

*Veränderungen ab Lebensmitte***Sexualität im Alter: Gibt es das?**

Sexualität bleibt für viele Menschen ein wesentlicher Aspekt ihrer Lebensqualität, wobei sie bei älteren Menschen sowohl gesellschaftlich als auch im medizinischen Kontext oftmals tabuisiert wird. Für Gynäkologinnen und Gynäkologen stellt sich die Frage, wie sie ihren Patientinnen (und Patienten) auch im Alter eine offene und informierte sowie empathische Beratung zu sexueller Gesundheit ermöglichen können.

Gideon Sartorius^{1,2}, Anna Raggi², Philipp Quaas³

Was für eine Frage? Natürlich endet Sexualität nicht mit dem Eintritt in ein höheres Lebensalter! In der gynäkologischen Praxis ist von essenzieller Bedeutung, altersbedingte Veränderungen zu kennen, um kompetent darauf reagieren zu können. Dieser Artikel soll einen kurzen Überblick über verschiedene Aspekte der Sexualität von alternden Menschen geben.

Bedeutung von Sexualität im Alter

Sexualität bleibt für viele Menschen auch im Alter wichtig. In einer globalen Studie mit über 27 000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern gaben 83% der Männer und 63% der Frauen über 40 Jahren an, Sexualität als «extrem», «sehr» oder «ziemlich» wichtig zu empfinden (1). Auch in der Schweiz zeigen Befragungen ähnliche Tendenzen: Ein signifikanter Anteil der befragten Menschen wünscht sich auch in höherem Alter ein aktives Sexuelleben.

Gleichzeitig nimmt aber die Häufigkeit sexueller Aktivität mit dem Alter ab – nicht zwingend aufgrund fehlenden Verlangens, sondern vielmehr

durch körperliche, soziale oder partnerschaftliche Veränderungen (2).

Diese Prozesse können individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, und nicht jeder ältere Mensch erfährt Einschränkungen der somatischen sexuellen Funktion.

Körperliche Veränderungen im Alter

Im Alter kommt es zu einer Vielzahl hormoneller und körperlicher Veränderungen, die sich direkt auf die Sexualität auswirken können. Der peri- und postmenopausale Abfall des Östrogenspiegels führt häufig zu vulvovaginaler Atrophie (VVA) der Vaginalschleimhaut und verminderter Lubrikation. Diese Faktoren können wiederum zu erhöhter Infektanfälligkeit und Dyspareunie führen (3). Mit zunehmendem Alter verändert sich der Gewebeaufbau in klitoralen Strukturen. Beispielsweise kommt es zu einer Abnahme von glatten Muskelzellen und zur Veränderung des Blutflusses in den Klitoralarterien, was Veränderungen der Sexualfunktion zur Folge haben kann. Interessant ist, dass die Wahrscheinlichkeit, beim Sex einen Orgasmus zu erzielen, bei Frauen im Alter von über 50 Jahren höher ist als bei jüngeren Frauen. Dies steht im Gegensatz zu den Männern, bei denen die Wahrscheinlichkeit altersabhängig abnimmt (4).

Bei den Männern ist mit zunehmendem Alter eine stetige Abnahme der Serumtestosteronspiegel zu beobachten (im Gegensatz zum «plötzlichen» Hormonabfall bei der Menopause). Dies kann zu verminderter Libido und Erektionsstörungen führen. Die altersabhängige Veränderung der Erektionsfähigkeit ist jedoch zu einem sehr wesentlichen Anteil vaskulärer Ursache (5). Damit gilt die erektile Dysfunktion (ED) beim Mann als Marker für die kardiovaskuläre Gesundheit. Eine Vielzahl von Studien zeigte in den letzten Jahren, dass die ED schwerwiegenderen Ereignissen wie Myokardinfarkten vorausgehen und damit eine Form eines «Frühwarnsystems» darstellen kann (6).

