

Sexualität nach 50. Lebensjahr: Frustr statt Lust?

Altersabhängige Veränderungen, Ursachen, Therapieansätze

Sexuelles Leben und Erleben verändert sich über die Jahrzehnte – Phasen von erfüllender Sexualität können mit weniger schönen oder schwierigen Phasen abwechseln. Mit Beginn der zweiten Lebenshälfte kommt es gehäuft zu Veränderungen und sexuellen Funktionsstörungen, weswegen sich immer mehr Patientinnen und Patienten eine sexualmedizinische Beratung oder Betreuung wünschen.

GIDEON SARTORIUS, ANNA RAGGI

Sexualität ist für die meisten Menschen wichtig und ein relevanter Faktor guter Lebensqualität. Sexuelle Gesundheit ist im Wesentlichen ein subjektiv wahrgenommener Zustand, der durch ein ausgeglichenes Zusammenspiel von somatischen, emotional-psychologischen und soziokulturellen Faktoren entsteht, was auch in der WHO-Definition deutlich wird («a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity») (1). Unter sexueller Aktivität ist nicht nur der «klassische» penil-vaginale Geschlechtsverkehr gemeint, sondern sie beinhaltet auch jegliche andere Formen von sexuellem Erleben. Dazu gehören sowohl somatisch-genitale Aktivitäten (autoerotisch oder mit einer Partnerin/einem Partner) als auch sexuelle Fantasien, die wiederum auch im Austausch mit anderen (direkte Gespräche, E-Mails, Online-Chats, Telefon usw.) oder allein als erotische Träumereien erlebt werden können.

Merkmale

- **Sexualität bleibt** für viele Menschen auch im höheren Alter ein wichtiger Teil ihrer Lebensqualität.
- **Sexuelle Zufriedenheit** (also die subjektive Wahrnehmung) ist der wesentliche Faktor, der über die Notwendigkeit medizinischer Massnahmen entscheidet. Der Vergleich mit «Normverhalten» ist dabei häufig nicht hilfreich.
- **Die meisten Patientinnen** und Patienten wünschen sich von ihrer Ärztin/ihrem Arzt, dass das Thema Sexualität angesprochen wird, was idealerweise mit einfachen und offenen Fragen erfolgen sollte.
- **Die Sexualanamnese erfordert** Zeit und sollte neben somatischer Sexualfunktion auch emotionale, partnerschaftliche und eventuell soziokulturelle Aspekte beinhalten.

Veränderungen im Laufe des Lebens

Im Laufe der Lebensjahre verändert sich die Sexualität bei allen Menschen, was einerseits mit psychosozialen Veränderungen (wie sexueller Erfahrung, Reifung der Persönlichkeit, Veränderungen in der Partnerschaft usw.) und andererseits mit somatischen Veränderungen einhergeht (z.B. hormonelle Veränderungen nach der Menopause, Zunahme chronischer Erkrankungen). Gewisse Aspekte der Sexualität werden mit zunehmender Erfahrung als besser und erfüllender erlebt, während andere meist als negativ beurteilt werden (z.B. erektile Dysfunktion, Abnahme der Libido in der Postmenopause).

Wann ist eine medizinische Betreuung sinnvoll?

Bei der Exploration von sexualmedizinischen Fragestellungen ist zunächst wesentlich, dass wir Ärztinnen und Ärzte den Aspekt der subjektiven Wahrnehmung respektive der sexuellen Zufriedenheit mit einbeziehen, da sexuelle Einschränkungen nicht von allen Personen gleich verarbeitet und wahrgenommen werden. Einige erleben Funktionseinschränkungen beispielsweise ausschliesslich als negativ, während andere sie problemlos in eine neue Sexualität integrieren – und somit im Idealfall sogar als Bereicherung umdeuten können.

Wir sollten also bedenken, dass die subjektive Wahrnehmung der Patientin/des Patienten entscheidend ist und der Vergleich mit sexuellen Normen aus wissenschaftlicher Sicht zwar interessant, aber für die Qualität der individuellen Sexualität wenig wichtig ist. Im Gegenteil, der Vergleich mit Normen kann sogar belastend sein, da in unserer sexualisierten Alltagswelt eine normative Vorgabe von gesunder Sexualität vermittelt wird, der wir häufig nicht genügen können/wollen. Therapierende sollten sich zudem ihren eigenen sexuellen Vorstellungen und Mythen

Tabelle:

Art der sexuellen Aktivität im Verlauf der angefragten letzten 90 Tage

(Adaptiert nach [4] und www.nationalsexstudy.indiana.edu/graph.html)

