Schweigen ist Gold? – Zur vorherrschenden Praxis der Sexualberatung in der Onkologie

Stefan Zettl

Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung und Heidelberger Seminar für Psychosoziale Onkologie, Universität Heidelberg

In vielen Fachgebieten werden Ärzte heute mit Fragen und Problemen aus den Bereichen Sexualität und Intimität konfrontiert. Meist bestehen aber nur geringe sexualmedizinische Kenntnisse, da die entsprechende Ausbildung während des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung fehlt.

Einleitung

Die naturwissenschaftliche Ausrichtung und das explosionsartig anwachsende Wissen haben unser Gesundheitssystem in den letzten einhundert Jahren grundlegend verändert: Seine Mitarbeiter sind zu hochqualifizierten Spezialisten geworden, die arbeitsteilig in einem hochdifferenzierten Netz von Spezialdisziplinen tätig sind. Inzwischen wird allerdings auch deutlich, daß die technisierte Medizin eine Reihe von Problemen ausklammert und deshalb dazu keine Lösungsansätze vermitteln kann. Dies gilt auch für den Bereich der Intimität und Sexualität, der durch eine Vielzahl von Krankheitsbildern und therapeutischen Maßnahmen beeinträchtigt werden kann, wie es das folgende Beispiel einer 58jährigen Patientin mit einem Mammakarzinom verdeutlicht:

„Ich wurde mit der abschließenden Bemerkung nach Hause entlassen, daß ich mit dem operativen Ergebnis zufrieden sein könne, da der Tumor vollständig entfernt worden sei und man keine befallenen Lymphknoten gefunden habe. Darüber war ich auch sehr glücklich, aber durch die Entfernung meiner linken Brust hatte sich mein Aussehen verändert. Ich konnte mich nur mit Überwindung im Spiegel betrachten und vermied es, mich in Anwesenheit meines Mannes auszuziehen. Und obwohl mein Mann sehr liebevoll mit mir umging, konnte ich seine Zärtlichkeiten nicht mehr ertragen und schreckte jedesmal zurück, wenn er mich in den Arm nehmen wollte. Gleichzeitig hatte ich deswegen Schuldgefühle, konnte aber darüber mit ihm nicht reden. Ich habe mich auch davor gescheut, meinen Frauenarzt darauf anzusprechen, ob meine Reaktionen normal sind und was ich dagegen tun könnte – meine Hemmungen waren viel zu groß. Er fragte aber auch nie danach; vielleicht ist er davon ausgegangen, daß alles in Ordnung ist, wenn ich von mir aus nichts sage."

Das Fallbeispiel illustriert die immer noch weit verbreiteten Schwierigkeiten im Umgang mit Beeinträchtigungen des sexuellen Erlebens und Verhaltens im Kontext körperlicher Krankheiten: Sie werden selten zum Thema eines Gesprächs mit den Betroffenen. Gerade im Bereich onkologischer Krankheitsbilder finden sich eine Vielzahl möglicher Auswirkungen der Erkrankung und/oder der notwendig werdenden therapeutischen Maßnahmen, die die Sexualität negativ beeinflussen können. Sexualität und insbesondere „sexuelles Versagen" sind aber in hohem Maß scham- und angstbesetzt und hindern die Patienten daran, offen das Bedürfnis nach einer Beratung durch ihren Haus- oder Facharzt zu äußern. Neben Ängsten und Schamgefühlen auf seiten der Patienten finden sich aber auch bei Ärzten Schwierigkeiten im Umgang mit der Sexualität ihrer Patienten. Welche Ursachen sind dafür verantwortlich?

