

AUFBAU EINER MÄNNERSPRECHSTUNDE: EREKTILE DYSFUNKTION UND BEDEUTUNG INTERDISZIPLINÄRER PRÄVENTIONSPROGRAMME

AUFBAU EINER MÄNNERSPRECHSTUNDE

Patienten mit andrologischen Erkrankungen stellen einen großen Teil des Patientengutes einer urologischen Praxis dar. Häufig ist hierbei die erektile Dysfunktion ein frühes Warnzeichen für generalisierte Gefäßerkrankung oder Stoffwechselerkrankungen im Rahmen des metabolischen Syndroms.

Der Penis als arterielles Endorgan ist Frühindikator für generalisierte Gefäß- und Stoffwechselerkrankungen. Die aktuelle Datenlage ist alarmierend. Neuere Untersuchungen zeigen, daß das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen bei Männern mit ausgeprägten Erektionsstörungen um 65 % erhöht ist, und die Gefahr, einen Schlaganfall zu entwickeln, um 43 % wächst (Abb. 1, 2) (Ponholzer 2005).

Die gesundheitspolitische Bedeutung belegen nachfolgende Zahlen: An einer Erektionsstörung leiden in Deutschland ca. 5 Millionen Männer (Braun M et al. Akt Urol 2000). Dies sind nach der Kölner 20.000er Umfrage knapp 10 % der Männer zwischen 40 und 50 sowie fast 20 % der Männer zwischen 50 und 60 (Engelmann 2001). Darüberhinaus

zwingt das metabolische Syndrom mit seiner 4fach erhöhten Mortalität zum präventiven Handeln (Wirth 2003).

Die Medizin ist aber leider zum Reparaturbetrieb geworden und wir haben uns weit entfernt von den Inhalten des Hippokratischen Eids, der in seiner modernen Fassung fordert: „... die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“.

Aufgrund der gesundheitspolitischen Veränderungen – Stichwort „Präventionsgesetz“ – sind strukturierte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und der Reduktion von Risikofaktoren eine notwendige Konsequenz für den Arzt, der verantwortungsvolle Vorsorge betreibt und auch in der Zukunft noch in diesem Bereich arbeiten möchte.

Der Aufbau einer Männersprechstunde bzw. der Aufbau einer Präventionsmedizin ist deshalb die Aufgabe, vor die Ärzte heute gestellt werden. Der Urologe als Männerarzt ist meist erste Anlaufstelle der Risikopatienten mit ED und trägt große Verantwortung für die Einleitung präventiver Maßnahmen.

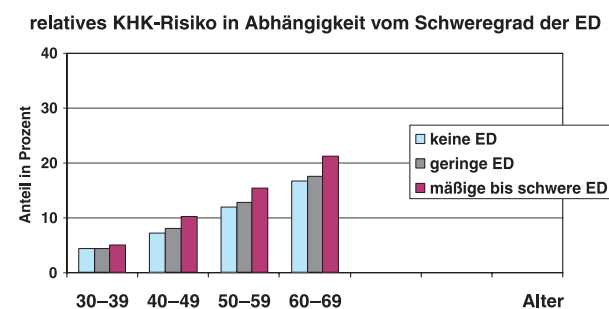
Am Beispiel unseres MENFIT®-Konzepts wird ein entsprechendes Präventionsmodell vorgestellt, das die einzelnen Bereiche Prävention, Ernährung, Sportmedizin und Sexualmedizin beinhaltet. Nach 1 Jahr können wir anhand unserer Zahlen belegen, daß die Akzeptanz der Präventionsangebote bei Patienten mit ED deutlich höher ist.

Urologen haben die Möglichkeit, als Gesundheitsmanager des Mannes eine Schlüsselrolle zu spielen, indem sie Kooperationen mit anderen Fachgebieten eingehen. Aufgrund des erhöhten Morbiditätsrisikos der ED-Patienten bedarf insbesondere diese Patientengruppe besonderer Aufmerksamkeit und sollte in interdisziplinäre Präventionsprogramme eingebunden werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Horst Hohmuth
Urologe, Sportmedizin
MENFIT® Institut für präventive Medizin
D-89073 Ulm,
Olgastraße 139
www.menfit.de

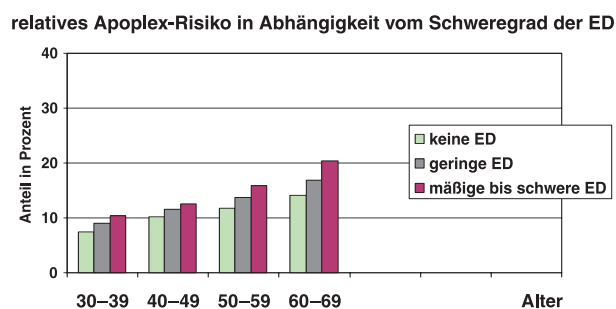
Abbildung 1: KHK-Risiko und ED (mod. nach Ponholzer et al. Eur Urol 2005)



mäßige/schwere ED (IIEF5 5-16) bedeuten ein um 65 % höheres Risiko innerhalb von 10 Jahren KHK zu entwickeln

8 % Risiko ohne ED – 13,2 % Risiko bei mäßiger/schwerer ED

Abbildung 2: Apoplexrisiko und ED (mod. nach Ponholzer et al. Eur Urol 2005)



mäßige/schwere ED (IIEF5 5-16) bedeuten ein um 43 % höheres Risiko innerhalb von 10 Jahren einen Apoplex zu entwickeln

9,3 % Risiko ohne ED – 13,2 % Risiko bei mäßiger/schwerer ED