



Empfehlung für eine sexualmedizinische Umgangsweise und Dokumentation bei sexuell motivierten, urogenitalen Manipulationen.

J. Neymeyer⁽¹⁾, Ch. J. Ahlers⁽²⁾, T. Laux⁽¹⁾, B. Rüffert⁽¹⁾, T. Wülfing⁽¹⁾, M. Beer⁽¹⁾ und K. M. Beier⁽²⁾

1. Franziskus-Krankenhaus-Berlin, Abteilung für Urologie und Urogynäkologie
2. Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Universitätsklinikum Charité

Fragestellung:

Bei Patienten mit urogenitalen Manipulationskomplikationen wird bisher ausschließlich eine urologisch-chirurgisch Versorgung vorgenommen, ohne dass die in der Regel ursächlichen sexuellen Präferenzbesonderheiten der Patienten erfasst oder gar berücksichtigt werden. Der Grund dafür ist, dass bisher in der chirurgischen Urologie sexualmedizinische Versorgungsempfehlungen zur Erfassung der relevanten Fakten zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiederholung von urogenitalen Automutilationen fehlen. Resultierend daraus werden, aufgrund von Peinlichkeits- und Schamgefühlen sowohl auf Seiten der Patienten als auch genau so auf Seiten der Behandler, relevante Informationen nicht erhoben und wegen vorgeschobener Diskretion nicht einmal dokumentiert. Für eine suffiziente Behandlung solcher „autoerotischen Unfälle“ sind daher sexualmedizinische Umgangsempfehlungen als auch Dokumentationsmöglichkeiten hilfreich. Dies gilt auch für die urologische Nachbehandlung und insbesondere für die Veranlassung einer qualifizierten sexualmedizinischen Behandlung bzw. ggf. einer Psychotherapie. Voraussetzung für eine erfolgreiche Nachbehandlungen ist eine exakte Erfassung aller Umstände und Angaben von Patienten zum Zustandekommen der urogenitalen Manipulation. Es sollten also alle notwendigen, anamnestischen Angaben und der Status praesens vollständig, auswertbar und vergleichbar dokumentiert werden, um eine fallbasierte Bewertung zu ermöglichen.

Methoden:

Anhand von typischen Fallbeispielen wird die bisher in der chirurgischen Urologie übliche Vorgehensweise und Dokumentation urogenitaler Manipulationskomplikationen illustriert und kritisch analysiert. Die Patienten stellten sich jeweils als Notfall in der urologischen und urogynäkologischen Abteilung des Franziskus-Krankenhauses-Berlin vor. Aus Peinlichkeits- und Schamgefühlen auf beiden Seiten wurde der Situationshergang durch die Untersuchenden meist nur oberflächlich erfasst. Alle Patienten wurden sofort operativ versorgt und der Status sowie das Operationsresultat dokumentiert (OP-Bericht, Fotodokumentation).

Eine Nachkontrolle erfolgte, wenn möglich, durch einen sexualmedizinisch sachkundigen Arzt:

Fallbeispiele:

- 1.) 36-jähriger Patient mit erheblich geschwellenem Genitale (Penis samt Scrotum) durch einen seit 20 Stunden liegenden Edelstahlring.
- 2.) 68-jähriger Patient mit komplettem Aquariumschlauch in der Harnröhre und Blase, welcher sich nicht mehr entfernen lies.
- 3.) 39-jähriger Patient mit petrifiziertem Lederband in der Harnröhre, welches sich nicht mehr entfernen lies.
- 4.) 56-jähriger Patient mit einem zwischen zwei Kraftmagneten gequetschten Hoden, der für den Pat. nicht mehr zu lösen war.
- 5.) 63-jähriger Patient mit Fournierscher Gangrän nach unsachgemäßer Anwendung einer Vakuum-Pumpe
- 6.) 64-jähriger Patient mit einer vollständigen, in der Harnblase liegenden Kerze.
- 7.) 62-jähriger Patient mit Erektionsstau durch einen selbstangefertigten Penisring aus einem Kupferrohr mit Adapter für elektrische Stimulation.
- 8.) 54-jähriger Mann, vorstellig mit der Aussage einer Vergewaltigung und Misshandlung durch Einstechen von mehreren Nadeln in den Genitalbereich (Penis, Hoden, Blase).

Ergebnisse:

Die meisten dieser Beispiele gehen aller Wahrscheinlichkeit zurück auf Besonderheiten der Sexualpräferenz, in einer speziellen Ausprägungsform des sexuellen Masochismus (F 65.5).

Diese sexuelle Neigung führt dazu, dass schmerzhafte Manipulationen am Genitale mit erotischem Lustgewinn bzw. sexuellem Erregungsaufbau verkoppelt werden. Die Patienten nehmen im Rahmen masturbatorischer Autostimulation schmerzauslösende Manipulationen bis hin zur Mutilation vor, weil diese als sexuell erregungssteigernd erlebt werden. Das Verlangen, auf solche Weise kompulsiv immer wieder sexuelle Erregungshöhepunkte herbeizuführen, führt zu einem progredienten Stimulationsbedürfnis, wodurch auch die Manipulationen bis hin zur regelrechten Selbstverstümmelung immer weiter zunehmen. Hierin liegt der Grund für die bei dieser Patientengruppe bekannte Wiederholungperseveranz, die dazu führt, dass Betroffene, trotz schwerer Schädigungen (bis hin zum Organverlust), genitale Manipulationen fortsetzen. Der Schmerzreiz hat hier seine Schutzfunktion verloren und wird als sexuell lustauslösend erlebt.

Schlussfolgerung:

Auch wenn bekannt ist, dass die Betroffenen bei Manipulationskomplikationen ungern das selbe Krankenhaus ein zweites Mal aufsuchen, so sind doch die operativen Risiken bei der Notfallversorgung beachtlich und die gesundheitsökonomischen Kosten der ursächlichen sexuellen Präferenzstörungen relevant. Daher erscheint es angezeigt, die Problematik nicht allein auf der urologisch-chirurgischen Ebene abzuhandeln, sondern darüber hinaus die sexualpräferenzziellen Hintergründe einer qualifizierten sexualmedizinischen Versorgung zugänglich zu machen.

Ein erster Schritt hierzu kann der „Sexualmedizinische Fragebogen bei urogenitalen Manipulationen“ SFUM sein, welcher am Institut für Sexualmedizin der Charité entwickelt wurde und mithilfe dessen wesentlichen Informationen zu den motivationalen Hintergründen genitaler Manipulation erfasst werden können.

