

Let's talk about  
«Fertilität und  
Sexualität»

**Miriam Döbeli im Gespräch mit Astrid Ahler**

**Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie**

**Frau Ahler, Sexualität und Fertilität sind nicht unbedingt die Themen, die einem nach einer Krebsdiagnose als erstes in den Sinn kommen. Weshalb ist es trotzdem wichtig, sich von Anfang an damit zu beschäftigen?**

Dies ist eine sehr spannende Frage. Wahrscheinlich ist es nicht unbedingt der erste Gedanke, weil durch die Krebsdiagnose natürlich erst einmal das Leben zusammenbricht und man sich plötzlich mit dem potenziellen Tod konfrontiert sieht. Alles, was man bisher geplant hat, liegt erst einmal in Scherben. Wenn ich zum Zeitpunkt der Diagnose jedoch gerade versuche, schwanger zu werden oder ich vielleicht sogar Probleme habe, schwanger zu werden, dann ist die Fertilität durchaus ein Thema, welches sehr aktuell sein kann. Wenn ich eine sehr lebendige Sexualität habe, kann auch das durchaus ein wichtiger Faktor sein, an den ich denke. Die Sexualität kann ein stabilisierender Faktor in der Beziehung sein, gerade während der Krebstherapie und auch danach. Dann ist es wichtig, die Sicherheit zu haben, diese weiterführen zu können, wenn vielleicht auch anders als vorher. Das sind zwei Gründe, warum die Sexualität und die Fertilität bei einigen Patientinnen und Patienten sicherlich bereits bei der Diagnosestellung wichtige Themen sind, die relativ rasch aktuell werden. Ich gehe aber eins mit Ihnen, dass es vielleicht für viele, gerade für sehr junge Patient\*innen nicht unbedingt das Erste ist, woran man denkt. Die Fertilität und die Sexualität sind dabei zwei getrennte Dinge. Die Fertilität ist etwas, was durch die Therapie eingeschränkt sein kann. Das heisst nicht, dass sie zwingend zur Unfruchtbarkeit führt, denn dies ist stark von der Therapie abhängig. Zudem sind wir mittlerweile in der glücklichen Lage, dass wir meistens Optionen haben, um Eizellen und auch Spermien zur Seite zu schaffen, quasi eine Reserve anzulegen. Der Sinn dahinter ist, dass diese Reserven angelegt werden für den Fall, dass zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Erkrankung überstanden ist, die Fruchtbarkeit sehr eingeschränkt oder nicht mehr vorhanden ist, ein Kinderwunsch trotzdem erfüllt werden kann. Ob ich dieses Backup dann später auch nutzen möchte, spielt zum Zeitpunkt der Diagnose weniger eine Rolle.



Wichtig ist, dass ich die Option habe. Natürlich gibt es aber auch Situationen, wo das einfach nicht möglich ist, weil die Zeit drängt, weil die Therapie so schnell wie möglich starten muss und entsprechend einfach keine Zeit ist, fertilitätserhaltende Massnahmen zu ergreifen oder der Eingriff an sich zu riskant ist.

Die Sexualität ist leider ein Thema, das in der Gesamtbevölkerung eher als Luxusproblem angesehen wird. Zudem ist es auch ein bisschen peinlich, darüber zu reden, zuzugeben, dass man vielleicht Probleme hat. Und es bestehen noch immer diese Mythen, wie eine Frau / ein Mann sein soll. Dies sind Illusionen, denn das, was einem so vorgespielt wird, wird ja nur von ganz wenigen genau so praktiziert. Deshalb ist es so wichtig, sich zu fragen: «Was ist denn für mich eine gute Sexualität, was will ICH denn?» Und das heisst nicht zwangsläufig Geschlechtsverkehr, das können auch körperliche Berührungen sein. Ich erlebe immer wieder, dass diese Ebene von Sexualität einen ganz wichtigen Halt geben kann. Auch wenn viele Patient\*innen die Sexualität im ersten Moment als Luxusproblem sehen, kann sie unheimlich viel Kraft geben. Ich mag den Ausdruck «erotische Selbstfürsorge», weil es wichtig ist, sich selber zu spüren, wieder Zugang zu seinem Körper zu bekommen, der einen zwar irgendwo verraten hat, der aber mit einem jetzt da durch muss und mit einem selber verwoben ist. Und der eben auch Fürsorge braucht in dieser Zeit.