Es gibt Hinweise, dass die altersabhängigen Veränderungen der Sexualfunktion nicht durch das Alter per se verursacht werden, sondern dass neben hormonellen Faktoren auch chronische Erkrankungen (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, neurologische Erkrankungen) sowie Medikamente



Gideon Sartorius
(Foto: zVg)

¹ Sexualmedizin, Psychosozialmedizin, Frauenklinik, Universitätsspital Basel

² fertisuisse Basel und Olten, Zentrum für Kinderwunschbehandlung, Frauen- und Männermedizin

³ Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie, Frauenklinik, Universitätsspital Basel

MERKPUNKTE:

- Sexualität bleibt für viele Menschen im Alter wichtig. Sie ist eng mit Lebensqualität und Gesundheit verknüpft.
- Krankheiten und Medikamente beeinflussen die sexuelle Funktion – oft komplex. Auch in palliativen Situationen besteht ein Bedürfnis nach Intimität.
- Das Ansprechen von Sexualität ist (fast) nie falsch – Schweigen dagegen oft.
- Ziel ist nicht immer die Wiederherstellung, sondern häufig die Neugestaltung einer individuellen Sexualität.

(z.B. Betablocker, Antidepressiva, Antihistaminika) eine wichtige Rolle spielen. Bei alternden Männern scheint dies nicht nur für die Sexualfunktion, sondern auch für die Testosteronproduktion zu gelten, da Männer mit überdurchschnittlich guter Gesundheit altersunabhängig signifikant höhere Testosteronwerte haben (7).

Sexualität, Lebensqualität und Gesundheit

Auch andere grossangelegte Studien zeigen eine signifikante Korrelation zwischen sexueller Aktivität und körperlicher Gesundheit: Je gesünder die Patientinnen und Patienten sind, desto häufiger haben sie Sex und desto grösser ist die sexuelle Zufriedenheit (8). Dabei stellt Sexualität nicht nur ein Zeichen von Gesundheit dar (Kausalität: «Gesundheit → sexuelle Aktivität»), sondern sexuelle Aktivität kann auch gesundheitsfördernd sein (Kausalität: «sexuelle Aktivität → Gesundheit»). Ein erwähnenswertes Beispiel in diesem Zusammenhang ist, dass häufige Ejakulationen das Risiko für die Entstehung von Prostatakarzinom senken (9).

Von hoher Bedeutung ist hier sicherlich der Effekt auf die psychosoziale Gesundheit. Sexuelle Aktivität kann auch zur Ressource werden, besonders im Umgang mit chronischen Erkrankungen, Stress oder psychosozialen Herausforderungen. Sexualität kann zur wichtigen Ressource werden, besonders im Umgang mit chronischen Erkrankungen oder psychosozialen Herausforderungen. Sexualität ist also eng mit der Lebensqualität (Quality of Life, QoL) verknüpft.

Die World Health Organisation (WHO) definiert Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Sexualität ist in all diesen Dimensionen relevant. Eine gute Sexualität kann Wohlbefinden steigern, Bindung fördern und Lebensfreude vermitteln. Bekanntlich ist Sexualität nicht allein ein körperlicher Akt. Sie umfasst Nähe, Intimität, Lust, emotionale Verbundenheit und Selbstwahrnehmung. Viele ältere Menschen erleben eine veränderte Körperwahrnehmung, was sich auf das Selbstwertgefühl und das sexuelle Verhalten auswirken kann.

Eine häufige Ursache für Veränderungen und Einschränkungen der Sexualität sind soziale Einschnitte. Beispiele hierfür sind Trennungen oder Partnerverlust sowie Pflegebedürftigkeit. Diese führen zu Einsamkeit oder Angst vor Ablehnung.

Gleichzeitig berichten aber viele Seniorinnen und Senioren von einer neuen Freiheit, sich jenseits von Leistungsdruck oder Kinderwunsch mit ihrer Sexualität auseinanderzusetzen.

Sexualität in palliativen Situationen

Sexualität am Lebensende bzw. im palliativen Setting ist ein wenig erforschtes und häufig tabuisiertes Thema. Viele Behandlerinnen und Behandler scheuen sich, intime Themen anzusprechen, dies auch aus Angst, als aufdringlich empfunden zu werden oder weil Sexualität im Angesicht des Todes als irrelevant betrachtet wird.