Alter (Jahre)	40-49		50-59		60-69		70+	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Masturbiert allein	76%	65%	72%	54%	61%	47%	46%	33%
Masturbiert mit Partner/in	38%	35%	28%	18%	17%	13%	13%	5%
Bekam oralen Sex von Frauen	62%	2%	49%	1%	38%	1%	19%	2%
Bekam oralen Sex von Männern	6%	52%	8%	34%	3%	25%	2%	8%
Gab oralen Sex an Frauen	57%	3%	44%	1%	34%	1%	24%	2%
Gab oralen Sex an Männer	7%	53%	8%	36%	3%	23%	3%	7%
Vaginaler Geschlechtsverkehr	74%	70%	58%	51%	54%	42%	43%	22%
Erhielt Penetration im Anus	4%	12%	5%	6%	1%	4%	2%	1%
Setzte Penetration im Anus	21%		11%		6%		2%	

bewusst sein, beispielsweise der nicht seltenen (und häufig falschen) Vorstellung, dass ältere Menschen keine sexuellen Bedürfnisse haben. Diese Vorstellung kommt möglicherweise daher, dass das generationenübergreifende Sprechen über Sexualität (nach wie vor) schambesetzt ist (2). Unglücklicherweise führt das dazu, dass gerade ältere Patientinnen und Patienten häufig nicht von ihrem Arzt auf ihr Sexualeben angesprochen werden, obwohl 9 von 10 Patientinnen und Patienten das eigentlich wünschten (3).

Bei der Frage nach der Therapiebedürftigkeit sexueller Veränderungen/Funktionsstörungen entscheidet also allein der Leidensdruck von Patientinnen, Patienten und ihren Partnern, ob darüber gesprochen wird.

Sexuelle Aktivität bleibt wichtiger Faktor für Lebensqualität

In der Nachfolge der berühmten Kinsey-Reports der Fünfziger- und Sechzigerjahre wurden verschiedene weitere Befragungstudien (surveys) mit wesentlich besserer Repräsentativität durchgeführt. Während die

Kinsey-Reports hauptsächlich Daten von jungen, sozial besser gestellten Ostküstenamerikanern europäischen Ursprungs enthielten (sog. college sample), finden sich zum Beispiel im «National Survey on Sexual Health and Behaviour» (NSSHB) Details zum Sexualverhalten von 14- bis 94-jährigen US-Amerikanern (n = 5865) einer bevölkerungsrepräsentativen Zusammensetzung. In dieser (von einem Kondomhersteller finanzierten) Studie zeigt sich, dass sämtliche Spielformen körperlicher sexueller Aktivität mit zunehmendem Alter abnehmen (Tabelle) (4). In den Grundsätzen wurde dies in vielen weiteren Querschnittsstudien und Surveys bestätigt.

Verschiedene Studien weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass Sexualität für ältere Menschen im Verlauf der letzten Generationen sogar wichtiger wurde. Diese Entwicklung mag auf soziokulturelle Veränderungen zurückzuführen sein (Stichwort: aktives und erfolgreiches Altern), wobei methodologisch auch nicht ausgeschlossen werden kann, dass das Wegfallen von Scham und Tabus befragter Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer die Studienergebnisse beeinflusst hat (5).

