E 6498
ISSN 0025-8512

11
2007

Die Medizinische Welt

MedWelt

AUS DER WISSENSCHAFT IN DIE PRAXIS

Onkologie

Onkologie

Hepatozelluläres Karzinom

Brustrekonstruktion

Sexualität und onkologische Rehabilitation

Hämatopoetische Stammzelltransplantation

Molekulare Therapie

MALT-Lymphome

Ophthalmologie

Altersabhängige Makuladegeneration

Schattauer

www.schattauer.de
www.die-medizinische-welt.de

MedWelt 2007; 58: 543–594 November 2007

© 2007 Schattauer GmbH

Zu einer befriedigenden Sexualität zurückfinden

Aufgabe der onkologischen Rehabilitation?

S. Zettl
Nierenzentrum Heidelberg (Leiter: Prof. Dr.med. Martin Zeier)

Schlüsselwörter
Sexualmedizin, sexuelle Störungen, onkologische Rehabilitation

Zusammenfassung
Der Artikel beschreibt am Beispiel onkologischer Patienten die Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen der sexualmedizinischen Beratung und Behandlung während der ambulanten und stationären Rehabilitation.

Keywords
Sexual medicine, sexual disorders, oncological rehabilitation

Summary
The article describes the necessities, possibilities and limits of an approach and treatment of sexual problems during the rehabilitation of oncological patients.

Back to a satisfying sexuality – a goal of oncological rehabilitation?

Med Welt 2007; 58: 561–564

Der Sturz aus der Wirklichkeit

Die Konfrontation mit der Diagnose „Krebs" löst bei den Betroffenen in besonderer Weise Verunsicherung und Ängste aus; Nikolaus Gerdes (1) spricht von einem „Sturz aus der Wirklichkeit". Alle Gedanken und Gefühle konzentrieren sich zunächst auf die notwendig werdende Behandlung und das Überleben, das Thema Sexualität tritt für die meisten in dieser Situation in den Hintergrund. Jedoch spätestens mit der Rückkehr in den Lebensalltag rücken für viele Patienten auch das Sexuelle und dessen krankheitsbedingte Beeinträchtigungen wieder in den Blickpunkt.

Ursachen sexueller Probleme

Einschränkungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens können als Begleit- und/oder Folgeerscheinung vieler Krebserkrankungen auftreten; je nach Krankheitsbild und den therapeutisch notwendig werdenden Maßnahmen tragen körperliche und/oder seelische Ursachen zur Entstehung sexueller Störungen bei.

Beispiele körperlicher Ursachen

- Allgemeine Verschlechterung des körperlichen Befindens durch die Krebserkrankung und deren Behandlung, zum Beispiel das chronische Erschöpfungssyndrom (Fatigue)
- Krebs- oder behandlungsbedingte unmittelbare anatomische Schädigung von primären oder sekundären Geschlechtsorganen, zum Beispiel die Amputation einer Brust
- Krebs- oder behandlungsbedingte Veränderungen sexueller Funktionen, zum Beispiel Erektionsstörung nach Entfernen der Prostata
- Wundschmerzen nach operativen Eingriffen sowie Schmerzen beim sexuellen Verkehr durch operationsbedingte Lageveränderungen innerer Organe oder Verwachsungen

Ebenso wichtig sind psychosoziale Faktoren, die mit der Erkrankung und ihren Folgen in enger Wechselwirkung stehen und ebenso die Sexualität beeinflussen können.

Beispiele psychosozialer Ursachen

- Die Konfrontation mit der Diagnose Krebs und deren Auswirkungen auf das Selbsterleben und Selbstwertgefühl („Diagnoseschock")
- Krankheits- und therapiebedingte depressive Verstimmungen und Angstzustände
- Beeinträchtigung des Empfindens der eigenen Attraktivität, zum Beispiel durch Gefühle von Scham oder Ekel nach Stomaanlage
- Falsche Erwartungen, zum Beispiel dass der Partner keinen sexuellen Verkehr mehr wünscht
- Durch die Erkrankung krisenhaft ausgelöst, zuvor latente Partnerschaftskonflikte

In vielen Fällen kommt es zu einer sich ergänzenden Wechselwirkung zwischen körperlichen und seelischen Faktoren. Die klinische Erfahrung zeigt, dass deren adäquate Verarbeitung und die Wiederherstellung körperlicher Nähe und Intimität die Lebenszufriedenheit verbessern und die Ausbildung sekundärer Ängste und Depressionen verhindern können.