Ursachen für das bisher unzureichende Beratungsangebot

Mangelnde sexualmedizinische Kenntnisse

Im Medizinstudium werden bisher sexualmedizinische Kenntnisse kaum vermittelt. Wenn die Sexualität zum Thema wird, reduzieren sich die Informationen in der Regel auf Fragen der sexuellen Funktionen, also physiologische oder endokrinologische Aspekte. Das mit der Sexualität verbundene seelische Erleben und die Probleme bei der Verarbeitung von sexuellen Einschränkungen in der Folge von körperlichen Erkrankungen werden nicht reflektiert. Daher fühlen sich viele ärztliche Kollegen für ein Gespräch mit ihren Patienten über sexuelle Fragen nur unzureichend vorbereitet. Zu den fehlenden theoretischen Grundlagen kommen noch die mangelnden Möglichkeiten hinzu, praxisnahe Erfahrungen im Umgang mit von Patienten geschilderten sexuellen Störungen zu sammeln. Nur an wenigen Abteilungen der deutschen Universitäten existieren sexualmedizinische Abteilungen mit einem entsprechenden Lehrangebot, das sowohl Studierenden als auch praktizierenden Ärzten erlaubt, sich in diesem Sektor weiterzubilden.

Verneinung der eigenen Zuständigkeit für diesen Problembereich

Viele ärztliche Kollegen halten sich schon alleine aufgrund ihrer unzureichenden sexualmedizinischen Ausbildung für diesen Problembereich nicht zuständig und versuchen ihre Patienten – wenn sexuelle Störungen überhaupt in ihrer Praxis 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 in den immer noch weit verbreiteten sozialen Vorurteilen gegenüber psychiatrischen Diensten zu sehen, sondern in dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Viele Kranke ringen lange Zeit mit ihren Schamgefühlen, bis sie es

Geburtsh. u. Frauenheilk. 57 (1997) M 211 – M 213
© Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

wagen, ein sexuelles Problem gegenüber ihrem Arzt 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!"*

Eine Tendenz der Medizin zur Reduzierung der Sexualität auf die biologisch-somatischen Funktionen

Durch ihr naturwissenschaftlich geprägtes Denken besteht eine Tendenz zur Reduzierung des Sexuellen auf meßbare biologisch-somatische Funktionen. Dies zeigt sich beispielsweise an den klassischen Untersuchungen des amerikanischen Forscherpaares Masters und Johnson (1966), die in ihren Labors die Sexualität der Versuchspersonen auf das somatische Geschehen wie meßbare Muskelkontraktionen reduziert haben; die subjektiven Erlebnisqualitäten wurden dabei vollkommen außer acht gelassen. Tiefer (1993) bemerkt dazu kritisch: *„Da das medizinische Modell der Sexualität auf biologischen Normen und Standards basiert, beinhaltet es keine Vorstellung davon, daß Ereignisse wie Erektion und Orgasmus keine biologischen Grundprinzipien sind, sondern ihre Bedeutung durch Persönlichkeit, sexuelle Beziehung, bestimmte sexuelle Gewohnheiten und Erwartungen, Lebenserfahrung, Subkultur oder Zeitgeschichte erhalten"* (S. 129).

Spätestens bei der Konfrontation mit einer konkreten sexuellen Störung zeigt sich jedoch die Schwierigkeit, mit dieser scheinbar unvoreingenommen und wissenschaftlich objektivierenden Sichtweise das Symptom zu verstehen und beratend bzw. therapeutisch damit umzugehen. Diese Tendenz wird allerdings auch umgekehrt von vielen Patienten gefördert, denn eine somatische Betrachtungsweise symbolisiert Objektivität und Unpersönlichkeit des Arztes. Und dies erleichtert den Umgang mit einem Bereich, in dem es auch um Werte, Wünsche, Gefühle, Phantasien, Sünde und Scham geht.

Falsche Einschätzung der Bedeutung des Sexuellen im Kontext einer Krebserkrankung

Können sexuelle Beeinträchtigungen wirklich von Bedeutung sein in einer Situation, in der die Patienten vollständig beansprucht sind von der Bewältigung ihrer Erkrankung und damit assoziierten Ängsten? Viele würden diese Frage sicher verneinen und für die Mehrzahl der Patienten ist diese Einschätzung für den Zeitraum der Ersterkrankung und deren Therapie zutreffend. Mit der Rückkehr in die „Normalität", in den Lebensalltag werden jedoch auch diese Bedürfnisse wieder bedeutsam. Eine Befragung von Vincent et al. (1975) zeigt: 80% der von den Autoren befragten Krebspatienten wünschte ausdrücklich mehr Informationen zu möglichen Auswirkungen ihrer Erkrankung und deren Behandlung auf ihre Sexualität.

