

Wer zu früh kommt ...

Ejaculatio praecox: Häufig, quälend und schwer zu behandeln

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Der vorzeitige Samenerguss stellt zwar die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes dar, ist aber nur eingeschränkt zu objektivieren. Gleichwohl kann er als Erkrankung nicht nur einen hohen Leidensdruck für den betroffenen Mann verursachen, sondern auch die Partnerschaft erheblich belasten.

von Thomas Stadler und Matthias Trottmann

Der vorzeitige Samenerguss (Ejaculatio praecox, EP) ist die häufigste sexuelle Funktionsstörung des Mannes. Die Prävalenz variiert je nach Definition zwischen 5 und 30 %, bei sexuell aktiven Männern beträgt sie insgesamt etwa 20 %. Die Häufigkeit der Ejaculatio praecox ist in allen Altersgruppen vergleichbar.

Es kann schwierig bis unmöglich sein, den vorzeitigen Samenerguss objektiv zu erfassen, da die subjektive Bewertung eines verfrühten Höhepunktes in Abgrenzung zum zügig erreichbaren und erfüllenden Orgasmus interindividuell sehr unterschiedlich ist. Insbesondere die Relation zu der mitunter viel längeren Zeit, die die Partnerin (bzw. der Partner, da die EP keinesfalls auf heterosexuelle Kontakte beschränkt ist) zum Erreichen eines Höhepunktes benötigt, kann die klinische Abgrenzung physiologischer und pathologischer Situationen erschweren.

Definition

Es existieren zahlreiche verschiedene Definitionen der Ejaculatio praecox; die am häufigsten zitierten Definitionen umfassen folgende Komponenten:

- Die durchschnittliche Zeit von Beginn der Penetration bis zur Ejakulation beträgt unter 1–2 Minuten (IELT = intravaginal ejaculatory latency time); die Latenzphase ist also deutlich verkürzt.

- Die verkürzte Latenzzeit ist vom Patienten ungewollt, es kann von einer fehlenden Kontrolle gesprochen werden.
- Die kurze Latenzzeit bewirkt Unzufriedenheit oder Krankheitsgefühl.

Nicht selten kann es als Folge der Ejaculatio praecox auch zu Störungen in der sexuellen Beziehung kommen.

Das Krankheitsbild der EP kann ausgeschlossen werden, wenn die kurze Latenzzeit bis zur Ejakulation durch sexuelle Enthaltsamkeit, neue Partner, neue sexuelle Situationen, Alkohol, Drogen oder Medikamente erklärlich ist. Die EP wird im Rahmen des Geschlechtsverkehrs beschrieben, sie kann aber auch bei anderen sexuellen Handlungen, im Extremfall während früher stimulatorischer Situationen im Vorfeld eines Geschlechtsaktes auftreten.

In der ICD-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die EP unter der Ziffer F52.4 geführt, die DSM-Klassifikation listet sie unter der Ziffer 302.75.

Diagnostik und Ätiologie

Das Hauptmerkmal zur Diagnose des vorzeitigen Samenergusses besteht im Verlust der Fähigkeit, den Zeitpunkt des Orgasmus und der Ejakulation zu steuern. In der Regel sind Libido und erektile Funktion bei Männern, die an einer EP leiden, unverändert; eine somatische Ursache liegt also nicht vor. Der Samenerguss tritt meist rasch nach der



Penetration auf, häufig aber auch schon zuvor. Die sexuelle Erregung hat hier bereits frühzeitig ein Stadium erreicht, in dem die Kontrolle der Sexualfunktionen nicht mehr möglich ist. Allerdings beschreiben die Patienten meist nicht sexuelle Erregung im eigentlichen Sinne, sondern eher eine allgemeine Anspannungssituation.

Als körperliche Ursachen kommen unter anderem penile Hypersensitivität, Hyper- oder Hyposensitivität von 5-Hydroxytryptamin-(5-HT)-Rezeptoren (je nach Rezeptorsubtyp) und erektile Dysfunktion – nicht im Sinne einer somatischen Genese, sondern als Folge einer durch die ED verursachten psychischen Stressreaktion – in Betracht.

Der klinische Verlauf der Erkrankung ist variabel. Man kann zwischen einer lebenslangen (primären) Ejaculatio praecox und einer erworbenen (sekundären) Form unterscheiden. Die primäre Ejaculatio praecox ist eher durch körperliche Ursachen bedingt, während als Ätiologie der sekundären EP in den letzten Jahren eher psychogene Komponenten in den Vordergrund gerückt sind. Hierzu zählen Ängste, unzureichende Kommunikation zwischen den Partnern, mangelhafte Techniken der Ejakulationskontrolle, psychodynamische Ursachen u. v. m. Die EP wird entweder als erlerntes Verhalten oder als Reaktion auf ein traumatisierendes Erlebnis bzw. sexuelle Unsicherheit wahrgenommen. Dieser

Ansatz verdeutlicht das komplexe Zusammenwirken kognitiver, affektiver und psychologischer Komponenten bei der Steuerung der Ejakulation.

Diagnostik

Neben der allgemeinen Anamnese sollte eine genaue Sexualanamnese erhoben werden, in deren Rahmen auch Frequenz, Techniken und Dauer des Geschlechtsverkehrs sowie das Verhältnis zum Partner und zur gemeinsamen Sexualität abfragt werden sollten. Ansätze zur quantitativen Erfassung einer EP beinhalten z. B. die Dauer zwischen Penetration und Samenerguss. Liegt diese in den meisten Fällen unter zwei Minuten, so kann man von einer EP ausgehen. Weiterhin wird mitunter auch die Zahl der Beckenbewegung miteinbezogen. Diese sollte nicht unter 7 liegen.

