

Krankheit und Sexualität

Krank sein heißt nicht asexuell sein. Aus **Scham und Unsicherheit** grenzen Pflegende das Thema sexuelle Störungen oft aus. Dabei empfehlen Experten, offen damit umzugehen.



SICH ALS MANN, FRAU, FAMILIE FÜHLEN
Krankenhaus – Kein Raum für Nähe mit der Familie
oder für Gespräche über sexuelle Probleme?

Wie fühlen Sie sich denn, Frau Dörr*? Ich weiß um Ihre Diagnose. Wir können gerne darüber reden.“ Mit diesen Worten wendet sich die Pflegende an die 35-jährige Patientin. Der Arzt hat ihr vorgestern die Diagnose „Zervix-Karzinom“ mitgeteilt. Die Pflegende, die Heike Dörr seit ihrer Aufnahme betreut, nimmt die Hand der Patientin: „Der Arzt hat ja schon mit Ihnen gesprochen. Ich bin gerne für Sie da, scheuen Sie sich nicht“, sagt sie. Frau Dörr braucht aber noch Zeit.

Gesprächsbereitschaft signalisieren

Drei Tage später ist ihre Bettenachbarin gerade bei einer Untersuchung. „Frau Dörr, haben Sie es sich überlegt. Möchten Sie sprechen?“, fragt die Pflegende erneut. „Ja“, antwortet die Patientin. „Dass ich meinen Kinderwunsch begraben muss, bedrückt mich zutiefst. Das erschüttert mein Selbstverständnis als Frau.“ Der Arzt habe ihr erklärt, dass neben ihrer Gebärmutter auch ein Stück ihrer Scheide entfernt werden müsse. „Je mehr ich darüber nachdenke, desto klarer wird mir, es geht nicht nur um mein Leben“, bricht es aus ihr heraus. „Es geht auch um meine Sexualität. Ich habe Angst vor den Schmerzen. – Und: Werde ich denn überhaupt noch mit meinem Mann schlafen können?“

Die Pflegende antwortet ruhig und gefasst: „Frau Dörr, Ihr Leben wird sich in vielen Bereichen ändern. Ihre Schmerzen können wir behandeln. Ihr Intimleben wird nach der Therapie beeinträchtigt sein.“ Das heiße aber nicht, dass sie sich von ihrer Sexualität verabschieden müsse: „Es gibt Lösungen und Hilfsangebote.“ Auf Wunsch könne auch ein Gespräch mit einem Sexualtherapeuten weiterhelfen. Zudem bietet die Pflegende an, ihr Informationen und Kontaktadressen zu besorgen.

„So ein Gespräch ist der Idealfall. In der Realität läuft das leider oft nicht so“, sagt Britta Rochier, selbst von Mamma-CA betroffen und Gründerin der Selbsthilfegruppe „Treffpunkt Krebs“ für Frauen. „Wenn Pflegende solche Hilfestellungen geben, ist das extrem wertvoll.“

Probleme früh thematisieren

Aber haben Menschen mit einer frisch diagnostizierten onkologischen Erkrankung überhaupt Interesse an Gesprächen über ihre Sexualität? Und zu diesem Zeitpunkt? Diesen Fragen geht Christel Wolbring-Piehl, Leiterin der ambulanten Palliativpflege e.Vita aus Wesel nach. In ihrer Facharbeit „Sexualität in der Palliativpflege“ kommt sie zu dem Schluss, dass es für die weitere