Die wenigen vorhandenen Studien stammen häufig aus dem Pflegesetting und zeigen, dass der Wunsch nach Nähe und Intimität oft bis ans Lebensende besteht. Aussagen wie «No one touches me anymore» oder «I long for sexual intima-

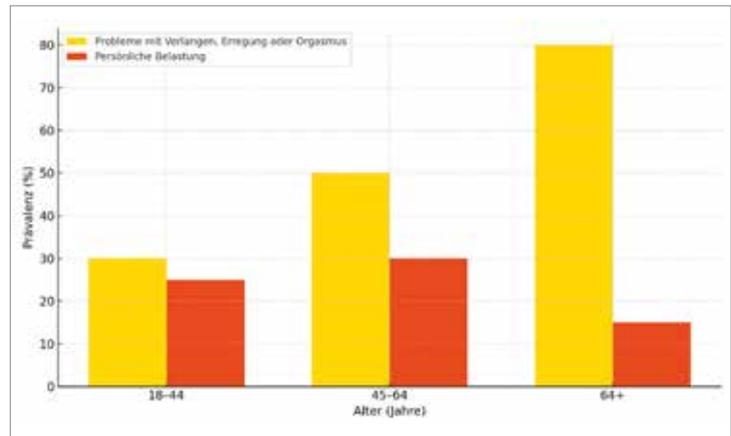


Abbildung 1: Prävalenz sexueller Probleme und persönlicher Belastung nach Altersgruppe

Adaptiert nach Shifren JL, Obstet Gynecol 2008 (11).

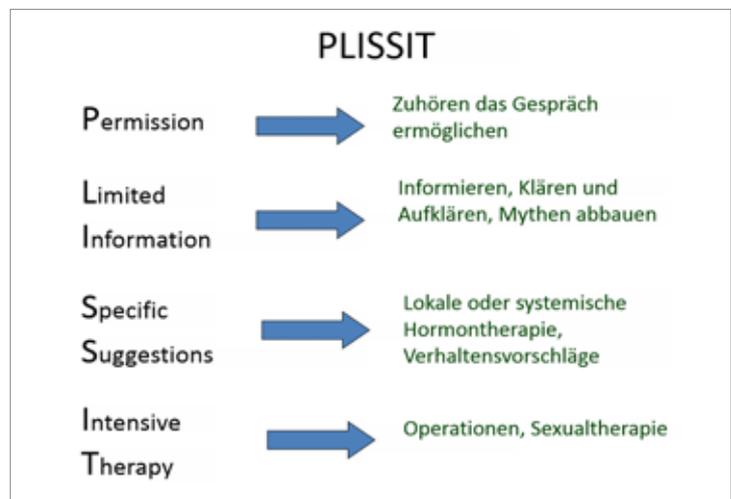


Abbildung 2: PLISSIT-Modell

cy» zeugen vom Leidensdruck vieler Patientinnen und Patienten (13). Ein respektvoll geführtes Gespräch über Intimität wird von der Mehrheit als hilfreich empfunden, nicht nur von Betroffenen, sondern auch von den Angehörigen.

Partnerschaft, Rollen und Kommunikation

Eine chronische oder schwerwiegende Erkrankung wirkt oft als Belastungsprobe für die Partnerschaft. Rollen verändern sich, Abhängigkeiten entstehen, Selbst- und Partnerbild geraten ins Wanken. Die Wiederherstellung oder Neugestaltung von Intimität kann zur Herausforderung werden – bietet aber auch oft die Chance für neue Nähe.

Offene Kommunikation ist hierbei essenziell. Für viele Paare ist gerade diese aber schwierig, besonders wenn sich über Jahrzehnte gegenteilige Kommunikationsmuster eingeschliffen haben. Hier kann die Therapeutin oder der Therapeut helfen, insbesondere wenn bestehende Konflikte oder Kommunikationsdefizite offensichtlich sind.

Beratung in der gynäkologischen Praxis

Was können wir also in unserer täglichen Arbeit zu einer erfüllenderen Sexualität beitragen?