Unter der Voraussetzung, dass es sich nicht um ein einmaliges Ereignis handelt, sondern sie regelhaft und wiederholt auftritt, besteht eine EP, wenn die Ejakulation willkürlich nicht kontrollierbar ist oder wenn sie vom Mann so erlebt wird. Eine EP liegt auch dann vor, wenn die Partnerin eindeutig aufgrund der herabgesetzten bzw. fehlenden Ejakulationskontrolle des Mannes bei eigener unauffälliger sexueller Reagibilität und vorhandener Orgasmusfähigkeit keine Möglichkeit hat, durch koitale bzw. quasikoitale Praktiken den sexuellen Höhepunkt zu erreichen.

Bei der primären Form handelt es sich um einen chronischen Zustand, bei dem der Mann bereits seit seinen ersten sexuellen Erfahrungen mit diesem Problem konfrontiert wird. Dabei kann die Kontrolle bei der Masturbation durchaus er-

halten sein; bei der Mehrheit der Betroffenen beschränkt sich das Problem allein auf den Geschlechtsverkehr mit einer Partnerin. Bei der primären Form kann es außerdem mit der Zeit zu einer fortschreitenden Erektionsstörung kommen, die mit Versagensängsten und Resignation erklärt wird.

Die sekundäre Form der Ejaculatio praecox tritt erst später auf, meist erst im höheren Lebensalter. Sie kann ebenfalls mit einer fortschreitenden Erektionsstörung gekoppelt sein oder es sind organische Ursachen erkennbar. Im letzteren Fall ist der frühzeitige Samenerguss häufig nur eine akute Begleiterscheinung einer Erkrankung, etwa einer Entzündung der Prostata oder der Harnröhre.

Therapie

Obwohl die EP die häufigste Ejakulationsstörung darstellt, sind die Behandlungsmöglichkeiten nach wie vor begrenzt. Einen konservativen Ansatz stellt die Verhaltenstherapie dar. Die Vorteile dieser Therapieoption liegen in den fehlenden Nebenwirkungen; sie verbessert die Kommunikation der Sexualpartner und kann über die Therapie der EP auch zu einer befriedigenderen Partnerschaft führen. Nachteilig sind die verzögerte und inkonstante Wirkung sowie der hohe personelle/finanzielle Aufwand. Außerdem setzt sie die Kooperation des Partners voraus.

Im Jahre 1970 beschrieben Masters und Johnson die „Stop-Squeeze-Methode“, bei der kurz vor der Ejakulation die sexuelle Stimulation durch Kompression der Glans Penis unterbrochen wird, bis der Ejakulationsdrang nachlässt. Danach

wird die sexuelle Stimulation fortgesetzt. Nach der „Stop-Pause-Methode“ nach Kaplan 1983 wird kurz vor der Ejakulation die sexuelle Stimulation ausgesetzt, bis der Ejakulationsdrang nachlässt und eine weitere sexuelle Stimulation ohne Ejakulation möglich ist.

Als lokale Therapie der EP stehen Salben mit Lokalanästhetika (z. B. Lidocain) zur Senkung der Hypersensitivität des Penis zur Verfügung. Die Applikation erfolgt 20 Minuten vor dem Geschlechtsverkehr, ggf. in Kombination mit einem Kondom.

Bei der pharmakologischen Therapie der vorzeitigen Ejakulation gelangen Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI) und trizyklische Antidepressiva zum Einsatz, teils für die dauerhafte Therapie, teils als Bedarfmedikation (Paroxetin, Fluoxetin, Clomipramin). Problematisch sind die Nebenwirkungen der Antidepressiva und die fehlende Zulassung für diese Indikation. Seit Mitte 2009 erhielt Dapoxetin als kurz wirksames SSRI die Zulassung für eine Bedarfmedikation bei EP, jedoch wird auch der Einsatz dieser Substanz mittlerweile aufgrund der fraglichen klinischen Wirksamkeit kritisch betrachtet. In den meisten Fällen lässt sich die Latenzzeit maximal verdoppeln.

Bei einer erektilen Dysfunktion, die auch ursächlich für den vorzeitigen Samenerguss sein kann, sind Phosphodiesterase-Hemmer indiziert, eventuell auch in Kombination mit SSRI (ohne Zulassung).

Die Ejaculatio praecox stellt ein klinisch schwer zu fassendes und oft nur aufwendig zu therapierendes Krankheitsbild dar und ist häufig Ausdruck weiterreichender psychischer und/oder körperlicher Pathologien. Die frühzeitige Überweisung zum urologischen bzw. andrologischen Kollegen ist ratsam.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Thomas Stadler, Dr. med. Matthias Trottmann

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Thomas Stadler

FA für Urologie (F.E.B.U.)

Urologische Klinik und Poliklinik

der Universität München

Campus Großhadern

Marchioninistr. 15, 81377 München

E-Mail: thomas.stadler@

med.uni-muenchen.de



Mögliche Interessenkonflikte: keine deklariert

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Grob geschätzt leidet jeder fünfte sexuell aktive Mann unter einer Ejaculatio praecox (EP).
- Dabei tritt die Ejakulation zu früh ein, ist nicht willkürlich kontrollierbar und erzeugt beim Betroffenen ein Krankheitsgefühl.
- Liegt die Zeit zwischen Penetration und Samenerguss regelhaft unter 2 Minuten und/oder die Anzahl der Beckenbewegungen unter 7, kann man von einer EP ausgehen.
- Neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen kann das Unterbrechen der sexuellen Stimulation (z. B. durch Kompression des Penis) die Ejakulation hinauszögern.
- Lokalanästhetika können zur Senkung der Penis-Hypersensitivität hilfreich sein.
- Eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva ist möglich.