Begrenzte Möglichkeiten der Akutkliniken

In Deutschland ist eine routinemäßige sexualmedizinische Versorgung in den Krankenhäusern kaum gegeben. Die ökonomischen Zwänge im Gesundheitswesen führen außerdem dazu, dass immer mehr Patienten mit immer kürzeren Liegezeiten durch die Akutkliniken „durchgeschleust" werden. Fragen der Krankheitsverarbeitung, der Anpassung an krankheits- und therapiebedingte Einschränkungen, familiäre Belastungen usw. treten dadurch immer mehr in den Hin-

tergrund und werden den Betroffenen „überlassen."

Dazu zählen auch die zahlreichen durch Krankheit oder Therapie bedingten Einschränkungen der Sexualität. Dieses Thema wird bisher in der Klinik und Praxis sowieso eher mit Stillschweigen „behandelt". Sexualität und insbesondere „sexuelles Versagen" sind in hohem Maß scham- und angstbesetzt und hindern die Betroffenen daran, offen darüber zu sprechen. Sie fühlen sich dadurch häufig mit diesen Problemen vollkommen alleine gelassen, zumal auch im ambulanten Sektor kaum flächendeckende sexualmedizinische Versorgungsangebote zur Verfügung stehen. Der stationären Rehabilitation kommt schon alleine deshalb eine bedeutsame Rolle zu.

Sexualberatung im Rahmen der stationären Rehabilitation

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) betont in seinen Expertenempfehlungen der Reha-Kommission (2), dass die medizinische Rehabilitation sich auch auf die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung richten muss: „Alle Bemühungen um den Rehabilitanden, wie z. B. durch ein Funktionstraining Leistungsverbesserungen zu erreichen, bleiben letztendlich erfolglos, wenn der Betroffene nicht lernt, sich auf seine Krankheit oder Behinderung angemessen einzustellen." Dies gilt auch für krankheits- oder therapiebedingten Einschränkungen der Sexualität. Entsprechend den jeweiligen Problembereichen der Tumorpatienten werden dabei unterschiedliche sexualmedizinische und psychosoziale Maßnahmen angeboten. Die individuellen Therapieziele werden dabei bei Aufnahme in die Reha-Klinik nach einer Eingangsdiagnostik gestellt (Tab. 1); sie sind vor allem auf die Verbesserung der Lebensqualität in jedem Stadium einer Krebserkrankung ausgerichtet.

Allerdings gilt auch für den Bereich der Rehabilitationskliniken, dass die Möglichkeiten der sexualmedizinischen Betreuung nur dann wirklich realisiert werden können, wenn die notwendigen personellen Ressourcen vorhanden sind.

Sexualberatung durch niedergelassene Ärzte

Wegen der oben beschriebenen begrenzten Möglichkeiten der Akutkliniken, eine adäquate sexualmedizinische Versorgung anzubieten, verlagern sich die Bedürfnisse der Patienten vor allem auf den behandelnden niedergelassenen Haus- bzw. Facharzt. Er soll die Hilfestellungen anbieten, die zur Wiedererlangung einer befriedigenden Sexualität notwendig sind.