Zunächst ist es wichtig, dass das Thema überhaupt angesprochen wird. Viele Patientinnen und Patienten trauen sich nämlich nicht, das Thema Sexualität von sich aus anzusprechen. Gründe hierfür sind Scham, Unsicherheit oder die Annahme, dass es einfach «nicht mehr dazugehört». Es gibt zu denken, dass gewisse Patientinnen und Patienten auf Gespräche dieser Art verzichten, weil sie ihre Ärztinnen und Ärzte vor dem Thema «schützen» wollen. Umso wichtiger ist es, dass das Thema aktiv, sensibel und ohne Wertung angesprochen wird. Eine Schweizer Studie im allgemeinmedizinischen Setting zeigte, dass die allermeisten Patientinnen und Patienten (mehr als 90%) den Wunsch äussern, dass sie von ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt auf das Thema angesprochen werden (10).

Dabei sollte nicht nur nach Sexualfunktionen und Frequenz der sexuellen Aktivität gefragt werden. Es sollte auch Raum für eine ganzheitliche Betrachtung von Intimität und Beziehungsdynamiken gelassen werden. Unsere Aufgabe sollte es sein, durch ressourcenorientierte Beratung zu ermöglichen, dass mit den individuell gegebenen Möglichkeiten (Stärken und vermeintliche Schwächen) eine stimmige Sexualität gelebt werden kann. Gerade wenn Menschen den Mut entwickeln, mit ihrem vermeintlichen Defizit («Sexualfunktionsstörung») in eine sexuelle Begegnung zu gehen, kann die Intimität ungeahnte Intensität und erfüllenden Tiefgang erreichen.

Oftmals ist es hilfreich zu erklären, dass die Sexualfunktionsstörungen zwar altersabhängig zunehmen, die dadurch verursachte Belastung («distress») aber altersabhängig abnimmt. Mit anderen Worten: Mit zunehmendem Alter ist die «sexuelle Funktion» zwar schlechter, gleichzeitig stört es die Patientinnen und Patienten weniger. Das wurde in einer Studie von über 31000 US-amerikanischen Frauen nachgewiesen (11) (Abbildung 1).

Besonders im Alter kann Einsamkeit eine quälende Belastung sein. Dabei kann eine motivierendes Gespräch zum Thema Autoerotik bzw. Masturbation befreiende Wirkung haben.

Wie das Thema ansprechen?

Obwohl wir als Gynäkologinnen und Gynäkologen von unseren Patientinnen dazu legitimiert sind, über Dinge wie das Genitale und genitales Wohlbefinden zu sprechen, kann es schwierig sein, einen entsprechenden Dialog zu beginnen. Bei den Routinefragen nach genitalem Beschwerden wie beispielsweise vaginaler Trockenheit kann ganz selbstverständlich auch nach Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie Libidoverlust oder Veränderungen im Beziehungserleben gefragt werden. Auch die Einnahme von Medikamenten oder mögliche Grunderkrankungen sollten in Zusammenhang mit sexuellen Beschwerden gebracht werden.

Hier kann ein Repertoire an vorformulierten Fragen hilfreich sein, die den Einstieg ins Gespräch erleichtern:

- «Viele Frauen berichten in Ihrem Alter von Veränderungen beim Sex. Haben Sie das auch erlebt?»

- «Viele Männer, die diese Medikamente einnehmen, berichten über Veränderungen bei der Sexualität. Kennen Sie das auch?»
- «Gibt es etwas, was Sie an Ihrer Sexualität stört oder worüber Sie sprechen möchten?»
- «Wie erleben Sie aktuell Nähe und Intimität?» etc.

Wichtig ist, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen und zu verdeutlichen, dass Sexualität auch im Alter ein legitimer und medizinisch relevanter Bestandteil der Gesundheit ist.

Bereits 1976 wurde von Jack Annon das hilfreiche PLISSIT-Modell entwickelt, welches uns bei der Behandlung sexualmedizinischer Probleme in der Praxis unterstützen kann. Es ist charakterisiert durch ein stufenweises Vorgehen (12) (Abbildung 2).

