

# Diagnose Krebs – das Ende aller erotischen Träume?

Reflexionen zu Faktoren sexuellen Erlebens im Rahmen der ärztlichen Beratung

Natürlich bedeuten Diagnose und Therapie einer Brustkrebserkrankung oder eines gynäkologischen Tumors *nicht* das Ende aller erotischen Träume, aber sie haben einen relevanten Einfluss auf die gelebte Sexualität und Partnerschaft der betroffenen Frau. Als betreuende Ärztinnen/Ärzte sind wir in der Verantwortung, unsere Patientinnen auf dem Weg zu einer befriedigenden Sexualität «danach» zu unterstützen.

BARBARA ZEYEN KÄCH

Die Auswirkungen von Brustkrebs und gynäkologischen Krebserkrankungen und im Speziellen deren Therapien auf Liebe, Partnerschaft und Sexualität sind mittlerweile in zahlreichen Studien, insbesondere im angloamerikanischen Raum, detailliert untersucht. Auch in der deutschsprachigen Literatur finden sich einige Untersuchungen, die Aussagen über Einschränkungen und deren Behandlungsmöglichkeiten machen.

Und doch ist nach wie vor auf Seiten der Ärzteschaft ein Unbehagen der Thematik gegenüber und auf Seiten der Patientinnen ein nicht erfülltes Informations- und Gesprächsbedürfnis wahrnehmbar (1).

In diesem Artikel soll ergänzend zur Datenlage ein Zugang über das persönliche, individuelle Erleben der einzelnen Frau anhand verschiedener Aussagen und Erzählungen Betroffener versucht werden. Vor diesem Hintergrund werden in der Zusammenfassung Hinweise für hilfreiche Anpassungen in Haltung und Verhalten der Betreuenden gegeben; evidenzbasierte Handlungsanweisungen dürfen hingegen nicht erwartet werden.

Für eine detaillierte Zusammenstellung der möglichen Einschränkungen der Sexualität bei verschiedenen Malignomen im Bereich der gynäkologischen Versorgung und Behandlungen verweise ich auf den 2009 in dieser Zeitschrift erschienenen Artikel zum Thema (2).

## **Bedeutung der Sexualität**

Die Rolle, die die Sexualität im Leben jedes Einzelnen spielt, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Sie kann einen hohen Stellenwert haben oder sie kann eine Nebensache sein. Manche unserer Patientinnen leben in glücklichen, sexuell erfüllten Partnerschaften, andere haben schwierige Beziehungen und erleben die Sexualität problematisch. Wieder andere

sind allein und hoffen vielleicht auf einen neuen Partner, eine neue Partnerin. Andere erfüllen ihre «eheliche Pflicht». Den meisten ist gemeinsam, dass «man nicht darüber redet» (3).

Hendrik Melle schildert in seinem Buch «Die Amazone vom Kollwitzplatz» (4), in dem er das erste Jahr der Brustkrebserkrankung seiner Frau Uta literarisch verarbeitet hat, die individuelle Bedeutung der Sexualität so:

«*Unser Sex war immer ein kleines Wunder an Vertrauen, Offenheit und Spielfreude gewesen. Und wenn wir unserer Sprache nicht mehr vertrauen konnten, wenn der Alltag uns Barrieren gebaut hatte, waren wir nachts blind und stumm zueinander gekrochen ... Wie viel offene Wunden verträgt die Erotik, um erotisch zu bleiben? Kann man sich mit aufgerichtem Schwanz über jemanden hermachen, der den ganzen Tag stöhnt und leidet? Wo geht der Sex hin, wenn der Körper sich auflöst? War ich in dieser Zeit überhaupt noch ein Mann? Oder war ich nur noch eine Funktionserfüllungseinrichtung mit Stehpinkelanlage?»*

## **Veränderungen unter Krankheit und Therapie**

Die vielfältigen Auswirkungen, die eine Brust- oder gynäkologische Krebserkrankung und vor allem deren Therapie auf das sexuelle Erleben der Patientinnen hat, lassen sich in einem Grossteil der Fälle auf ein Kernproblem zurückführen: Es handelt sich um die vaginale Atrophie und Trockenheit, die zu Dyspareunie und in der Folge oft zu einer Vermeidung jeglicher sexueller Aktivität führt. Verantwortlich hierfür sind zum einen die Chemotherapie mit in der Folge prämaturer Menopause bei jüngeren Patientinnen (5) und zum anderen die adjuvante endokrine

Therapie, insbesondere diejenige mit Aromatasehemmern (6).

Nach Tumoren im kleinen Becken kann die vaginale Atrophie und konsekutive Dyspareunie als direkte Folge der pelvinen Radiotherapie in mehr als der Hälfte der behandelten Patientinnen diagnostiziert werden (7).