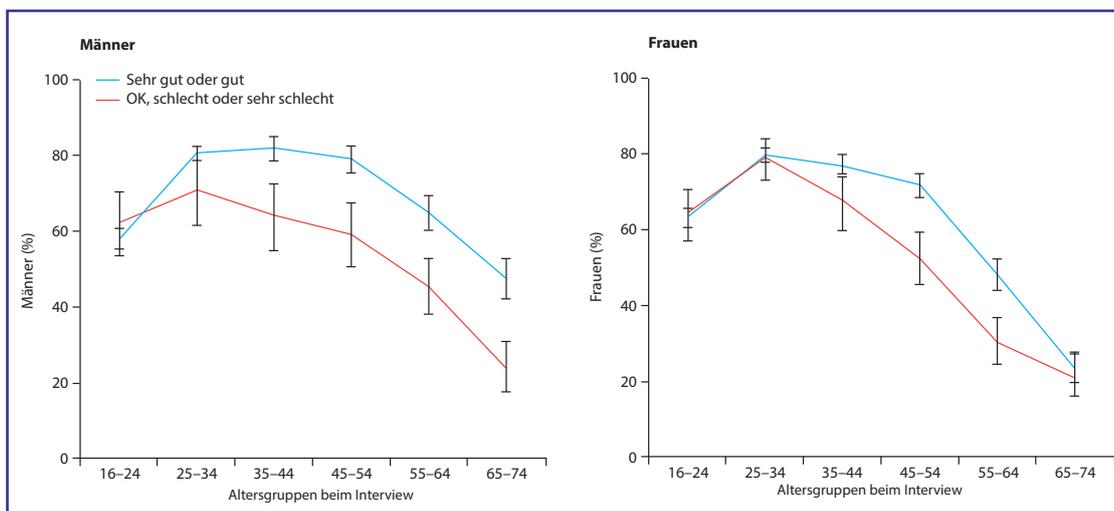


Abbildung 1: Anteil der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit sexueller Aktivität in den angefragten letzten 4 Wochen – aufgeteilt nach subjektiv empfundenem Gesundheitszustand (adaptiert nach [6]).

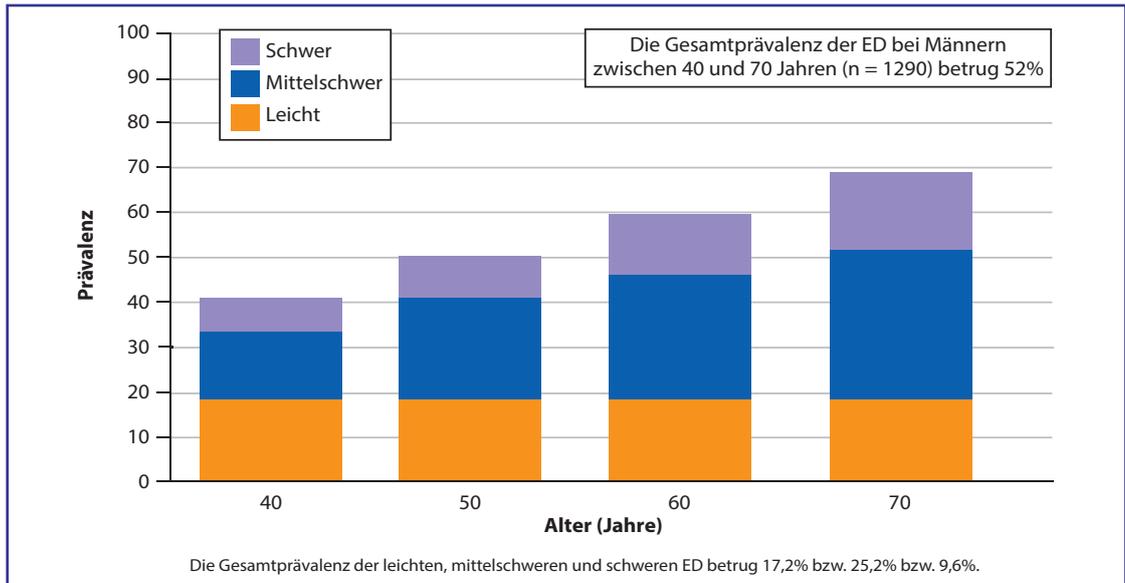


Abbildung 2: Häufigkeit und Schwere der erektilen Dysfunktion (ED) in der Massachusetts Male Aging Study (*adaptiert nach [11]).

Sexualanamnese mit bio-psycho-sozialem Ansatz

Sofern eine Aufarbeitung sexueller Veränderungen/ Funktionsstörungen von den Betroffenen gewünscht wird, sollten Gespräche ungestört und unter Vermittlung von Offenheit und Diskretion geführt werden. Dabei sollte eine umfassende therapeutische Sichtweise zum Tragen kommen, sodass das sexualmedizinische Problem von verschiedenen Seiten angegangen werden kann. Um die individuellen Probleme in der jeweils einzigartigen Umwelt der Betroffenen zu erfassen, ist das Gerüst des bio-psycho-sozialen Ansatzes hilfreich. Das bedeutet, dass in Anamnese und Therapie neben somatischen Symptomen (z.B. erektile Dysfunktion bei koronarer Herzkrankheit und Diabetes) auch die emotionalen Aspekte und das soziale Umfeld (Partnerschaft) berücksichtigt werden. Das wird beispielweise deutlich bei der Anamnese eines herzkranken Diabetikers, der sich wegen erektiler Dysfunktion vorgestellt hat. Es macht in der Beratung und der Therapie einen wesentlichen Unterschied, ob dieser in einer stabilen Partnerschaft mit einer verständnisvollen Frau lebt oder ob seine zunehmend demenzkranke Partnerin sämtliche körperliche Annäherungsversuche aggressiv zurückweist. Neben emotionalen und partnerschaftlichen Aspekten sollten auch soziokulturelle Einflüsse betrachtet werden. So können die Sexualerziehung durch das Elternhaus oder bestimmte Religionsgemeinschaften einen negativen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit haben.