## **Welche Möglichkeiten des Fertilitätserhalts gibt es für junge Betroffene und wann ist der richtige Zeitpunkt dafür?**

Betreffend Zeitpunkt kommt es darauf an, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass die Fruchtbarkeit nachher tatsächlich eingeschränkt ist. Es gibt Therapien, wo die Wahrscheinlichkeit nicht besonders hoch ist. Aber mir ist einfach wichtig, dass die Information und auch die Entscheidung, ob eine fertilitätserhaltende Massnahme durchgeführt wird, mit der Patientin oder dem Patienten geteilt wird. Dabei kann man durchaus zum Schluss kommen, momentan keine fertilitätserhaltenden Massnahmen ergreifen zu wollen und sich rein auf die Krebstherapie zu konzentrieren. Das Problem ist nur, dass es häufig schwierig ist, direkt schon am Anfang der Therapie definitiv zu sagen, ob es bei dieser einen Therapie bleiben wird. Es gibt häufig den Fall, dass eine nicht so gefährliche Therapie begonnen wird, was die Fruchtbarkeit angeht, aber wenn dann der Patient oder die Patientin nicht auf die Therapie anspricht, muss plötzlich auf eine Therapie gewechselt werden, die durchaus gefährlich werden kann für die Fruchtbarkeit. Und das Problem ist dann, dass unter laufender Chemotherapie keine Eizellen oder Spermien eingefroren werden können, weil das Risiko gross ist, dass die eingefrorenen Eizellen oder Spermien dann defekt sind, also dass die Gefahr besteht, dass die Kinder nicht gesund auf die Welt kommen. Deswegen ist es wichtig, dass wirklich von Anfang an im Team zusammen das Worst Case-Szenario überlegt wird, also was die potentiell schädlichste Therapie sein könnte. Ich möchte von den Onkolog\*innen immer den Worst Case hören, damit gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten und allenfalls den Eltern eingeschätzt werden kann, was dies genau heisst, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass dieser Fall eintritt und welches Risiko wir eingehen. Wird die Entscheidung für eine fertilitätserhaltende Massnahme getroffen, so ist es wichtig, möglichst vor Beginn der Chemotherapie oder der



Bestrahlung die Eizellen oder die Spermien einzufrieren. Bei jungen Männern und postpubertären Jungen gibt es die Tendenz eher zu sagen, sie sollen doch Spermien abgeben, da die Methode relativ einfach und nicht invasiv ist. Voraussetzung ist, dass sich der junge Mann dazu in der Lage fühlt. Denn es ist eine riesige Challenge, in dieser Situation, kurz nach der Diagnose, Spermien abzugeben. Selbst erwachsenen Männern, die quasi Masturbations-Spezialisten sind, fällt das nicht leicht. Es ist alles andere als erotisch und der Druck, in dem Moment funktionieren zu müssen, ist enorm. Bei uns Frauen ist das leider grundsätzlich etwas schwieriger. Bei Mädchen nach der Pubertät gibt es potentiell die Möglichkeit, Eizellen einfrieren zu lassen. Das heisst, es bedarf einer zweiwöchigen Stimulation und dann werden die Eizellen über die Scheide entnommen und eingefroren. Es ist aber auch wichtig zu wissen, dass der Eierstock einen gewissen Reifungsprozess durchläuft. Das heisst, wenn ich zwar postpubertär bin, bin aber erst 15 Jahre alt, dann ist die Qualität dieser Eizellen häufig nicht besonders gut. Zudem sprechen diese jungen Eierstöcke schlechter auf eine Stimulation an, das heisst, es können weniger Eizellen entnommen werden, als erwartet wird. Daher besteht bei diesen jungen Mädchen das Risiko, nicht nur wenige sondern auch qualitativ schlechte Eizellen zu bekommen. Diese Situation ändert sich ab circa 18 Jahre. Eine andere Möglichkeit ist, Eierstockgewebe einzufrieren. Es wäre natürlich elegant zu sagen, es wird einfach ein Eierstock oder ein Teil davon eingefroren und später wieder zurückgesetzt und dann ist alles wieder wie vorher. Das Problem ist aber, dass 50 Prozent der Eizellen durch diesen Prozess untergehen. Deswegen ist es so, dass extrem gut überlegt werden muss, wie hoch das Risiko einer Unfruchtbarkeit im weiteren Verlauf wirklich ist. Denn wenn ich diesen Eierstock oder einen Teil davon entferne, nehme ich ja auch gesunde Eizellen weg und ich habe insgesamt weniger als vorher. Deshalb ist es immer ein Abwägen des Risikos. Das sind eigentlich diese zwei Methoden, die es bei den Mädchen gibt.