Therapeutische Möglichkeiten

Sexualmedizinische Probleme sind vielfältig und komplex. Dementsprechend gibt es eine Reihe möglicher Symptome, Ursachen und Therapien. Eine definitive Beschreibung ist daher schwierig; viele Fragestellungen können aber bereits durch das einfache Besprechen mit «gesundem Menschenverstand» (wenn es so etwas überhaupt gibt...) exploriert und geregelt werden. Sehr häufig genügt ein ärztliches Gespräch in einem sicheren und vorurteilsfreien Rahmen, in dem wir zuerst die Probleme und den Leidensdruck verstehen und dann Ziele und vorhandene Ressourcen beleuchten. So können wir die Patientinnen und Patienten ermutigen, neue Lösungswege auszuprobieren. Obwohl häufig gewünscht wird, dass die frühere und «funktionierende» Sexualität wieder zurückgewonnen werden kann, müssen wir den Blick der Patientinnen und Patienten auf eine «neue Sexualität» in der Zukunft richten.

Lediglich ein Bruchteil der Patientinnen und Patienten braucht tatsächlich eine spezialisierte sexualmedizinische oder sexualtherapeutische Begleitung. Gegebenenfalls lohnt es sich, ein Netzwerk mit Therapeutinnen/Therapeuten aufzubauen, die eine solche Begleitung bei Bedarf anbieten können.

Fazit

Sexualität im Alter ist ein Thema mit hoher medizinischer, psychosozialer und ethischer Relevanz. Gynäkologinnen und Gynäkologen spielen eine Schlüsselrolle, um älteren Menschen respektvolle, informierte und einfühlsame Gespräche zu ermöglichen und wo erforderlich therapeutisch zu unterstützen. Entscheidend ist eine Haltung der Offenheit: Sexualität endet nicht mit dem Alter, sondern verändert sich – wie der Mensch selbst. □

PD Dr. med. Gideon Sartorius
(Korrespondenzadresse)
E-Mail: gideon.sartorius@usb.ch

Sexualmedizin/Psychosozialmedizin
Frauenklinik
Universitätsspital Basel
4031 Basel

Referenzen:

1. Nicolosi A, Buvat J, Glasser DB, Hartmann U, Laumann EO, Gingell C, et al.: Sexual behaviour, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol.* 2006;24(4):423-428.
2. Herbenick D, Reece M, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD.: Sexual behaviors, relationships, and perceived health status among adult women in the United States: results from a national probability sample. *J Sexual Medicine.* 2010;7:277-290.
3. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C.: Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):108.
4. Herbenick D, Reece M, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD.: Sexual behavior in the United States: results from a national probability sample of men and women ages 14-94. *J Sex Med.* 2010;7 Suppl 5:255-265.
5. Salonia A, Capogrosso P, Boeri L, Cocci A, Corona G, Dinkelman-Smit M, et al.: European Association of Urology Guidelines on male sexual and reproductive health: 2025 Update on male hypogonadism, erectile dysfunction, premature ejaculation, and Peyronie's disease. *Eur Urol.* 2025. in Press; May 07, 2025.
6. Meldrum DR, Gambone JC, Morris MA, Meldrum DA, Esposito K, Ignarro LJ.: The link between erectile and cardiovascular health: the canary in the coal mine. *Am J Cardiol.* 2011;108(4):599-606.
7. Sartorius G, Spasevska S, Idan A, Turner L, Forbes E, Zamojska A, et al.: Serum testosterone, dihydrotestosterone and estradiol concentrations in older men self-reporting very good health: the healthy man study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2012;77(5):755-763.
8. Field N, Mercer CH, Sonnenberg P, Tanton C, Clifton S, Mitchell KR, et al.: Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013;382(9907):1830-1844.
9. Rider JR, Wilson KM, Sinnott JA, Kelly RS, Mucci LA, Giovannucci EL.: Ejaculation frequency and risk of prostate cancer: updated results with an additional decade of follow-up. *Eur Urol.* 2016;70(6):974-982.
10. Meystre-Agostoni G, Jeannin A, de Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F.: Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178.
11. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB.: Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.
12. Annon JS.: The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Education & Therapy.* 1976;2(1):1-15.
13. Kelemen A et al.: Assessing the impact of serious illness on patient intimacy and sexuality in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2029; 58 (2): 282-288.