



**Franz Hirschle**  
Facharzt für Urologie  
Andrologie  
Medikamentöse Tumorthherapie

## Erektionsstörungen

### Diagnostik und Therapie der erektilen Dysfunktion

#### **Was Sie wissen sollten:**

Die mangelnde Versteifungsfähigkeit des Penis bzw. die ungenügende Dauer der Versteifung wird als Erektionsstörung bezeichnet. Eine länger andauernde Erektionsstörung, die einen partnerschaftlichen Verkehr unmöglich macht, ist eine Erkrankung. Erektionsstörungen sind mit zunehmendem Alter immer häufiger anzutreffen. Betroffen sind etwa 1-2 % der 40-jährigen und ca. 15-20 % der 65-jährigen Männer.

So wie organische Krankheiten manchmal überraschend und unerwartet, besonders häufig aber im Laufe des Lebens allmählich auftreten, so ist auch die Potenz des Mannes niemals von gleichbleibender Qualität.

Stress, chronische Krankheiten wie z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Blutfettwerterhöhung, aber auch psychische Belastungen, können sich nachteilig auf die Potenz des Mannes auch schon in den mittleren Lebensjahren auswirken. Im Alter kann es zu einem mehr oder weniger starken Abbau der sexuellen Potenz kommen, der sich bis zur völligen Impotenz steigern kann.

Da eine Erektionsstörung die Folge einer bislang unentdeckten, schwerwiegenden Erkrankung sein kann, sollte vor der Einleitung einer Behandlung unbedingt eine gründliche ärztliche (uro-andrologische) Untersuchung erfolgen.

Eine Behandlung ist heute möglich und sollte insbesondere dann angestrebt werden, wenn die Erektionsstörung zu negativen Folgen für den Betroffenen und/oder die Partnerschaft führt.

Die intensiven Forschungen der letzten Jahrzehnte haben das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten deutlich erweitert. Heute können Erektionsstörungen je nach Ursache und unter

Angestellte Ärzte  
Dr. med. univ. Thomas Maier  
Facharzt für Urologie  
Dr. med. Ursula Hoeltzenbein  
Fachärztin für Urologie

Bahnhofstr. 17 | Postarkaden  
D - 78224 Singen

Telefon +49 (0)7731 - 748 49 - 0

Telefax +49 (0)7731 - 748 49 - 49

praxis@urologie-hegau.de  
www.urologie-singen-hegau.de



zertifiziert bis 05/2022



Berücksichtigung Ihrer eigenen Vorstellungen und möglichen anderen Erkrankungen ganz unterschiedlich und gezielt behandelt werden. Hierzu stehen die verschiedensten medikamentösen, psychologischen, apparativen und operativen Verfahren zur Verfügung. Welche Therapie speziell für Sie in Frage kommt besprechen Sie am besten mit Ihrem Arzt.

Auch muss Ihr Arzt abwägen, ob bestimmte Behandlungsarten in Ihrem Fall möglich sind oder auf Grund von möglichen Nebenwirkungen bei Ihnen nicht zur Anwendung kommen können/dürfen.

Um sich ein Bild machen zu können, wird Sie Ihr Arzt eingehend befragen und untersuchen sowie eine Blutabnahme veranlassen. Evtl. wird Ihr Arzt auch weitere spezialisierte Untersuchungen zur Funktionsfähigkeit der Schwellkörper vorschlagen.

Wir dürfen Sie nun bitten, die beiliegenden Fragebögen, soweit es Ihnen möglich ist, vor dem Erstgespräch mit dem behandelnden Arzt auszufüllen.

Stand: 05.04.2021

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_



**Franz Hirschle**  
 Facharzt für Urologie  
 Andrologie  
 Medikamentöse Tumorthherapie

**Diagnostik und Therapie der Erektile Dysfunktion**

**Allgemeine Anamnese:**

(Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit))	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterinspiegel)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Hypertriglyzeridämie (erhöhte Blutfettwerte)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Hypertonie (erhöhter Blutdruck)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Kardiovaskuläre (Herz/Kreislauf) Risiken und Erkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Nikotinabusus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Wieviel: _____			
Alkoholabusus	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, seit wann: _____	Wieviel: _____			
Durchblutungsstörungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, wo: _____	Behandlung: _____			
Operationen und Verletzungen im kleinen Becken	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-Weitere Angaben: _____				
Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, wo: _____	Behandlung: _____			
Neurologische Erkrankungen (Polyneuropathie, Bandscheibenvorfälle, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose etc.)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-Wenn ja, seit wann: _____	Behandlung: _____			
Psychiatrische Erkrankungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
-Wenn ja, Behandlung: _____				

**Sexualanamnese:**

Seit wann besteht die Erektionsstörung: \_\_\_\_\_  
 Zeitlicher Zusammenhang mit anderen Ereignissen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



**UROLOGIE**  
SINGEN - HEGAU

Franz Hirsche  
Facharzt für Urologie  
Andrologie  
Medikamentöse Tumorthherapie

**Diagnostik und Therapie der Erektile Dysfunktion**

	Ja	Nein	Kaum
Abknickung des Penis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Detumeszenz (vorzeitiges Erschlaffen des Penis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche/nächtliche Erektionen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtsverkehr noch möglich/unmöglich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejaculatio praecox (frühzeitiger Samenerguss):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidensdruck an der Erektionsstörung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libido vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frequenz des Geschlechtsverkehrs pro Woche **-früher-**?