Bei den Jungen, wenn sie nicht in der Lage sind, Spermien abzugeben, dann kann einmal die Methode der Elektroejakulation angewendet werden. Dabei wird unter Narkose eine Sonde anal eingeführt und durch Stromstösse eine Ejakulation provoziert. Oder es wird ein Stück vom Hoden entfernt und daraus werden Spermien isoliert, die dann eingefroren werden können.

Das sind nun alle Methoden nach der Pubertät. Vor der Pubertät, also bei Kindern, ist es deutlich schwieriger, da der Eierstock und auch der Hoden noch keine reifen Eizellen oder Spermien produzieren. Auch bei Kindern kann Eierstock und auch Hodengewebe entnommen werden, jedoch ist aktuell noch unklar, ob dieses Gewebe später erfolgreich wieder verwendet werden kann. Es gibt zwar viele Forschungsansätze, aber aktuell sind diese noch nicht etabliert. Das Gute ist jedoch, dass diese Kinder erst in 15 bis 20 Jahren eventuell daran denken, Kinder bekommen zu wollen. Somit bleibt der Forschung noch viel Zeit, dies dann auch erfolgreich umsetzen zu können. Jedoch muss genau abgewogen werden, ob ein Eingriff durchgeführt wird oder nicht und dies vor allem nur dann, wenn das Risiko für eine bleibende Unfruchtbarkeit sehr hoch ist. Ansonsten ist es sinnvoller, die Krebstherapie abzuwarten und nach der Pubertät auf die bereits erwähnten etablierten Methoden zurückzugreifen.



## **Nun vielleicht nochmals zurück zur Sexualität und zum Körperbild. Inwiefern kann sich eine Krebserkrankung sowie deren Behandlung auf die Sexualität und oder das Körperbild auswirken?**

Das ist natürlich alles sehr individuell. Ein Grund, warum ich die ASK-Sprechstunde ins Leben gerufen habe, ist, weil sich bisher alles auf die Fertilität konzentriert. Dabei wird völlig vergessen, dass nur wenige Survivors zurückkommen, nach überstandener Erkrankung, und die eingefrorenen Spermien/Eizellen nutzen. Die Gründe können im besten Fall eine spontan entstandene Schwangerschaft sein oder im schlimmsten Fall das Fortschreiten der Erkrankung. Genaue Daten zu den Gründen fehlen jedoch. Bekannt ist, dass Krebsüberlebende häufiger Probleme haben, Partner\*innen zu finden bzw. sich überhaupt auf intime Beziehungen einzulassen. Gerade wenn der Krebs in der Pubertät aufgetreten ist. Und da habe ich mir überlegt: Wo fängt denn eigentlich das Ganze an? Nicht nur bei Krebspatient\*innen, sondern bei uns allen. Und eigentlich finde ich, dass es damit anfängt, dass wir uns akzeptieren, so wie wir sind, dass wir uns wohlfühlen in unserem Körper. Und erst, wenn wir uns lieben lernen, können wir uns überhaupt auf jemand anderen einlassen, sodass auch wirklich eine funktional gute Beziehung entstehen kann. Und dann, wenn man das schafft und das ist wunderschön, dann kann eventuell an Kinder gedacht werden. Und ich glaube, dass die Verunsicherung, die der Krebs mit sich bringt, zu einem grossen Vertrauensverlust in den eigenen Körper führt. Es ist ja für uns alle schon sehr schwierig, sich mit seinem Körper überhaupt wohlfühlen. Es gibt wenige, die hier sitzen und sagen: «Ich finde mich wunderschön und ich bin grossartig.» Sondern ich glaube, jeder von uns hat mit gewissen Dingen zu kämpfen. Und wenn dann zusätzlich noch der Krebs kommt, mit seinen Nebenwirkungen und der Therapie, dann ist nicht nur das Vertrauen in den Körper, sondern auch das Gefühl der Schönheit oder der Akzeptanz des Körpers sehr erschüttert. Ich will jetzt nicht sagen, dass das immer so ist. Das ist sicherlich unterschiedlich. Aber ich glaube, was alle gemein haben, ist, die Schwierigkeit sich mehr oder weniger schnell wieder in diesen Körper zurechtzufinden. Es kann sein, dass ich offensichtliche Narben davontrage, also wirklich sichtbare Folgen habe. Aber ich glaube, auch unabhängig von den sichtbaren Folgen, verändert sich was. Und damit wieder klarzukommen und zu sagen: «Wie kann ich mich wieder wohlfühlen, Vertrauen fassen und mich auf eine Beziehung einlassen?» Das ist nicht einfach. Wenn ich vor der Erkrankung eine gefestigte Sexualität hatte und mich wohl gefühlt habe, dann ist es einfacher, weil es wie eine Ressource ist, auf die ich zurückgreifen kann. Aber wenn es in einer Phase passiert, wo es sowieso nicht funktioniert hatte oder ich gerade in der Pubertät stecke, wo ich das alles gerade entdecke und mich nicht mit Freund\*innen austauschen kann, dann ist es schwieriger. Die Pubertät ist eine schlimme Phase, geprägt von Unsicherheit. Und diese so isoliert in dieser Extremsituation wahrzunehmen, das prägt auch die Weiterentwicklung der Sexualität. Nach der Therapie oder auch der Pubertät, die häufig verlangsamt ist, werden die Patienten\*innen dann wieder zurückgeworfen, quasi in diesen Freundeskreis oder in diese Peergroup, die einen ganz anderen Weg gegangen sind. Die haben dann ihre ersten Erfahrungen schon hinter sich. Und dann wieder Anschluss zu finden, ist nicht einfach.



