

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Leitlinien zur Abklärung und  
Therapie der Erektile Dysfunktion**

Jungwirth A, Dunzinger M

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2003; 10 (Sonderheft*

*4) (Ausgabe für Österreich), 17-18*

Homepage:

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# LEITLINIEN ZUR ABKLÄRUNG UND THERAPIE DER EREKTILEN DYSFUNKTION

**Anmerkung:** Eine vollständige urologische Untersuchung wird vorausgesetzt, daher wird dieser Punkt nicht mehr gesondert angeführt. Die Laborbefunde wie Lipidstatus, Blutzucker und Leberfunktion sowie allgemeine Untersuchungen wie RR und Puls werden am zweckmäßigsten dem Bericht der jährlichen Vorsorgeuntersuchung (Gesundenuntersuchung) entnommen.

## 1. ANAMNESE

### Umfassende Allgemeinanamnese

Erkrankungen, Operationen, Bestrahlungen, Traumen (kl. Becken), neurologische Störungen, psychiatrische Erkrankungen, Diabetes, Lipidstoffwechselfstörungen, Nierenfunktionsstörungen, Hypertonie, Myokardinfarkt, Durchblutungsstörungen, Nikotin-, Alkoholabusus, Anabolikaeinnahme.

### Medikamente

- Antihypertensiva: Betablocker
- Diuretika: Thiazide, Aldosteronantagonisten (Spironolaktone), kaliumsparende Diuretika (Triamteren, Amilorid), Carboanhydrasehemmer (Acetazolamid)
- Psychopharmaka: Serotonin-Reuptake-Hemmer, Trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Imipramin), MAO-Hemmer, Phenothiazine, Carbamazepin
- Antiandrogene: Cyproteronacetat, LHRH-Agonisten, Östrogene
- Lipidsenker: Fibrat
- Antiepileptika: Phenytoin, Carbamazepin
- Parkinsonmittel: L-Dopa
- H<sub>2</sub>-Blocker: Cimetidin, Ranitidin
- Sonstiges: Allopurinol, Indomethazin, Disulfiram, Phenothiazine (Antiemetika, Antihistaminika)
- Zur Therapieplanung: Nitrate!?

### Psychische und soziale Anamnese

Partnerschaft und Ehe, familiäre und berufliche Belastungen und Ereignisse, emotionelle Befindlichkeit, Erwartungen, Leidensdruck

### Sexualanamnese

- Zeitliche Dimension der Störung
- Maximaler Erektionsgrad (E1 bis E5)

- International Index of Erectile Function IIEF-15
- Vorzeitige Detumeszenz
- Morgendliche und nächtliche Erektionen
- Frequenz des Geschlechtsverkehrs früher/jetzt
- Geschlechtsverkehr noch möglich/unmöglich
- Libido
- Ursachen aus der Sicht des Patienten
- Ejaculatio praecox
- Erektion bei Masturbation
- Situationsbedingte Störung (Urlaub, Partnerabhängigkeit)

Bei Dyspareunie ev. mit der Partnerin (gyn. Befund)

## 2. UNTERSUCHUNGEN

### Körperliche Untersuchung

s. o.  
weitere fakultativ: Sonographie von Penis und Skrotum, Dopplersonographie, TRUS

### Laboruntersuchungen

s. o.  
Nierenfunktion  
Testosteron  
Prolaktin

### Medikamentöse Diagnostik

- Sildenafil-Test (beginnend mit 50 mg, ev. mit 50 mg wiederholen, dann 100 mg)
- SKAT-Test (intracavernöse Injektion mit Prostaglandin E1 bzw. Phentolamin/Papaverin oder Mischung), fakultativ kombiniert mit Doppler- bzw. Duplexsonographie
- MUSE-Test (intraurethrale Applikation von Prostaglandin E1 beginnend mit 500 µg)

## 3. SPEZIELLE DIAGNOSTIK

**Anmerkung:** Die nun angeführten Untersuchungen zählen zur speziellen Diagnostik und sind nur in speziellen Fällen, bei besonderer Indikation und in speziellen Zentren durchzuführen (z. B. bei jungen Patienten mit pelvinem und

perinealem Trauma, vor Implantation einer Prothese, bei gutachterlichen Fragestellungen).

- Doppler-Duplexsonographie: Beurteilung der arteriellen Versorgung des Penis im flakziden Zustand und nach Injektion einer vasoaktiven Substanz durch Flußmessung.
- Rigi-Scan, NEVA: Nächtliche Tumescenz- und Rigiditätsmessung
- Cavernosometrie und Cavernosographie: Dynamische Infusionscavernosometrie bei Verdacht auf venookklusive Dysfunktion mit Applikation einer vasoaktiven Substanz und Bestimmung des zum Aufrechterhalten der Erektion notwendigen Perfusionsflusses, anschließend radiologische Darstellung der Schwellkörper und des venösen Abstroms.
- Corpus cavernosum-EMG: Messung der elektrischen Aktivität der glatten Muskelzellen der Corpora cavernosa. Bei Patienten mit autonomen Läsionen oder Degeneration der cavernösen Muskelzellen treten spez. Veränderungen des EMG-Musters auf.
- Selektive Pharkophalloarteriographie: Radiolog. Darstellung der Anatomie der paarigen A. pudenda interna und ihrer Äste, der A. dorsalis penis und der A. profunda penis. Strenge Indikationsstellung: vor Revaskularisierungsoperationen bei Z. n. Trauma oder Shuntoperation. Bei Verdacht auf angeborene Störungen bei primärer ED bei jungen Patienten.

## 4. THERAPIE DER EREKTILEN DYSFUNKTION

### Prinzipien

- Vorstellungen und Akzeptanz des Patienten
- Stufentherapie

### Orale Therapie

- Sildenafil: Phosphodiesterase-5-Inhibitor, wirksame Therapie, Verbesserung der Erektion in 50–88 %, CAVE: Nitrate, Hypotonie, Netzhauterkrankungen
- Apomorphin: Dopaminrezeptor-Agonist, sublinguale Applikation, NW: Übelkeit, Zulassung noch ausständig
- Intracavernöse Therapie (SKAT): Monotherapie oder Kombination von va-

- soaktiven Substanzen, v. a. PGE1, Phentolamin, Papaverin; hohe Wirksamkeit nachgewiesen, wenig Kontraindikationen, Nachteile: Angst vor der Selbstinjektion, Schwellkörperveränderungen
- Intraurethrale Therapie: MUSE: PGE1 in Pelletsform, zu 65 % wirksam, 500–1000 µg, Nachteile: Preis, Technik

Weitere Therapieformen:

- Vakuumpumpe: Erektion durch Vakuumzylinder, Gummiring an der Penisswurzel, gute Wirksamkeit bei sachgerechter Handhabung, kaum Nebenwirkungen. Nachteil: geringe Akzeptanz
- Sexualpsychologische Behandlung: stark motivationsabhängig und zeitaufwendig, ev. auch in Kombination mit anderen Therapieformen.

Operative Therapie

- Arterielle Revaskularisationstherapie: bei spezieller Indikation als einzige kausale Therapie erfolgreich.
- Prothesenimplantation: bei organischer Impotenz bei „austherapierten“ und älteren Patienten; Prothesentypen: semirigide, hydraulisch (ein- und mehrteilig), gute Erfolgsraten und Akzeptanz, Komplikationen: Erosion, Infektion, technische Fehlfunktion

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## 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](#)