\_\_\_\_\_

Frequenz des Geschlechtsverkehrs pro Woche **-jetzt-**?

\_\_\_\_\_

Reaktion der Partnerin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schildern Sie bitte mit eigenen Worten Ihr aktuelles Problem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Diagnostik und Therapie der Erektile Dysfunktion



## Frage für Männer – IIEF-5

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Franz Hirschle**  
Facharzt für Urologie  
Andrologie  
Medikamentöse Tumorthherapie

### **Anleitung für den Patienten:**

Die sexuelle Gesundheit ist ein wichtiger Bestandteil des gesamten körperlichen und gefühlsbezogenen Wohlbefindens eines Menschen. Die erektile Dysfunktion ist eine Form von sehr verbreiteten sexuellen Störungen. Es gibt bei erektiler Dysfunktion viele unterschiedliche Möglichkeiten der Behandlung. Dieser Fragebogen soll Ihnen und Ihrem Arzt helfen, eine mögliche erektile Dysfunktion bei Ihnen zu erkennen und gegebenenfalls Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen.

Für jede Frage sind mehrere Antworten vorgegeben, aus denen Sie bitte diejenige auswählen, die auf Sie am ehesten zutrifft. Bitte geben Sie bei jeder Frage jeweils nur eine Antwort.

Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu behalten?		Sehr niedrig 1	Niedrig 2	Mittelmässig 3	Gross 4	Sehr gross 5
Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für die Penetration?	Keine sexuelle Stimulation 0	Fast nie oder nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Meistens 4	Fast immer oder immer 5
Wie oft waren Sie bei Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?	Keinen Verkehr versucht 0	Fast nie oder nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Meistens 4	Fast immer oder immer 5
Wie schwierig war es, beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?	Keinen Verkehr versucht 0	Äusserst schwierig 1	Sehr schwierig 2	Schwierig 3	Ein bisschen schwer 4	Nicht schwierig 5
Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?	Keinen Verkehr versucht 0	Fast nie oder nie 1	Selten 2	Manchmal 3	Meistens 4	Fast immer oder immer 5

Gesamtpunktzahl: \_\_\_\_\_

**Wenn Sie 21 Punkte oder weniger erreicht haben, liegen Anzeichen für eine erektile Dysfunktion vor. Wenden Sie sich an Ihren Arzt.**

Stand: 05.04.2021

## Fragebogen für den Mann ab 40

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **Mögliche Beschwerden im Zusammenhang mit Testosteron-Mangel bei Männern**

Welche der folgenden Beschwerden haben Sie zur Zeit? Kreuzen Sie bitte für jede Beschwerde an, wie stark Sie davon betroffen sind. Wenn Sie eine Beschwerde nicht haben, kreuzen Sie bitte „keine“ an.

<u>Körperliches Wohlbefinden</u>	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	Punkte
Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens ( Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- und Muskelbeschwerden ( Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
starkes Schwitzen ( unerwartete/ plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlafstörungen ( Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlecht schlafen, Schlaflosigkeit )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhtes Schlafbedürfnis, häufige Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
körperliche Erschöpfung/ Nachlassen der Tatkraft ( allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen etwas zu unternehmen )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abnahme der Muskelkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



**Franz Hirschle**  
Facharzt für Urologie  
Andrologie  
Medikamentöse Tumorthherapie

<u>Psychisches Wohlbefinden</u>	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	Punkte
Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervosität ( innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ängstlichkeit ( Panik )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
depressive Verstimmung ( Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Gefühl der Sinnlosigkeit )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

<u>Sexuelles Wohlbefinden</u>	keine 1	leichte 2	mittlere 3	starke 4	sehr starke 5	Punkte
Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verminderter Bartwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nachlassen der Potenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abnahme der Libido ( weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Gesamtpunktzahl:** \_\_\_\_\_

**Auswertung:**

Gesamtpunktzahl	17 - 26	27 - 36	37 - 49	>50
Stärke der Beschwerden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> schwer

**Ab einer Gesamtpunktzahl > 37 ist ein Testosteron-Check empfehlenswert!!!**

Stand: 05.04.2021