



- ▶ Menschen mit schweren und lebensbeschränkenden Erkrankungen sind **weiterhin sexuelle Wesen**.
- ▶ Das **Ansprechen des Themenbereiches Sexualität auf der Palliativstation** kann die Möglichkeit für eine adaptive Sexualität bieten, die an individuelle Situationen angepasst ist.

Wenn zwei tabuisierte Bereiche aufeinandertreffen

# Sexualität auf der Palliativstation

Sexuelle Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf Sexualität und nicht nur als das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen definiert. In der klinischen Praxis ist diese Thematik trotz des Wissens um ihre Bedeutung mit Sicherheit noch immer vernachlässigt, unangesprochen und tabuisiert. Eine Voraussetzung ist, die eigene Einstellung und Haltung gegenüber Sexualität zu reflektieren, um Patienten entsprechend respektvoll und angepasst an deren individuelle Situation begegnen zu können. *Sporken* stellt in seinem Modell (**Abb.**) gut dar, dass Bereiche wie Beziehungen, Liebe, Vertrauen und Werte jene sind, über die Kommunikation leichter fällt, als etwa über Berührung, Erotik, Körperkontakt oder gar die Genitalzone zu sprechen. Die Herausforderung scheint groß, wenn zwei tabuisierte Themenbereiche wie *Palliative Care* und *Sexualität* aufeinandertreffen.

## Ziel einer palliativen Betreuung

Auf der Palliativstation bedeutet das Wort „palliare“, einen schützenden Mantel um Patienten zu legen, dies auf einer individuellen medizinischen, physischen sowie spirituellen Ebene. Der Umgang mit einer schwe-

ren Erkrankung soll auf diese Weise erleichtert werden.

Ziel eines Aufenthalts an der Palliativstation ist das gezielte Symptomanagement sowie das Miteinbeziehen von An- und Zugehörigen, um nach etwa 3 Wochen eine Entlassung nach Hause oder in ein anderes geeignetes Umfeld möglich zu machen.

## Sexualität auf der Palliativstation

Man kann hinterfragen, wieso man im Krankenhaus zu 100 % über den eigenen Stuhlgang befragt wird, sexuelles Wohlbefinden jedoch nur in Ausnahmefällen thematisiert wird. Die Antwort darauf findet sich wahrscheinlich in Wissensdefiziten sowie in der täglichen Gewohnheit. Man muss sich zuerst mit einer nicht alltäglichen Thematik vertraut machen und von anderen Vorbildern lernen, wie man mit solchen umgeht. Nach dem kanadischen Psychiater *Chochinov* ist die Frage „Was soll ich/sollen wir über Sie wissen, um Sie bestmöglich betreuen zu können?“ eine wertvolle Frage, um sich an Patienten als individuelle Personen anzunähern.<sup>1</sup>

**Eine Möglichkeit für ein Ansprechen von Sexualität** bietet folgende Vorgangsweise im Zuge einer Anamnese: „*Ich habe Sie viele Dinge gefragt, weil es mir wichtig ist, Sie bestmöglich betreuen zu können. Ich möchte, dass Sie*



**Ass. Prof. PD Dr. med. univ. et scient. med. Eva Katharina Masel, MSc**

Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien

wissen, dass auch das Thema Sexualität dazu gehört. Da geht es z.B. um ‚Frau-Sein‘, ‚Mann-Sein‘, Partnerschaft, Körperbild, Nähe, Zärtlichkeit, sexuelle Funktionen. Wir müssen nicht jetzt darüber reden, wir haben uns ja erst kennengelernt. Es ist mir einfach wichtig, dass Sie wissen, dass auch das ein Thema sein kann.“ Wichtig für ein solches Gespräch sind eine entsprechende Umgebung, ein nicht wertender Zugang sowie die Vermeidung von Fachsprache. Hierbei kann mich sich an das PLISSIT-Modell (*Annon J. S., 1976*) halten<sup>2</sup>

- **Permission** (Erlaubnis) – Beschwerden erfragen
- **Limited Information** – Informationen geben
- **Specific Suggestion** – Hilfe anbieten, Praxistipps
- **Intensive Therapy** – gegebenenfalls professionelle Hilfe

Es sollten – neben der Anamnese (frühere Erkrankungen, Operationen, Therapien, Traumata) und der Suche nach organischen

Ursachen — sexuelle Beschwerden sowie Medikamente erfragt werden, die einen Einfluss auf Sexualität haben können (Antidepressiva, anticholinerge Substanzen, antihormonelle Präparate, Betablocker etc.). Als Hilfestellung können z. B. „drug holidays“, Lubrikantien, Phytopharmaka oder PDE-5-Hemmer angeboten werden.