* Update von 2015, abrufbar (17.10.2016 unter http://uroweb.org/wp-content/uploads/14-Male-Sexual-Dysfunction_LR1.pdf)

Chronische Erkrankungen und Sexualität

Mit zunehmendem Alter kommt es bekannterweise auch zu einer Zunahme von nicht genitalen, chronischen Erkrankungen. Aus verschiedenen Beobachtungsstudien wissen wir, dass sexuelle Aktivität mit dem allgemeinen Gesundheitszustand zusammenhängt, was kürzlich nochmals in einer gross angelegten, englischen Studie dargelegt wurde. Gesundere Patienten haben mehr Sex als Patientinnen und Patienten mit schlechterem Gesundheitszustand (Abbildung 1) (6). Das gilt nicht nur für den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand; dies wurde auch für chronische Erkrankungen an spezifischen Organsystemen nachgewiesen, beispielsweise für Herzkrankheiten, neurologische Erkrankungen und Lungenerkrankungen (6). Da gewisse Erkrankungen krankheitsspezifische sexualmedizinische Probleme verursachen können, haben wir am Universitätsspital Basel eine interdisziplinäre Sprechstunde für Sexualmedizin etabliert, in der ein Kernteam von Sexualmedizinerinnen und Sexualmedizinern Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen betreut. Dabei stehen wir Sexualmediziner mit interessierten Fachärztinnen und Fachärzten anderer Fachgebiete im Austausch (u.a. der Neurologie, Onkologie, Orthopädie, Geriatrie, Allgemeinmedizin). Diese weisen uns regelmässig Patientinnen und Patienten zu, da in deren Sprechstunde häufig keine Kapazitäten zur sexualmedizinischen Betreuung bestehen.

Altersabhängige Hormonveränderungen und Therapieansätze

Bei der Frau

Der menopausale Hormonabfall bei der Frau (Durchschnittsalter bei Menopause: 51/52 Jahre) geht häu-

fig mit verändertem Sexualverhalten einher, wobei in vielen (aber nicht allen) Studien die vulvovaginale Atrophie dafür mitverantwortlich gemacht wird. Häufig berichten Frauen auch über eine Libidoabnahme, die gleichzeitig mit dem Auftreten anderer menopausaler Symptome bemerkt werden kann.

Sofern keine Kontraindikationen gegen eine Hormonsubstitution vorliegen, kann in diesen Fällen entweder systemisch oder lokal eine Ersatzbehandlung verabreicht werden. Bei der systemischen Behandlung wird häufig eine Behandlung mit androgener Partialwirkung der Gestagene bevorzugt, da Androgene eine Rolle bei der weiblichen Sexualität spielen (7). Die Verabreichung von reinen Androgenen oder Androgenvorstufen (systemisch oder lokal-vaginal) zur Behandlung der niedrigen Libido wird nach wie vor kontrovers diskutiert – und sollte nach aktuellem Wissenstand wegen der Möglichkeit androgeninduzierter Nebenwirkungen nur wohlüberlegt und mit Zurückhaltung eingeleitet werden.

Beim Mann

Auf der männlichen Seite scheint klar, dass die vor allem in den Vereinigten Staaten propagierte Androgensubstitution bei nicht symptomatischen Männern (im Sinne einer «Jungbrunnen-Therapie» und als «Libido-Booster») nicht indiziert ist – und nicht nur weil sie unnötige Kosten, sondern möglicherweise (aber nicht eindeutig) auch Nebenwirkungen verursacht (8, 9). Allerdings besteht auch kein Zweifel mehr, dass Männer mit Testosteronspiegeln unter der Norm (i.d.R. Testosteron total < 300 ng/ml) in verschiedener Hinsicht von der Serumspiegelerhöhung profitieren können. So wurde im Rahmen der Testosterone-Trials kürzlich eine Arbeit publiziert, die zeigte, dass die Behandlung von «hypogonadalen» Männern über 65 Jahre einen signifikanten (wenn auch bescheidenen) Effekt auf die Sexualfunktion und auf depressive Symptome hatte (10).