Eine Vorbedingung für therapeutische Hilfestellungen ist jedoch die Bereitschaft, sich auf dieses Thema mit all seinen Unsicherheiten und Schwierigkeiten überhaupt einzulassen. In Balintgruppen und sexualmedizinischen Weiterbildungsseminaren werden immer wieder Hemmungen geäußert, das Sexuelle anzusprechen, den Patienten damit vielleicht zu nahe zu treten und ablehnende Reaktionen zu provozieren. Der Praxisalltag zeigt, dass dies bei taktvollem Vorgehen jedoch ausgesprochen selten geschieht. Ärzte könnten eine wichtige Vorbildfunktion übernehmen, indem sie das Thema Sexualität offen ansprechen. Fragen wie „Hat sich denn durch ihre Erkrankung etwas in ihrer Sexualität verändert?" lassen sowohl eine Abwehr zu (Nein, da ist alles normal!), aber auch ein sich schrittweises Einlassen auf das Thema (Ja, aber das fällt mir schwer, darüber zu sprechen). Manche Patienten fühlen sich dadurch auch erst dazu ermutigt, sexuelle Probleme mit ihrem Partner zu besprechen. Grundsätzlich gilt: Das Angebot einer Sexualberatung sollte immer gemacht werden, sie wird aber nicht immer gewünscht oder in Anspruch genommen.

Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität

Voraussetzung für ein Beratungsgespräch ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verständnis von Sexualität. Es existieren kaum menschliche Gesellschaften, in denen nicht mehr oder weniger explizite Regeln im Hinblick auf sexuelles Verhalten bestehen. Diese gesellschaftlichen Normen beeinflussen nicht nur den Patienten, sondern natürlich auch die Behandler. Bei kaum einem Thema sind die Schwierigkeiten, denen wir uns gegenüber sehen, so groß wie auf sexuellem Gebiet. Sobald wir mit irgendeinem damit in Beziehung stehenden Problem zu tun bekommen, können wir nicht umhin, unsere eigenen Ansichten und Überzeugungen darüber zu enthüllen. Das bedeutet: Wie man mit einem Patienten über das Sexuelle spricht, wie man seine Schilderungen wahrnimmt, bewertet und welche Hilfestellungen man ihm anbietet, wird wesentlich von der eigenen Sichtweise der Sexualität geprägt sein. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Entwicklungsgeschichte, den bisherigen positiven und negativen Erfahrungen, Phantasien, Wünschen und vielleicht auch Ängsten ermöglicht erst ein offenes Gespräch. Eine genauere Kenntnis der „inneren Landkarte", die das eigene sexuelle Erleben und Verhalten bestimmt, lässt auch besser eine Unterscheidung dessen zu, was zu den eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen gehört und was dem anderen zuzuschreiben ist.

Auf äußere Rahmenbedingungen achten!

Die Rahmenbedingungen einer Klinik bzw. einer Praxis haben natürlich nicht unerhebli-

- Unterstützung bei der Problembewältigung in Partnerschaft und Familie (z. B. Kommunikation, Rollenveränderungen, Sexualität)
- Verbesserung der psychischen Befindlichkeit (z. B. Angst, Depression, Selbstwerterleben)
- Reduktion funktioneller Störungen (z. B. sexuelle Störungen)
- Verbesserung der Krankheitsverarbeitung
- Stärkung personaler und sozialer Ressourcen
- Förderung der verbleibenden Gesundheit und der individuellen Ressourcen

Tab. 1
Ziele der psychoonkologischen Rehabilitation

che Auswirkungen auf Verlauf und Inhalte der Gespräche. In einem Dreibettzimmer ist es beispielsweise kaum möglich, über vertrauliche Themen wie Paarbeziehung und Sexualität zu sprechen und es muss deshalb dazu ein schützender Raum angeboten werden (zum Beispiel: „Wenn Sie möchten, suche ich nach einer Möglichkeit, wo wir ungestört miteinander sprechen können"). Immer kürzer werdende Verweilzeiten der Kranken in den Kliniken lassen zudem kaum noch ein Vertrauensverhältnis zwischen Behandlern und ihren Patienten entstehen. Vertrauen ist aber für die meisten Menschen eine unumgängliche Voraussetzung, um über die eigene Sexualität sprechen zu können. Trotzdem kann auch hier ein „Brückenschlag" helfen, das Thema zu eröffnen, zum Beispiel: „Ich weiß, wie schwierig es ist, über die eigene Sexualität zu sprechen – und dann auch noch mit jemandem wie mir, den Sie erst so kurze Zeit kennen. Trotzdem möchte ich Ihnen dazu Mut machen." Ebenso kann der auch für Patienten fühlbare Zeitdruck in einer Praxis Hemmungen bewirken, überhaupt so ein persönliches Thema wie das Sexuelle anzusprechen.