Unzureichende Kenntnisse in diagnostischer und beratender Gesprächsführung

Bei einem diagnostischen oder beratenden Gespräch über ein sexuelles Problem sind sowohl die inhaltliche (*was* wird berichtet) als auch die Interaktionsebene (*wie* verläuft das Gespräch) bedeutsam. Eine Reduktion auf das Abfragen von Fakten und konkrete sachliche Informationen reichen häufig nicht aus, um eine sexuelle Störung erfolgreich verstehen und behandeln zu können. Die systematische Beachtung und Reflexion der Form der Beziehungsgestaltung durch den Patienten vermittelt in vielen Fällen zusätzliche wichtige Hinweise.

In den letzten Jahren wurde zwar versucht, der „sprechenden Medizin" mehr Raum zu geben, jedoch verfügen die meisten Ärzte nur über eine unzureichende Weiterbildung im Bereich psychosozialer Interventionsmöglichkeiten und der Technik hilfreicher Gesprächsführung. Die im Rahmen des Universitätsstudiums angebotenen Kurse in Medizinischer Psychologie und Psychosomatik können zwar einen Überblick vermitteln, qualifizieren jedoch mehrheitlich nicht ausreichend in beratender und supportiver Gesprächsführung – geschweige denn in der Technik von Paar- oder Familiengesprächen. Ein derzeit kursierender Referentenentwurf zur Änderung der Ärztlichen Ausbildungsordnung sieht sogar die Streichung des Faches Psychosomatische Medizin als Pflichtfach vor.

Hemmungen, das sexuelle Erleben des Patienten anzusprechen

Die fehlende Weiterbildung in Gesprächsführung wirkt sich auch direkt auf den Umgang mit dem Thema Sexualität aus. In Balintgruppen und sexualmedizinischen Weiterbildungsseminaren werden immer wieder Hemmungen geäußert, das Sexuelle anzusprechen, den Patienten damit vielleicht zu nahe zu treten und aversive Reaktionen zu provozieren. Der Beratungsalltag zeigt, daß dies bei taktvollem Vorgehen jedoch ausgesprochen selten geschieht. Offene Fragen wie *„Hat sich denn durch ihre Erkrankung etwas in ihrer Partnerschaft und Sexualität verändert?"* lassen sowohl eine Abwehr zu (Pat.: *„nein, da ist alles normal!"*), aber auch ein sich schrittweises Einlassen auf das Thema (Pat.: *„ja, aber es fällt mir schwer, darüber zu sprechen"*). Grundsätzlich gilt: Das *Angebot* einer Sexualberatung sollte *immer* gemacht werden, es wird aber nicht von allen Patienten gewünscht oder in Anspruch genommen.

Unreflektierte eigene sexuelle Wert- und Normvorstellungen

Es existieren kaum menschliche Gesellschaften, in denen nicht mehr oder weniger explizite Regeln im Hinblick auf sexuelles Verhalten bestehten Diesen gesellschaftlichen Normen stehen nicht nur die Patienten, sondern natürlich auch die Ärzte gegenüber. Die eigenen Einstellungen zur Sexualität beeinflussen aber in nicht unerheblichem Maß die Beratung von Patienten: *„Nirgends sind die Schwierigkeiten, denen sich ein Arzt gegenübersieht, so groß wie auf sexuellem Gebiet. Sobald er mit irgendeinem damit in Beziehung stehenden Problem zu tun hat, kann er nicht umhin, seine eigenen Ansichten und Überzeugungen darüber zu enthüllen"* (Balint 1980, S. 306).

Störende Kontextbedingungen

Die derzeit bestehenden Strukturen im stationären und ambulanten Bereich schaffen Bedingungen, unter denen ein qualifiziertes sexualmedizinisches Beratungsangebot nur schwer realisiert werden kann. Zwar wurde mit der Einführung des neuen EBM u. a. versucht, der „sprechenden Medizin" mehr Gewicht zu geben, aber der zu beobachtende Punktwerteverfall hat zu erheblicher Unruhe unter den niedergelassenen Ver-