*Name von der Redaktion geändert

Lebensqualität der Patienten ausschlaggebend ist, sie früh auch auf sexuelle Folgen ihrer Krankheit aufmerksam zu machen. „Wenn Pflegende erkennen, dass Sexualität auch für Schwerkranke ein wichtiges Thema ist, ist der erste Schritt zu einem offeneren Umgang getan“, so Wolbring-Piehl, die vor ihrer Weiterbildung in „Palliative Care“ auf einer chirurgischen Station gearbeitet hat. „Das Gesprächsangebot sollte von den Pflegenden ausgehen“, betont sie. Denn den Patienten falle es schwer, das Tabuthema anzusprechen. Manche lehnen es auch ab. Die Erfahrung zeige: Je früher das Gespräch geführt wird, desto leichter fällt es allen Beteiligten. „Über den Tod wird mehr geredet als über Sexualität“ sagt Wolbring-Piehl. Die Bezugspflege erleichtere es, Vertrauen aufzubauen und sich zu öffnen. Ganz wesentlich sei es, dass Pflegende sich Gedanken darüber machen, was Sexualität für sie selbst bedeutet. „Ich muss mir über meine eigene Rolle als Frau klar sein“, rät sie, „auch wir werden von Patienten als Frau oder Mann wahrgenommen – und wir bringen etwas mit, was dem Patienten fehlt.“ Neben den medizinischen Kenntnissen sei dieses Bewusstsein die Basis für Offenheit. Dann könne man auch die Kraft aufbringen, etwa bei jungen Männern mit Hodenkrebs oder Non-Hodgkin-Syndrom das Thema Sexualität anzusprechen. Die Gespräche müssten nicht lange ausgedehnt werden. Kurze Informationen bewirken oft mehr.

Wenn eine Gesprächsbereitschaft da und die Hemmschwelle überschritten ist, sollte der Partner mit einbezogen werden. „Mit einem Therapeuten können sie dann über Ängste, Scham, Ekel und Selbstwertgefühl sprechen“, erklärt sie. Durch die Empfehlung zu einem Psychologen mit sexualtherapeutischem Schwerpunkt fühlten sich manche Patienten allerdings „gekränkt oder abgeschoben“.

Gefragt: Offenheit und Empathie

Bei Britta Rochier ist es nun sechs Jahre her, seit sie die Diagnose „Mamma-CA“ bekommen hat: „Ich wäre dankbar gewesen, wenn mich jemand auf eventuelle sexuelle Probleme angesprochen hätte.“ Einmal habe eine Pflegende ihre Hand gehalten – das sei ganz wunderbar gewesen. Sie habe gespürt, „hier fühlt jemand mit mir“. Das habe in krassem Gegensatz zu der OP-Vorbereitung

Alltag zu finden. Nach dem Diagnoseschock und der Therapie muss man schnell wieder funktionieren: im Beruf, mit Kindern, dem Partner und im Intimleben. „Die Patienten müssen ihre Person und ihre Sexualität neu definieren“, erklärt Wolbring-Piehl. „Damit ist auf gar keinen Fall nur der Geschlechtsverkehr gemeint, sondern alle Facetten des Sich-Berührens, Streichelns, Nähe-Zulassens und Für-andere-attraktiv-Seins.“



FEINGEFÜHL GEFRAGT: JUGENDLICHER MIT EINEM NON-HODGKIN-LYMPHOM. Besonders junge Menschen mit Krebserkrankungen fragen sich, wie es mit ihrem Leben und mit ihrer Sexualität weitergeht. Sie sollten mit ihren Problemen nicht allein gelassen werden.

gestanden. Eine AiPlerin meinte: „Aha, Sie sind 40. Da hat sich der Kinderwunsch ja erledigt.“ Schockierend distanzlos, aber leider keine Ausnahme.

Ähnliches bekommt Britta Rochier öfter in ihrer Selbsthilfegruppe von anderen Betroffenen zu hören. „Dort haben wir einen geschützten Raum für offene Gespräche“, erzählt sie. „Auch hier ist Sexualität ein heikles und wichtiges Thema.“ Sie selbst weiß, wie schwierig es ist, zurück in den

Sexuelle Probleme nicht verdrängen

Manche Betroffene scheuen die Auseinandersetzung mit ihren sexuellen Problemen. Sozialer Rückzug und Depressionen sind die Folge. „Das Selbstwertgefühl sinkt in den Keller“, warnt Rochier. Gerade Pflegende könnten da entscheidend unterstützen. Sie erleben die Patienten in der Klinik während der kritischen Anfangsphase mit allen Höhen und Tiefen. Sie merken auch, wenn der Partner plötzlich nicht mehr zu Besuch kommt. „Latente Partnerschaftskonflikte brechen durch die Erkrankung oft hervor“, sagt Rochier. „Ein Teufelskreis.“ Auch da könne ein Gespräch helfen. „Ich wünsche mir, dass Pflegende darin geschult werden, ihr Wissen zu vermitteln.“ Etwa über Einschränkungen bei Zervix-Karzinom oder Wechseljahrsymptome nach einer Anti-hormontherapie. Deshalb unterrichtet sie Pflegeschüler an der Uni Tübingen zum Thema „Pflege und Sexualität“. Dabei zitiert sie gerne den Onkologen, Professor Joachim Hartlapp: „Die Ärzte und das Pflegepersonal, die mit Patienten sexuelle Probleme besprechen, signalisieren, dass sie für sie eine lebenswerte Zeit voraussehen und an der Qualität dieses Lebens interessiert sind.“ Das gebe Hoffnung, so Rochier.

