Wenn nun im Gespräch Angst gegenüber Viagra® geäußert wird, aber der Wunsch nach einer Erektionshilfe besteht, so erwähnen wir die intraurethrale Applikation von Alprostadil (MUSE® = medicated urethral system for erection). Hier bestehen keine der oben genannten Kontraindikationen bzw. Vorsichtsmaßnahmen, sofern keine Unverträglichkeit gegenüber Alprostadil vorhanden ist. Auch die sehr erfolgreiche Selbstinjektionstherapie (SKAT) sollte nicht unerwähnt bleiben. Ein urologisches Konsil ist hier aber erforderlich. Wenn die medikamentöse Behandlung nicht wirkt, sollte die Anwendung einer Vakuumpumpe diskutiert werden. Auch hier rate ich zum urologischen Konsil bzw. zum Beratungsgespräch beim Sexualtherapeuten.

Als Aufhänger für ein Gespräch über Erektionsstörungen dient häufiger das Nachfragen des Patienten nach Nebenwirkungen der verordneten Medikamente. Als Beispiel wird der Verdacht geäußert, der  $\beta$ -Blocker könne die Ursache dafür sein. Hier kann die Anamnese hinsichtlich der „Fähigkeiten“ vor der Einnahme der Medikamente bereits wichtige Hinweise geben. Ein gewollter Auslaßversuch oder eine Verringerung der  $\beta$ -Blockerdosis z. B. können zusätzliche Informationen geben. Meiner Erfahrung nach sind  $\beta$ -Blocker sehr viel seltener negativ auf die Potenz wirksam, als dies von den Patienten angenommen wird, so daß ein entsprechender Versuch gerechtfertigt erscheint. Vor allem die  $\beta_1$ -selektiven Blocker wie Bisoprolol und Metoprolol aber auch Carvedilol erscheinen mir weit weniger negativ die Erektion zu stören, als dies gemeinhin angenommen wird. In der TOHMS-Studie (1997) traten unter  $\beta_1$ -Blockade nicht mehr negative Auswirkungen auf die Erektion auf als unter Placebo! Dies galt aber auch für den verwendeten ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten. Der  $\alpha_1$ -Blocker hatte die geringsten Erektionsstörungen zur Folge, die meisten das Diuretikum.

Es gibt bezüglich der Anwendung von Sildenafil noch keine genügende Kenntnis bei Patienten mit schlecht oder nicht eingestelltem Bluthochdruck, bei Patienten mit Herzinfarkt oder Schlaganfall innerhalb der letzten sechs Wochen bzw. bei Patienten mit Herzinsuffizienz.

Wenn aber nun eine Kombinationstherapie mit mehreren den Blutdruck und den Flüssigkeitshaushalt beeinflussenden Medikamenten über längere Zeit ver-

ordnet ist, wird das Beratungsgespräch schon schwieriger. Auch hier habe ich bereits Auslaßversuche für einen Tag oder einige Tage mit den Patienten vereinbart. Das Ergebnis ist allerdings bei der geringen Fallzahl nur kasuistisch zu verwenden: Patienten können durchaus erkennen, welche Medikamente, z. B. Diuretika, ACE-Hemmer, Cimetidin, Psychopharmaka u. a., einen Einfluß auf die Erektionsfähigkeit haben. Diese Erkenntnis kann im Einzelfall zur Umstellung der Medikation oder zur Änderung der Einnahmezeit (z. B. „danach“) führen. Aufgrund der Schwere der Erkrankung bzw. der Begleiterkrankungen ist allerdings häufiger auf die Kombination der Medikamente nicht zu verzichten.

In solchen Situationen kommt von den betroffenen Paaren häufiger der Hinweis, daß es ja nicht unbedingt zum Vollzug des Geschlechtsverkehrs kommen müsse. Auch ein Austausch von Zärtlichkeiten und ein entsprechendes (im Alter) längeres Vorspiel sei durchaus ein zufrieden erlebtes Liebesleben.

Das Besprechen von Stellungen für den Vollzug des Geschlechtsverkehrs gehört m. E. durchaus zum Gespräch, da es auch nach der Literatur belegte Zahlen zur notwendigen Belastbarkeit gibt, je nach dem, ob „woman-on-top-“ oder „man-on-top-coitus“ geübt wird. So wurden für die Männer 110 Herzschläge/Minute und 2,5 METS für Stimulations- und Orgasmusphase bei „woman-on-top-coitus“ gemessen und 127/Minute und 3,3 METS bei „man-on-top-coitus“. Selbstverständlich war die Variationsbreite nicht unerheblich: So war die minimale METS 2,0 und die maximale 5,4 METS bei der „man-on-top“-Variante. Diese Untersuchungen sind mit den eigenen vertrauten Partnerinnen durchgeführt worden und nicht mit „fremden“ Partnerinnen. Es wird angenommen, daß eine Belastbarkeit mit 5–6 METS bei Laufbandergometertests ohne Ischämie- und Arrhythmienachweis bei „normaler sexueller Aktivität“ hinreichende Sicherheit für die sexuelle Aktivität bedeutet.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, daß der Tod bei oder nach sexueller Aktivität sehr selten ist: lediglich 0,6 % der plötzlichen Fälle von Sudden Death werden damit Zusammenhang gebracht.