Umgang mit Schamgefühlen

Sexualität und sexuelle Beziehungen zu anderen Menschen sind in besonderer Weise mit Schamgefühlen verbunden. Das erklärt auch, warum sexuelle Probleme so selten in Klinik und Praxis zum Thema werden: Die Betroffenen schämen sich (auch heute noch). Die Erfahrung zeigt allerdings auch, dass man sie dazu ermutigen kann, darüber zu sprechen. Umgekehrt ist es dabei wichtig, nicht selbst durch eigene Schamgefühle blockiert zu sein (Darf ich das überhaupt fragen?), sondern möglichst offen und selbstverständlich damit umzugehen. Während des Gesprächs werden möglicherweise Punkte berührt, die zu sehr mit Schamgefühlen besetzt sind und dadurch ein Schweigen auslösen. Hier ist eine einfühlsame Reaktion wichtig, die das Gefühl des Patienten in akzeptierender Form anspricht, zum Beispiel: „Es scheint Ihnen sehr schwer zu fallen, darüber zu sprechen." Keinesfalls darf der Versuch unternommen werden, die Gefühle des Patienten zu „unterlaufen" und durch möglichst geschicktes Fragen doch noch in ihn einzudringen. Der hilfreich gemeine Ausspruch: „Sie brauchen sich nicht zu schämen!" hilft dabei in der Regel überhaupt nicht. Gefühle von Peinlichkeit und Scham kann man nicht „ausreden"! Gelingt es dem Patienten nicht, sich zu einer bestimmten Frage zu äußern, sollte dies akzeptiert und das Gespräch auf andere Inhalte gelenkt werden.

Therapeutische Hilfestellungen

Viele Ärzte halten sich schon alleine auf Grund ihrer unzureichenden sexualmedizinischen Ausbildung für diesen Problembereich nicht zuständig und versuchen ihre Patienten – wenn sexuelle Störungen überhaupt zur Sprache kommen – an einen niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten zu überweisen. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass solche Überweisungen häufig nicht „befolgt" werden. Die Ursache dafür ist sicher nicht nur an den immer noch weit verbreiteten sozialen Vorurteilen gegenüber den psychiatrischen Diensten zu sehen, sondern in dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Viele ringen lange Zeit mit ihren Schamgefühlen, bis sie sich wagen, ein sexuelles Problem anzusprechen. Eine Überweisung wird dann häufig als Kränkung erlebt; eine Patientin kommentierte das mit der Bemerkung: „Jetzt habe ich mich endlich getraut, das anzusprechen und dann schickt er mich damit wieder weg. Ihm gegenüber kann ich mir das gerade noch vorstellen, darüber zu sprechen – aber gegenüber jemand mir Wildfremden? Auf keinen Fall!"

Sexualberatung sollte deshalb – soweit wie möglich – in der Hand des behandelnden Arztes verbleiben. Sprechen über Sexualität bedeutet jedoch nicht automatisch eine sich über viele Stunden hinweg ziehende Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten des Patienten, die weder im Klinik- noch im Praxisalltag geleistet werden kann. Häufig geht es statt dessen um konkrete Informationen oder Behandlungsempfehlungen, zum Beispiel die Empfehlung eines Gleitgels, körpertherapeutischer Verfahren bei Körperbildstörung nach verstümmelnden Eingriffen oder einer Nach- und Festigungskur in einer dafür spezialisierten Klinik. Ebenso tragen Informationen über für Patienten geeignete Literatur zu einer adäquaten Unterstützung bei.