Das wiederum erklärt, warum Krebsüberlebende häufig denken, sie seien schlechtere Dating-Partner\*innen und sind somit häufiger isoliert und bleiben vielleicht eher Single.

## Was möchten Sie jungen Betroffenen mit auf den Weg geben?

Meine Schwierigkeit ist, mich kurz zu fassen, denn ich möchte ihnen so unfassbar viel mit auf den Weg geben. Folgendes möchte ich gerne nicht nur den Betroffenen mit auf den Weg geben, sondern auch den Eltern oder auch denen, die im Umfeld sind. Häufig ist es so, dass Krebsüberlebende direkt nach der Therapie mit einer Art Positivismus überschüttet werden und tolle Angebote gemacht werden, im Sinne von: «Mensch, ist doch super. Jetzt hast du es überlebt und sei froh und jetzt werden wir gemeinsam dafür sorgen, dass du glücklich bist.» Bei den Patient\*innen kommt aber nach der Erleichterung, jetzt das Größte hinter sich zu haben, oft auch eine Welle der Trauer. Und ich finde, es ist total wichtig, das auch zu würdigen und dem auch den Platz zu lassen und zu sagen: «Mensch, ich darf jetzt auch wirklich mal fluchen oder weinen oder was auch immer, weil die Situation, in der man sich nun befindet, ist einfach nicht das, was man sich vorgestellt hat.» Und es ist wichtig, dies anzuerkennen, auch dass es deswegen schwieriger ist zurückzufinden und dass das auch okay ist. Es ist völlig in Ordnung, sich erstmal sammeln zu müssen, diesen Schutthaufen wieder sortieren zu müssen. Dass es Zeit braucht, dass man sich nicht überfordern sollte, auch wenn es schwierig ist und man eigentlich so schnell als möglich wieder normal sein oder dazugehören möchte. Anzuerkennen, dass es so schnell nicht geht und sich sagen zu dürfen: «Okay, wie kann ich jetzt langsam, in meinem eigenen Tempo, etwas aufbauen, was zu mir passt und womit ich mich wieder wohlfühle?» Wichtig ist mir, dass die Betroffenen wissen, dass sie dabei nicht alleine sind und dass sie bitte nicht das Gefühl haben, das seien banale Fragen oder Luxusfragen. Diesen Raum, um solche Fragen zu stellen, den sollten sie einfordern und einfordern dürfen. Und mit unserer Sprechstunde bieten wir Raum für genau diese Fragen.

**Frau Ahler, ich danke Ihnen herzlich für dieses Gespräch.**

### Astrid Ahler

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH,  
Reproduktionsmedizin und gynäkologische  
Endokrinologie



ASK-Sprechstunde

[www.justASKus.ch](http://www.justASKus.ch)