Natürlich ist auch der Libidoverlust, mitbedingt durch Fatigue oder Depression und die eingeschränkte Sensibilität, beispielsweise der Mamillen und der erogenen Zonen der Brust, von grosser Bedeutung. In verschiedenen Arbeiten zeigte sich aber, dass der wichtigste prädiktive Faktor für sexuelle Probleme oder Einschränkungen die Qualität der Partnerschaft und die eigene Wahrnehmung der sexuellen Attraktivität ist (8, 9).

---

### **Information über Auswirkungen auf das sexuelle Erleben**

Aus den obigen Ausführungen lassen sich für das ärztliche Handeln folgende Hinweise ableiten: Die ärztliche Informationspflicht gebietet es, auch über mögliche Nebenwirkungen der Therapie, die das sexuelle Erleben beeinträchtigen können, zu informieren. Hierzu zählen operationsbedingte Sensibilitätsstörungen, das Risiko einer vorzeitigen Menopause und deren Konsequenzen, der Einfluss der geplanten Therapien auf die Fertilität und die zu erwartenden Körperbildveränderungen. Auch über eine mögliche Beeinträchtigung der Libido, das Risiko, unter Müdigkeit oder einer depressiven Entwicklung zu leiden, sollte abhängig von der jeweiligen Therapieempfehlung vorgängig informiert und aufgeklärt werden.

Menopausenbeschwerden, die vaginale Trockenheit oder Synechien, Anpassungsstörungen oder Depressionen sind soweit möglich durch die zuständige Fachärztin zu behandeln (2). Alle Patientinnen sollten zudem über die bestehenden Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung informiert werden und Zugang zu den hierin spezialisierten Zentren respektive Abteilungen erhalten.

Bei tieferliegenden (neurotischen) Konflikten oder einer ausgeprägten (meist schon vorbestehenden) Paarproblematik ist auf weiterführende Beratungs- oder Hilfsangebote hinzuweisen. Hierbei lohnt es sich, die interdisziplinäre (bzw. interprofessionelle) Zusammenarbeit zu pflegen.

---

### **Kommunikation und Offenheit**

Im Bereich der Kommunikation ist es wesentlich, als betreuende Ärztin Offenheit zu signalisieren, im Sinne eines «Mit mir können Sie (auch) über Sexualität reden».

Wie oben erwähnt, ist die Bedeutung der Sexualität individuell verschieden, kann aber auch zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten im Krankheitsverlauf



Uta und Hendrick Melle, Foto: ©Esther Haase 2010.  
Mit freundlicher Genehmigung der Fotografin und Uta Melle

zum Thema werden. Viele Frauen sind zu Beginn der Erkrankung mit der Entscheidungsfindung und der durch die vermeintliche Bedrohung des Lebens ausgelösten Angst so beschäftigt, dass Fragen zur Lebensqualität und insbesondere zur Sexualität zunächst in den Hintergrund treten. Wann und ob sich dies im Verlauf der Behandlung ändert, kann nur durch offenes, aktives Zuhören von Seiten der Ärztin in Erfahrung gebracht werden.

---

### **Zusammenfassung und Bewertung**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch eine Krebserkrankung erotische Träume und gelebte Sexualität nicht aufhören, sich aber doch, abhängig von der diesbezüglichen Vorgeschichte, verändern. Es ist davon auszugehen, dass in den meisten Fällen eine zuvor schon unbefriedigende Sexualität durch eine Krebserkrankung nicht besser wird, sondern vielleicht sogar ganz aufhört. Aber auch eine zuvor für beide Partner befriedigende, erfüllte Sexualität wird durch die Erkrankung und deren Behandlung eine Veränderung erfahren.

Diesbezüglich sind wir Ärztinnen und Ärzte die Spezialistinnen für die Erkrankung, deren Behandlung und das Management der Nebenwirkungen. Die Spezialistinnen für ihr Leben sind allerdings unsere Patientinnen. Und so beschreibt eine Aussage von Uta Melle (10) in einem Interview mit der deutschen



Amazonen, Foto: ©Esther Haase 2010. Mit freundlicher Genehmigung der Fotografin und Uta Melle

Zeitschrift «Brigitte» – in meinen Augen deutlicher als jede Schlussfolgerung einer wissenschaftlichen Studie –, was eine veränderte Sexualität nach Krebs ganz praktisch bedeuten kann:

«Durch die Krebsdiagnose, die Konfrontation mit dem Tod, muss man ohnehin vieles verarbeiten. Das Vertrauen in den eigenen Körper ist erschüttert, weil er einen im Stich gelassen hat. Es ist doch ganz logisch, dass das den Sex beeinträchtigt und einschränkt. Trotzdem spukt einem im Hinterkopf herum, dass man seinen Partner eigentlich befriedigen möchte – das aber nicht kann, weil der Körper wehtut. Da kann man schlecht loslassen, und das gehört zum Sex nun mal dazu.