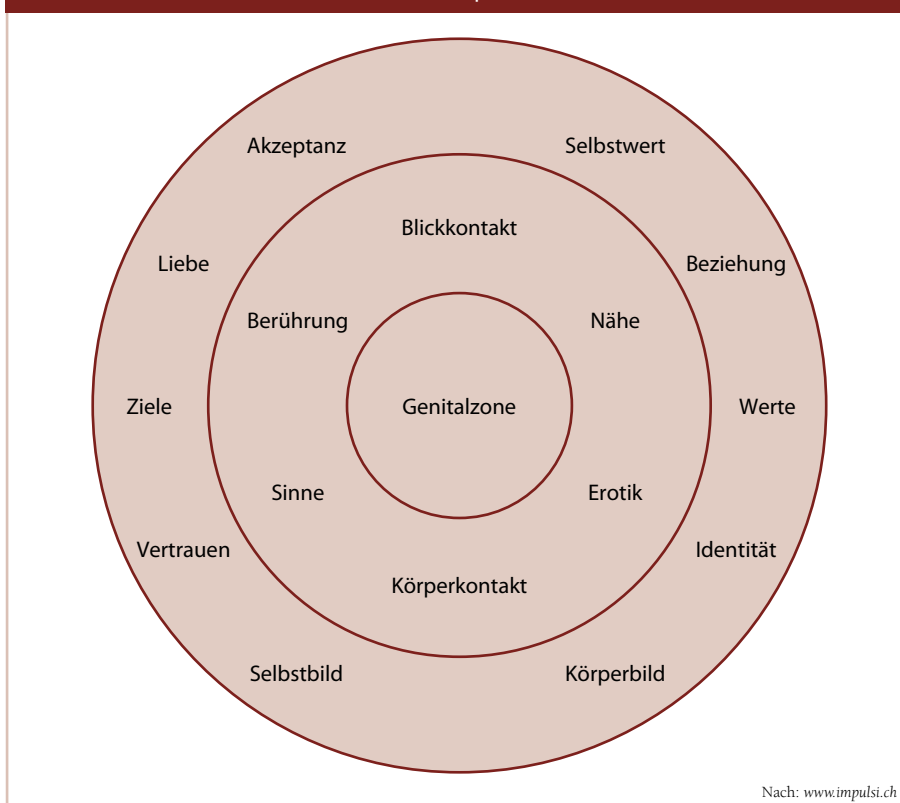
**Patienten mit unheilbaren Erkrankungen und deren Partner wünschen nachweislich ein Gespräch** mit Professionellen über Sexualität und schätzen die Gelegenheit, Fragen der Sexualität und Intimität diskutieren zu können.<sup>3</sup> Sexualität ist ein wesentlicher Bestandteil des Selbstwertgefühls einer Person und kann eine intime Kommunikationsform sein, die dazu beiträgt, Leiden zu lindern und die Bedrohung der eigenen Person angesichts einer lebensbedrohenden Krankheit zu verringern. Auch Menschen mit lebensbeschränkenden Erkrankungen, insbesondere ältere Menschen, sind weiterhin sexuelle Wesen. Sexualität geht nicht in Pension! Von 101 im Durchschnitt 81 Jahre alten Patienten waren

86 % zufrieden, über Sexualität befragt zu werden. Interessanterweise gaben männliche Befragte an, lieber mit einem Arzt als mit einer Krankenschwester über Sexualität sprechen zu wollen, während weibliche Befragte angaben, entweder mit einem Arzt oder einer Krankenschwester sprechen zu wollen.<sup>4</sup> Lebt jemand mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung, stirbt gegebenenfalls zu einem Teil auch das bisher gelebte Beziehungsleben.<sup>5</sup> Der Körper und das Körperbild verändern sich, Berührungen können als schmerzhaft empfunden werden, medikamentöse Therapien oder im Bereich der Hämato-Onkologie, Chemotherapie und Strahlentherapie können zu zahlreichen Beschwerden wie Hautproblemen, Haarausfall, Gewichtsverlust, Muskelschwund, Schmerzen, Polyneuropathie, Strahlenschäden etc. führen. Themen wie Verlust, Tod und Trennung tauchen in den Gedanken auf, während es parallel darum geht, mit der Erkrankung zu leben. All das stellt jedoch auch die Möglichkeit für eine neue Verbindung durch Annäherung dar.

**Eine adaptive Sexualität** sollte das Ziel sein. Weit über den Geschlechtsverkehr hinaus umfasst eine solche auch Berührung, Intimität, Zärtlichkeit, Zuneigung und Vertrauen. Im Krankenhaus ist es wichtig, für ungestörte Momente zu sorgen und zum Beispiel ein Schild an die Türe zu hängen, auf dem steht: „Es wird niemand in Ihr Zimmer kommen, ausgenommen Sie läuten!“ Wir als professionelle Teams sollten auch öfters den Mut aufbringen, schwer Erkrankte zu motivieren. Das kann zum Beispiel geschehen, indem man sagt: „Auf Basis dessen, von dem Sie mir erzählt haben, dass Ihnen das wichtig ist, schlage ich Folgendes vor ... Wie klingt das für Sie?“ Auch die Frage „Wann haben Sie sich zuletzt so richtig lebendig gefühlt?“ kann dabei helfen, eine für die Patienten und ihre individuelle Situation in schöner Erinnerung gebliebene Situation angepasst an die derzeitigen Möglichkeiten wiederherzustellen.

**ZUSAMMENFASSUNG:** Die Pionierin der Palliative Care, Cicely Saunders, betonte in ihrer Aussage „high person, low technology“ das In-den-Vordergrund-Treten des Menschlichen. Wir sollten den Mut haben, uns auch in tabuisierte Bereiche vorzuwagen. Die Patienten werden es uns danken und der Umbrella-Terminus „Lebensqualität“, der wie die Segmente eines Regenschirms so viele Bereiche umfasst, ist vielleicht genau im Bereich der Sexualität ein stark vernachlässigter. ■

**Abb.:** Bereiche der Sexualität – Modell nach Sporken, 1974



<sup>1</sup> Chochinov H.M., Kristjanson L.J., Breitbart W. et al.: Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011; 12: 753–762; [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)

<sup>2</sup> Faghani S., Ghaffari F.: Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP* 2016; 17: 4845–4851 <https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845>

<sup>3</sup> Hordern A.J., Currow D.C.: A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. *Med J Aust* 2003; 179: S8–11

<sup>4</sup> Farrell J., Belza B.: Are older patients comfortable discussing sexual health with nurses? *Nurs Res* 2012; 61: 51–57; <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31823a8600>

<sup>5</sup> Taylor B.: Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: a phenomenological study. *Palliat Med* 2014; 28: 438–447; <https://doi.org/10.1177/0269216313519489>