Erektile Dysfunktion

Im Zusammenhang mit Sexualfunktionsstörungen und zunehmendem Alter wird neben der Libidoabnahme bei Mann und Frau vor allem über die erektile Dysfunktion gesprochen. Verschiedene Querschnittstudien zeigen, dass die Erektionsfähigkeit mit steigendem Alter abnimmt, wobei in der Massachusetts Male Aging Study (MMAS) gezeigt wurde, dass (vereinfacht gesagt) 40% der 40-Jährigen, 50% der 50-Jährigen, 60% der 60-Jährigen und 70% der 70-Jährigen an unterschiedlich ausgeprägter erektiler Dysfunktion leiden (11). (Abbildung 2). Diese altersabhängige Zunahme korreliert mit einigen Komorbiditäten: In mehreren Arbeiten wurde in den letzten Jahren besonders der Zusammenhang mit kardio-

vaskulären Erkrankungen herausgearbeitet, sodass die erektile Dysfunktion in der Zwischenzeit primär als Symptom und Marker angesehen werden sollte, da sie schweren kardiovaskulären Ereignissen vorhergehen kann (12). Da die vielfältigen und häufig sehr erfolgreichen Therapieoptionen wie PDE5-Inhibitoren und Schwellkörperinjektion von Prostaglandinen in anderen Übersichtsarbeiten bereits ausführlich und vielfältig besprochen wurden, gehen wir hier nicht weiter darauf ein, sondern empfehlen bei Bedarf die Rücksprache mit Urologen oder Sexualmedizinern (13).

Zusammenfassung

Viele Patientinnen und Patienten wünschen, dass sich Ärztinnen und Ärzte umfassend für ihre Lebensqualität interessieren. Deswegen schätzt auch der Grossteil der Patientinnen und Patienten, wenn sie im Sinne eines Routinescreenings auf Sexualität angesprochen werden und dann bei Bedarf eine sexualmedizinische Beratung und Betreuung erhalten. Allerdings werden gerade ältere Patientinnen und Patienten häufig nicht auf ihre Sexualität angesprochen, obwohl Sexualfunktionsstörungen mit steigendem Alter zunehmen. Diese Funktionsstörungen können unterschiedliche Ursachen in Soma, Psyche oder sozialem Umfeld haben (bio-psycho-soziale Aspekte der Sexualität).

Einfachere sexualmedizinische Fragestellungen können in kurzen Beratungsgesprächen geklärt werden, wobei sexualmedizinische Beratungen in aller Regel den Rahmen von kurzen Routinegesprächen sprengen. Sofern von ärztlicher/therapeutischer Seite her kein Interesse oder keine Zeit für ausführlichere Gespräche (idealerweise 45 Minuten) besteht, ist die Zuweisung zu interessierten Kolleginnen und Kollegen oder Kliniken empfehlenswert. ■



PD Dr. med. Gideon Sartorius
(Erstautor; Korrespondenzadresse)
E-Mail: gsartorius@fertisuisse.ch

Frauenklinik – Universitätsspital Basel
4056 Basel
und
Fertisuisse Olten
Zentrum für Kinderwunschbehandlung
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten



Dr. med. Anna Raggi
Fertisuisse Olten
Zentrum für Kinderwunschbehandlung
Frauen- und Männermedizin
Tannwaldstrasse 2
4600 Olten

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF.: Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet* 2006; 368: 1595–1607.
2. Radebold H.: Psychotherapy with elderly patients. *Zeitschr f Gerontologie* 1992; 25: 347–348.
3. Gott M, Hinchliff S.: Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family practice* 2003; 20: 690–695.
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 Sexual Med* 2010; 7 Suppl 5: 255–265.
5. Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I.: Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971–2001. *BMJ (Clinical research ed)* 2008; 337: a279.
6. Field N, Mercer CH, Sonnenberg P, 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: 1830–1844.
7. Wahlin-Jacobsen S, Pedersen AT, Kristensen E, et al.: Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *J Sexual Med* 2015; 12: 358–373.
8. Vigen R, O'Donnell CI, Baron AE, et al.: Association of testosterone therapy with mortality, myocardial infarction, and stroke in men with low testosterone levels. *JAMA* 2013; 310: 1829–1836.
9. Corona GG, Rastrelli G, Maseroli E, Sforza A, Maggi M.: Testosterone replacement therapy and cardiovascular risk: a review. *World journal of men's health* 2015; 33: 130–142.
10. Snyder PJ, Bhasin S, Cunningham GR, et al.: Effects of testosterone treatment in older men. *N Engl J Med* 2016; 374: 611–624.
11. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54–61.
12. Nehra A, Jackson G, Miner M, et al.: The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clinic proceedings* 2012; 87: 766–778.
13. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, et al.: Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Europ Urology* 2010; 57: 804–814.