Leider trauen sich nur wenige Frauen, das zuzugeben. Sie setzen sich unheimlich unter Druck, weil sie vollwertige Frauen bleiben wollen. Und das sind sie ihrer Meinung nach, wenn sie gut im Bett sind. In solchen Zeiten hilft es, sich mit seinem Partner zusammensetzen und zu sagen: «Du, wir müssen vielleicht eine neue Form der Sexualität finden.» Heisst, seltener, und wenn, dann gut vorbereitet, mit viel Zeit, noch mehr Gleitmittel und ohne Kinder im Hintergrund.

Natürlich vermisse ich meine Brüste manchmal, etwa, wenn mein Mann mir über die Narben streicht. Aber es gibt so viele andere Möglichkeiten. Statt sich auf eine Schwäche zu konzentrieren, sollte man lieber auf seine Stärken schauen. Ich zum Beispiel habe das Glück, dass mein Mann Füsse mag. Und die sind ja noch dran!»

### Neue Akzentsetzung

Wenn wir zudem Untersuchungen Glauben schenken, wonach die eigene Wahrnehmung der sexuellen Attraktivität, neben der Qualität der Partnerschaft, ein wesentlicher prädiktiver Faktor für die sexuelle

Zufriedenheit nach einer Krebserkrankung ist, dann findet sich hier ein wichtiger Ansatz für Unterstützungsmöglichkeiten.

So sind die in vielen Zentren angebotenen «Look-Good-Feel-Better»-Kurse oder die zahlreichen Sportangebote während und nach der Behandlung hilfreich, um Patientinnen das Gefühl zurückzugeben, (noch) attraktiv zu sein.

Zusätzlich ist die eigene Haltung, mit der wir unseren Patientinnen gegenüber treten, von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Der folgende Auszug aus einem Interview, welches Uta Melle (11) dem Deutschlandradio am 16.5.2013 gegeben hat, verdeutlicht, was hiermit gemeint ist:

*Interviewer: «Nach dem, was Sie erlebt haben, Frau Melle, wie festgezurrt, festgelegt, brustfixiert ist das Schönheitsideal in unserer Gesellschaft, wenn es darum geht, was weiblich ist?»*

*Uta Melle: «Enorm und ich würde sogar sagen, noch schlimmer als vor 20 Jahren. Wenn ich jetzt vergleiche, als meine Mutter die Diagnose – das war 1989 – gekriegt hat, da hat der Professor sich noch zurückgelehnt und zu meinem Vater gesagt: «So, und wenn Sie jetzt Ihre Frau verlassen, dann kriegen Sie noch einen Tritt in den Hintern von mir.» Und heutzutage habe ich schon oft gehört, dass bei der Diagnosestellung die Ärzte sich dann zum Mann drehen und sagen: «So, und was machen wir jetzt mit der Brust Ihrer Frau?» Das ist zum Beispiel so der gravierende Unterschied, der da ist.»*

Ich denke, dass hieraus – für unsere Haltung Patientinnen gegenüber – Folgendes abgeleitet werden kann:

■ **Fehlende Brüste, fehlende Haare, Hitzewallungen, Narben oder eine trockene, verkürzte Scheide sind kein Grund, dass sich eine Frau nicht mehr schön, stark und begehrenswert fühlen kann.**

Wenn es uns gelingt – neben der Information, der Beratung, der Behandlung von Nebenwirkungen und der Offenheit im Gespräch – dies auszustrahlen, können wir einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die Diagnose Krebs für unsere Patientinnen nicht das Ende aller erotischen Träume bedeutet. ■



Dr. med. Barbara Zeyen Käch  
Leiterin Brust- und Tumorzentrum  
Universitätsklinik für Frauenheilkunde  
3010 Bern  
E-Mail: barbara.zeyen@insel.ch

Interessenkonflikte: keine.

### Quellen:

1. Flynn KE et al.: Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology* 2012; 21: 594–601.
2. Pasquinelli V: Sexualität bei Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren. *Gynäkologie* 2009; 6: 10–13.
3. Neises M: Sexualität und Partnerschaft bei Krebs. Magdeburg 2009.
4. Melle FH: Die Amazone vom Kollwitzplatz. Life Trust Verlag 2014: 56.
5. Rosenberg SM et al.: Treatment-related amenorrhoea and sexual functioning in young breast cancer survivors. *Cancer* 2014; 120: 2264–2271.
6. Baumgart J et al.: Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause* 2013; 20: 162–168.
7. Lammerink EA et al.: Sexual functioning of cervical cancer survivors: a review with a female perspective. *Maturitas* 2012; 72: 296–304.
8. Burwill SR et al.: Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol.* 2006; 24(18): 2815–2821.
9. Emilee G et al.: Sexuality after breast cancer – a review. *Maturitas* 2010; 66: 397–407.
10. Melle U: «Ich habe eine neue Form der Sexualität gefunden». *Brigitte* 10.7.2014.
11. Melle U: «Mal gucken, ob ich dann noch sexy bin». *Deutschlandradio Kultur* 16.5.2013.