„DAS THEMA SEXUALITÄT DARF KEIN TABU SEIN.“



BRITTA ROCHIER, 1963 geboren, erkrankte 2003 an einem Mamma-CA. 2006 gründete sie eine Selbsthilfegruppe. Sie ist aktiv bei „Breast Cancer Action Germany“ und unterrichtet Pflegeschüler an der Uni Tübingen.

„Ich halte es für extrem wichtig, Patienten früh und aktiv darauf anzusprechen, dass ihre Krankheit auch sexuelle Probleme mit sich bringt. Selbst wenn es sie zusätzlich belastet. Das Schreckgespenst Krebs assoziieren viele mit dem sofortigen Tod – keiner fragt, wie man danach oft jahrelang in einer Palliativsituation lebt. Hilfsangebote, Infos und Kontakte sind daher so wichtig, um das Leben nach dem Diagnoseschock und der Therapie zu bewältigen.“

Die Intimsphäre wahren

„Gerade Pflegende, die in engem körperlichen Kontakt zu Patienten stehen, können bei vielen Gelegenheiten die Intimsphäre der Patienten schützen“, betont Wolbring-Piehl. Dazu gehöre es, die Gesamtsituation zu beobachten, Zeit für Zweisamkeit oder für Trauer zu geben. Wenn der Partner zu Besuch ist, sollte man nur in das Zimmer gehen, wenn es wirklich wichtig ist. Auch ein „Bitte nicht stören“-Schild hilft, dem Patienten etwas Privatsphäre zu ermöglichen. Intime Fragen sollten auf keinen Fall im Mehrbettzimmer geklärt werden. „Ich wurde vor allen im Zimmer im Intimbereich rasiert. Das war total unangebracht. Ein Wort vorher hätte genügt, und ich hätte das gerne zu Hause selbst erledigt“, erinnert sich Britta Rochier. „Viele Frauen wünschen sich, dass sich ihr Partner oder die Kinder in der Klinik einfach mal zu ihnen ins Bett legen können“, sagt sie. Ein Zimmer mit einem Sofa, ohne Tische und Stühle, könnte Patienten den Raum geben für persönliche Gespräche und Zärtlichkeit.

Sich als Mann und Frau fühlen können

„Wir planen bei uns auf Station genau so ein gemütliches Besuchs- und Gesprächszimmer“, erzählt Anke Brockhaus. „Wir könnten einen Raum umfunktionieren.“ Die 27-jährige Gesundheits- und Krankenpflegende arbeitet seit sechs Jahren auf einer Station für Innere und Psychosomatik. „Selbstverständlich legen wir Wert darauf, dass sich unsere Patienten auch in der Klinik als Mann und Frau fühlen können. Allerdings ist das Thema Sexualität zugegebenermaßen nicht vorrangig“, erklärt Anke Brockhaus. Sie betreue auch Sterbende. Dabei spiele Sexualität, nicht als reiner Akt, sondern im Sinne von Zärtlichkeit und Nähe eine große Rolle. „Wir beziehen Angehörige mit in die Pflege ein“, berichtet sie. Das Behandlungsteam ermögliche es den Partnern von Schwerkranken, im Zimmer zu übernachten. Die Intimsphäre werde weitgehend gewahrt, um Nähe, Trost, Zärtlichkeit und persönliche Gespräche zu erleichtern. Wenn es der Gesundheitszustand zulässt, beurlauben sie Patienten auch stundenweise oder über das Wochenende.