Was ist erreichbar?

Bei sexuellen Problemen bedarf es nicht immer viele Stunden umfassenden Gespräche. Nicht selten hat schon ein kurzes Gespräch eine hilfreiche Wirkung. Dies lässt sich beispielsweise dadurch erreichen, dass

- der Kranke erlebt, dass er über sein sexuelles Problem sprechen kann; diese „Vorbildfunktion" ermöglicht es in der Folge vielleicht auch, dass der Patient zu Hause mit seinem Partner darüber sprechen kann.
- er sich in seinen Empfindungen angenommen fühlt und nicht versucht wird, diese ihm auszureden.
- Empfindungen benannt werden, die er vielleicht selbst noch nicht ansprechen kann und dadurch eine weitere Bearbeitung ermöglicht wird.
- Ängste oder Befürchtungen relativiert werden (zum Beispiel: „Sie befürchten, dass Ihr Partner Sie so nicht mehr begehrenswert finden wird – haben Sie denn mit ihm schon über Ihre diesbezüglichen Ängste gesprochen?").
- konkrete Hilfestellungen gegeben werden (zum Beispiel die Empfehlung einer lokalen Östrogenbehandlung bei Veränderungen des Scheidenepithels, die Schmerzen beim sexuellen Verkehr verursachen können).
- der Patient und sein Partner dazu ermutigt werden, ihr sexuelles Verhaltensrepertoire zu erweitern und dadurch krankheitsbedingte Beeinträchtigungen zu reduzieren. Viele Paare praktizieren zum Beispiel beim sexuellen Verkehr bevorzugt eine „Lieblingsstellung", die jedoch in Folge einer Operation (zum Beispiel nach der operativen Entfernung des Mastdarms der Frau) heftige Schmerzen bereiten kann. Hier kann schon alleine

die Einnahme einer anderen Position Abhilfe schaffen.

- er auf mögliche verunsichernde oder ablehnende Reaktionen der Außenwelt vorbereitet wird und ihm dazu Bewältigungsmechanismen vermittelt werden (zum Beispiel: „Wie eröffne ich einem neuen Partner, dass ich ein Stoma trage?").

Bei komplexen, lebensgeschichtlich bedingten sexuellen Störungen (z. B. stark konflikthafte oder schuldbesetzte Einstellungen zur Sexualität) sollte der Patient schrittweise zu einer Psychotherapie oder Sexualtherapie motiviert werden. Neben niedergelassenen Sexualtherapeuten, deren Adressen über die entsprechenden Fachgesellschaften erfragt werden können (z. B. Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, DGfS), stehen dazu auch die in allen großen Städten der Bundesrepublik vorhandenen Beratungsstellen der Pro Familia zur Verfügung.

Fazit für die Praxis

Einschränkungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens können als Begleit- und/oder Folgeerscheinung vieler Krebserkrankungen auftreten. Frühzeitige Informationen und konkrete Hilfestellungen durch den behandelnden Arzt beugen der Entstehung chronifizierter sexueller Störungen mit einer nur noch schwer zu unterbrechenden Eigendynamik (z. B. zunehmendes Vermeidungsverhalten) vor. Die in Deutschland angebotenen Möglichkeiten der stationären onkologischen Rehabilitation (Anschlussheilbehandlung AHB, Eilheil- und Nachfolgeheilverfahren) mit ihren integrierten sexualmedizinischen Beratungsangeboten stellen dabei eine weitere, für den niedergelassenen Arzt verfügbare Möglichkeit dar, eine gezielte Unterstützung auf medizinischer und/oder psychosozialer Ebene anzubieten.

Literatur

1. Gerdes N. Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (Hrsg) Ergebnisbericht der 2. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie. Bad Herrenalb 1984; 28–56.
2. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Empfehlungen des Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger. Deutsche Rentenversicherung 1996; 51: 652–665.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Nierenzentrum
Im Neuenheimer Feld 162
69120 Heidelberg
E-Mail: Stefan.Zettl@med.uni-heidelberg.de