tragsärzten geführt. Die Auswirkungen der Einführung der arztgruppenbezogenen fallzahlenabhängigen Praxisbudgets ab 1997 sind noch vollkommen unklar. Vor diesem Hintergrund sowie der steigenden Zahl niedergelassener Kollegen und dem damit einhergehenden verschärften Wettbewerb hat sich bei vielen Ärzten ein Gefühl existenzieller Bedrohung ausgebreitet. Zusammen mit den immer kürzer werdenden Verweilzeiten in den Krankenhäusern entwickeln sich u.a. zeitliche Rahmenbedingungen, die kaum noch ein Vertrauensverhältnis zwischen Behandelnden und Patienten entstehen lassen. Vertrauen ist aber für viele Menschen eine unumgängliche Voraussetzung, um über Sexualität sprechen zu können.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß die Voraussetzungen für ein ausreichendes und qualifiziertes sexualmedizinisches Beratungsangebot zur Zeit kaum gegeben sind und es weiterer Anstrengungen bedarf, um Verbesserungen zu erreichen.

Erwerb sexualmedizinischer Basiskompetenzen

Bedarf deshalb aber jeder Arzt für eine qualifizierte Beratung einer mehrjährigen sexualtherapeutischen Weiterbildung? Die Frage ist in dieser Form zu verneinen. Nicht selten hat schon ein kurzes Gespräch eine therapeutische Wirkung. Der Kranke erlebt dabei beispielsweise, daß er über sein sexuelles Problem mit dem Arzt sprechen kann. Diese „Vorbildfunktion" ermöglicht in der Folge vielleicht auch, daß der Patient zu Hause mit seinem Partner darüber sprechen kann. Der Erwerb sexualmedizinischer Basiskompetenzen (z.B.: „Wie spreche ich das Thema überhaupt an?") erscheint trotzdem sinnvoll. Folgende grundlegende Lehrinhalte sind denkbar:

- Darstellung sozialmedizinischer, psychologischer und soziologischer Erkenntnisse zur menschlichen Sexualität
- Reflexion eigener sexueller Wert- und Normvorstellungen
- Vermittlung von Informationen über krankheits- und therapiebedingte sexuelle Störungen im Kontext körperlicher Erkrankungen
- Befähigung, das Thema Sexualität in der Arzt-Patient-Beziehung anzusprechen
- Vorgehen bei einer sexualmedizinisch orientierten Anamnese und Diagnosestellung
- Medizinische und psychologische Behandlungsmöglichkeiten sexueller Einschränkungen

Eine Expertengruppe der deutschen Gesellschaft für Sexualforschung bemüht sich derzeit um die Entwicklung von differentiellen, auf unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten zugeschnittenen Weiterbildungskonzepten (Strauß 1996). An der Psychosozialen Nachsorgeeinrichtung der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg wurde ebenfalls ein zweitägiges Fortbildungsseminar mit dem Ziel konzipiert, die sexualmedizinische Beratungs- und Behandlungskompetenz der Teilnehmer zu fördern. Es soll dazu befähigen, den Patienten *auch* als sexuelles Wesen wahrzunehmen und vor diesem Hintergrund krankheits- und therapiebedingte Veränderungen der Intimität und Sexualität reflektieren und ansprechen zu können. Ein auf zwei Tage begrenztes Seminar kann natürlich nicht alle formulierten Lehrinhalte vermitteln; das Ziel besteht vor allem darin, die Teilnehmer für das Thema Sexualität zu sensibilisieren und sie dazu zu ermutigen, es gegenüber ihren Patienten von sich aus anzusprechen und nicht auf entsprechende Fragen zu warten, da jene ihr Anliegen nur selten unmittelbar verständlich machen.

Literatur

Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart (1980).

Masters, W. H., V. E. Johnson: Human sexual Inadequacy. Little & Brown, Boston (1966).

Strauß, B.: Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Psychotherapeut 41 (1966) 384–385.

Tiefer, L.: Über die Medikalisierung männlicher Sexualität. Z. f. Sexualforsch. 6 (1993) 119–131.

Vincent, C. E., B. Vincent, F. C. Greiss, E. B. Linton: Some marital concomitants of carcinoma of the cervix. South. Med. J. 68 (1975) 552–558.

Kontakt:
Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Sektion Nephrologie
Bergheimer Str. 56a
D-69115 Heidelberg
Tel.: 06221 91120
E-Mail: stefan_zettl@med.uni-heidelberg.de