Zwischen Nähe und Distanz

„In der Psychosomatik haben wir unter anderem mit Missbrauchsoffern zu tun, mit gestörter Körperwahrnehmung wie bei Anorexie- oder Adipositaspatienten“, berichtet die Pflegende. Bei Patientinnen mit starker Anorexie fällt die Menstruation häufig weg, ihr Körper ist wenig entwickelt. Ihr Selbstwertgefühl ist entsprechend niedrig, was



»VIELEN FÄLLT ES LEICHTER, MIT PATIENTEN ÜBER DEN TOD ZU REDEN ALS ÜBER DEREN SEXUALITÄT.«

eine unbefangene Sexualität erschwert. Die meisten sind in sich gekehrt und schweigsam. Andere sind völlig distanzlos. „Ich würde Patienten nicht direkt auf ihre Sexualität ansprechen. Denn ich weiß nicht, was ich damit auslöse.“ Entweder es werde zu nah und sie riskiere, den Patienten nicht aufzufangen zu können. Oder er ist brüskiert und lehnt den weiteren Kontakt ab. Eine adipöse Patientin, die sie in der Nachtschicht zum ersten Mal sah, erzählte ihr, sie habe sich kaum von ihrem Mann getrennt, schon habe sie ihr Schwager bedrängt: Er hätte Fantasien, er wollte ihre Brüste küssen, sie an den Schenkeln streicheln ... „Das war mir zu viel. Ich war froh, dass ich Erfahrung darin habe, mich abzugrenzen.“ Sie unterbrach die Patientin: „Sind Sie sicher, dass Sie das mit mir besprechen wollen? Sie sollten sich kurz vor dem Schlafengehen nicht zu sehr belasten.“

Es ist immer wieder die Frage: Wie viel Nähe und Distanz lasse ich zu oder bin ich fähig, zu geben? Sehr schwer falle ihr das zum Beispiel bei Alkoholkranken mit fortgeschrittener Leberzirrhose: „Ich habe oft be-

obachtet, wie Partner von Betroffenen sich langsam ‚entlieben‘.“ Einmal brach es aus einer Frau heraus: Sie könne die Bösarbeiten nicht mehr ertragen. Sie wolle nicht mehr mit ansehen, wie ihr Mann da elend verrecke. Sie selbst bleibe dabei total auf der Strecke, sie sei doch noch so jung.

Sexualität — immer noch ein Tabu

Viele Krankheiten verändern das Leben der Patienten und ihrer Angehörigen komplett. Neben der Erkrankung müssen sie mit den Folgen fertig werden. Meist steht dabei die berufliche Zukunft an erster Stelle, bei manchen ist es der Sport, aber spätestens dann tauchen Fragen nach dem Sexualleben auf. „Das machen sich viele Pflegende, glaube ich, zu selten bewusst“, so Brockhaus.

„Als Krankenschwester konzentriere ich mich auf die pflegerischen Handlungen. Erst später denke ich darüber nach, was die Erkrankung für die Menschen zu Hause bedeutet. Wie es bei ihnen weitergeht, auch sexuell.“ Ob sie von Morbus Crohn betroffen sind, von Colitis, Inkontinenz oder Bluthochdruck, viele von ihnen sind sexuell eingeschränkt. Neurodermitis-Patienten oder Verbrennungsoffer fühlen sich oft nicht mehr attraktiv. Sie haben wie Herzinfarkt- oder Rheuma-Patienten mit Unsicherheit und Ängsten zu kämpfen, wenn es um ihr Sexualleben geht. „Ein 22-Jähriger mit Polyarthrose konnte sich vor Schmerzen kaum bewegen, schon ein Händedruck war ihm zu viel“, erinnert sich Anke Brockhaus.

Professionell und diskret pflegen

Pflegende kommen den Patienten täglich sehr nahe. Das verlangt viel Professionalität und Empathie. Wenn sie einen Katheter legen, einen Anus praeter versorgen, die Haut unter der Brust oder die Mamille prüfen. „Bei der Intimpflege, wenn ich etwa die Vorhaut zurückschiebe, achte ich trotz Routine auf Diskretion“, erläutert Anke Brockhaus. Gut wäre, wenn Pfleger Männer versorgen, aber die seien Mangelware. Patienten dürfen nicht bloßgestellt werden: Sie Sorge dafür, dass die geöffnete Badtür oder ein Paravent den Blick auf den bettlägerigen Patienten abschirmt. Oder auch, dass Patienten einen Bademantel überziehen und nicht im Flügelhemd über den Flur spazieren. „Immer wenn wir essgestörte Patienten nur in der Unterhose wiegen müssen, macht mich das befangen“, gesteht Brockhaus. Andererseits sei sie oft erstaunt, wenn sie in ein Zimmer komme und ein Patient stehe da splitternackt und rede hemmungslos mit dem Bettnachbarn. Oder wenn eine Patientin sich völlig ungeniert mit nackten Brüsten den Blutdruck messen lasse.