Ob sich nach den inzwischen zahlreicheren Fallbeschreibungen von Todesfällen bzw. ausgelösten Infarkten nach kombinierter Anwendung von Sildenafil und Nitraten bei vorwiegend älteren (nordamerikanischen) Patienten letztlich auch neue Inzidenzen ergeben werden, bleibt abzuwarten. Zur Zeit ist sicherlich das Interesse für entsprechende Fälle und deren Veröffentlichung relativ groß.

## RISIKOGRADE ZUR BERÜCKSICHTIGUNG BEI DER BEHANDLUNG DER EREKTILEN DYSFUNKTION BEI KARDIOVASKULÄREN ERKRANKUNGEN

### Niedriges Risiko bei

- ♥ gut eingestellter Hypertonie,
- ♥ asymptomatischen Patienten mit bis zu drei Risikofaktoren (Alter und Geschlecht ausgenommen),
- ♥ leichten Klappenfehlern,
- ♥ leichter stabiler Angina pectoris CCS I,
- ♥ erfolgreicher Revaskularisierung.

Der Primärarzt sollte hier eine Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

### Mittleres Risiko bei

- ♥ Herzinfarkt oder einem zerebrovaskulären Ereignis innerhalb der letzten 6 Wochen,
- ♥ Patienten mit mehr als drei Risikofaktoren (Alter und Geschlecht ausgenommen),
- ♥ linksventrikulärer Dysfunktion oder Herzinsuffizienz Grad NYHA I–II,
- ♥ Herzgeräuschen unbekannter Ursache,
- ♥ moderater stabiler Angina pectoris CCS II.

Erst nach Belastungstests oder weiteren Untersuchungen läßt sich eine Zuordnung zur Niedrig- oder Hochrisikogruppe treffen.

### Hohes Risiko bei

- ♥ instabiler oder refraktärer Angina pectoris,
- ♥ nicht eingestelltem Bluthochdruck (i.R. > 180 mmHg systolisch),
- ♥ Linksherzinsuffizienz Grad NYHA III–IV,
- ♥ Herzinfarkt oder einem zerebrovaskulären Ereignis innerhalb der letzten beiden Wochen,
- ♥ Hochrisikoarrhythmien,
- ♥ hypertropher Kardiomyopathie,
- ♥ moderaten bis schweren Klappenerkrankungen.

Hier ist sicherlich der Spezialist gefragt bzgl. der Evaluation bzw. des Therapiemanagements. Erst wenn es zu einer klinisch stabilen Situation gekommen ist, wird sich die Beratung und ggf. Behandlung der erektilen Dysfunktion anschließen können. Kardiologe und Urologe ggf. zusammen.

## NOTFALLMASSNAHMEN BEI HYPOTENSIVEN PATIENTEN NACH EINER KOMBINATION VON SILDENAFIL UND NITRATEN BZW. NO-DONATOREN

Je nach Schweregrad der Störung bzw. der Grunderkrankung kommen folgende Maßnahmen zur Anwendung:

1. Schocklagerung mit Anheben der Beine
2. Flüssigkeitszufuhr
3. Intravenöse Gabe von alpha-adrenergen Agonisten wie Phenylephrin
4. Zur Blutdruckanhebung Gabe eines alpha- und beta-adrenergen Agonisten wie Norepinephrin (unter Berücksichtigung der Möglichkeit einer Ischämieauslösung oder Verstärkung)
5. Ggf. Implantation einer intraaortalen Ballonpumpe.

Das sind die Empfehlungen des ACC/AHA Expert Consensus Dokument 1999.

### **Literatur:**

Bernardo A, Halhuber MJ, Kockott G. Herz und Sex. Facultas Universitätsverlag, Wien, 1996

Cheitlin MD, Hutter AH, Brindis RG et al. ACC/AHA expert consensus document: Use of sildenafil (viagra) in patients with cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol 1999; 33: 273–82.

Jackson G, Betteridge J, Dean J, Hall R, Holdright D, Holmes S, Kirby M, Riley A, Sever P. A systemic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: A consensus statement. Int J Clin Pract 1999; 53: 445–51.

Sigusch V. Paarthherapie bei sexuellen Funktionsstörungen. Dtsch Ärztebl 2000; 97: 608–13.

Vinik AA, Hawthorne K, Richardson D, Guay A, Ziegler D, Jovanovic L, Levine L, Calvin F. Supplementum Diabetes and Sexuality. Int Diabetes Federation Bull 1998; 43. (Deutsche Übersetzung: Verlag Kirchheim, Mainz, 1999).

Zusman RM, Wallis RM, Corbin JD, Francis SH, Ellis P, Jackson G, Benjamin N, Jackson N, Allen MJ, Webb DJ, Freestone S, Muirhead GJ, Conti CR, Pepine CJ, Sweeney M, Morales A, Glasser DB, Osterloh IA. Cardiovascular data on sildenafil. Am J Cardiol 1999; 83 (5a).

### **Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Arthur Bernardo

Innere Medizin/Kardiologie,

Rehabilitationswesen

Chefarzt Klinik Gais AG, CH-9056 Gais AR



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## ☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## ☒ Bestellung e-Journal-Abo

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)