Herausfordernd: Patienten beraten

„Es ist schade, dass wir so wenig Zeit für Beratungsgespräche haben“, bedauert Anke Brockhaus. Auch in der Ausbildung werde das Thema nur kurz angesprochen. „Das Problem ist die Zeit und das Wissen: Ich kann nur beraten, wenn ich genau Bescheid weiß.“ Schulungen in Gesprächsführung und der regelmäßige Austausch mit Ärzten,



WUNSCH NACH NÄHE UND ZÄRTLICHKEIT

Viele Patienten wünschen sich, dass sich ihre Familie einfach mal zu ihnen ins Bett legen kann. Pflegende können in vielen Situationen helfen, etwas Privatsphäre zu schaffen.

Therapeuten und Kollegen helfe weiter. Es sei selbstverständlich, dass sie Patienten an Psychologen, Fachzentren, PIZ oder Selbsthilfegruppen weiterverweisen. Oft könne sie sich auf ihr „Bauchgefühl“ verlassen, so Brockhaus: „Wir haben Skrupel, Patienten zu viel zuzumuten. Die meisten sind aber dankbar, wenn wir sie schonungslos mit der Wahrheit – auch in Bezug auf ihre Sexualität – konfrontieren.“ **Annette Steigert**

CNE.INFO

CNE.online: Eine Facharbeit „Sexualität in der Palliativmedizin“ finden Sie unter: www.thieme.de/cne/magazin

CNE.fortbildung 3/09: Fundiertes Wissen rund um das Thema Beratung in **Lerneinheit 11 „Der informierte Patient“**

CNE.HINTERGUND

PLISSIT-Modell: Umgang mit Sexualität

Das 1976 von Jack Annon entwickelte Modell dient als Hilfestellung beim Umgang mit sexuellen Fragen und Problemen

Permission: Duldung
Limited Information: Adäquate Information
Specific Suggestion: Spezifische Vorschläge
Intensive Therapy: Gezielte Therapie

Duldung

Die Duldung bedeutet bewusstes Wahrnehmen und Annehmen des Patienten als Mann oder Frau – und den damit verbundenen Problemen. Dies muss nicht verbal ausgedrückt werden, sondern im Umgang mit den Patienten. Wichtig ist, sich selbst Gedanken zu machen: Was bedeutet Sexualität für mich? Wie bin ich erzogen? Erst dann kann man für andere offen sein und die Intimsphäre wahren.

Angemessene Information

Angeboten werden sollten Infos über

- krankheitsbedingte sexuelle Störungen (z. B. Erektions- und Orgasmusstörungen bei Multiple Sklerose, Diabetes, Tumorerkrankungen)
- Nebenwirkungen bestimmter Medikamente (z. B. Libido- und Potenzverlust durch Diazepam, Morphinsulfat, Glukocorticoide)
- Nebenwirkungen von Therapien (z. B. Scheidentrockenheit nach Chemotherapie)
- Organische Veränderungen durch OP

Erst wenn ein Patient genau über Diagnose und Therapie aufgeklärt ist, kann er sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden.

Spezifische Vorschläge

Diese sollten konkret und individuell sein, beispielsweise:

- Verwenden von Gleitgels oder Dilatoren nach operativen Eingriffen bei Vulvakarzinom, Schwellkörperprothesen
- Substitution von Sexualhormonen bei Störungen der Homonproduktion oder Viagra gegen Behandlungsnebenwirkungen wie z. B. bei Dialyse
- Kryokonservierung von Sperma vor einer totalen Hodenamputation

Gezielte Therapie

Ist eine Sexualtherapie indiziert, muss ein Sexualtherapeut eingeschaltet werden.

(mod. n. „Sexualität i.d. Palliativmedizin“, C. Wolbring-Piehl)