

Sexualverhalten und -probleme ab 50 Jahren

Kurt April, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, Horgen

Quintessenz

- In der zweiten Lebenshälfte ist Sexualität für die Lebensqualität ein wichtiger Faktor.
- Sexuelle Funktionsstörungen treten häufig auf, werden aber zu wenig diagnostiziert.
- Meist ist nicht das Alter selber die Ursache für sexuelle Dysfunktionen, sondern körperliche Krankheiten.
- Die Rolle der Paarbeziehung, der Medikamentennebenwirkungen und der psychischen Erkrankung wird meist unterschätzt.
- Lifestylefaktoren spielen insbesondere bei der Genese der erektilen Dysfunktion eine wichtige Rolle.
- Sexualität ist bei Arztkonsultationen ein vernachlässigtes Thema. Patienten genieren sich, wegen Sexualproblemen zum Arzt zu gehen, und dieser fragt nicht danach.
- Sexuelle Funktionsstörungen können auch nach dem 50. Altersjahr häufig erfolgreich behandelt oder zumindest gebessert werden.

Die Bevölkerung wird älter, die Menschen leben länger und bleiben länger gesund. Gleichzeitig besteht der Trend von Menschen über 50 Jahren, immer länger sexuell aktiv zu bleiben. Dieser Trend wird voraussichtlich weiter anhalten, da es von Generation zu Generation mehr Menschen mit einer liberalen sexuellen Einstellung gibt.

Sexualverhalten ab 50 Jahren

Oft erachten Menschen Sexualität bis ins hohe Alter als einen wichtigen Bestandteil ihres Lebens [1,2]. Für die Lebensqualität vieler Menschen hat die sexuelle Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit auch in der zweiten Lebenshälfte einen hohen Stellenwert [3], wie auch schweizerische Untersuchungen zeigen [4]. In einer für die USA repräsentativen Studie [1] mit 3000 Frauen und Männern sind 73% der 57–64-Jährigen sexuell aktiv, von den 65–74-Jährigen 53% und von den 75–85-Jährigen noch 26%. Selbst in der achten und neunten Dekade des Lebens berichtet ein ansehnlicher Anteil über regelmässigen vaginal- und oralverkehr oder Masturbation (Tab.1 ↻).



Kurt April

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag hat.

Das Gespräch über Sexualität beim Arzt

Repräsentative Befragungen verschiedener Länder [2, 5] und auch aus der Schweiz [6] zeigen, dass rund

ein Drittel der Menschen in der zweiten Lebenshälfte Hemmungen haben, mit dem Arzt über Sexualität zu sprechen. Zwei Drittel erwarten vom Arzt die Initiative zum Gespräch über sexuelle Schwierigkeiten. Viele Ärzte zögern aber, bei ihren Patienten sexuelle Fragen anzusprechen, weil sie sich in diesem Gebiet nicht kompetent genug fühlen oder befürchten, solche Gespräche könnten älteren Menschen unangenehm sein [1]. Bei einer schweizerischen Umfrage gaben nur 4% der Ärzte – bei der Konsultation von Patienten wegen erektiler Dysfunktion – an, eine Sexualberatung als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung eingesetzt zu haben.

Sexuelle Dysfunktionen

Nach den gängigen Diagnosemanualen DSM-IV oder ICD-10 sind sexuelle Funktionsstörungen gekennzeichnet durch eine Störung im Ablauf des Geschlechtsverkehrs: Störungen des sexuellen Verlangens (Libidostörungen), der sexuellen Erregbarkeit (Erektion, Lubrikation) und der Erlebnisfähigkeit (Orgasmus, Ejakulationsstörungen) sowie sexuell bedingte Schmerzen (Dyspareunie und Vaginismus).

Laut einer amerikanischen Studie leidet etwa die Hälfte der sexuell aktiven 57–85-Jährigen unter mindestens einem Sexualproblem und ein Drittel unter zwei Sexualproblemen [1]. Die Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) [2] mit 13882 Frauen und 13618 Männern zwischen 40 und 80 Jahren aus 29 Ländern – in Übereinstimmung mit anderen Studien [7–9] – zeigt als häufigstes Problem bei Männern die Ejaculatio praecox und die erektile Dysfunktion, bei den Frauen Mangel an sexuellem Interesse und Lubrikationsprobleme (Tab.2 ↻).

Sind sexuelle Dysfunktionen eine Alterserscheinung?

Nach neueren Untersuchungen nimmt mit zunehmendem Alter zwar die sexuelle Aktivität ab, aber es scheint alles in allem keinen Anstieg der Sexualprobleme zu geben. Hingegen ist die körperliche Gesundheit stärker mit Sexualproblemen assoziiert als das Alter alleine [2, 9]. Eine deutliche Korrelation von sexuellen Dysfunktionen mit dem Alter konnte nur bei der erektilen Dysfunktion und etwas weniger deutlich bei der Ejaculatio praecox und der Lubrikation gezeigt werden, was wegen der biologischen Komponenten nicht erstaunlich ist. Und selbst bei der erektilen Dysfunktion wird mit zunehmenden

Tabelle 1. Sexualverhalten von sexuell aktiven 57–85-Jährigen; repräsentative Untersuchung für die USA [1].

	57–64 Jahre	65–74 Jahre	75–85 Jahre
Vaginalverkehr			
Männer	91,1%	78,5%	83,5%
Frauen	86,8%	85,4%	74,4%
Oralverkehr in den letzten 12 Monaten			
Männer	62,1%	47,9%	28,3%
Frauen	52,7%	46,5%	35,0%
Masturbation in den letzten 12 Monaten			
Männer	63,4%	53,0%	27,9%
Frauen	31,6%	21,9%	16,4%

dem Alter nicht nur von einer kontinuierlichen Progression, sondern manchmal auch wieder von einer Abnahme berichtet [10].

Ätiologie und Risikofaktoren

Die häufigsten Ursachen von Sexualstörungen im Alter sind – wie bei unter 50-Jährigen – verminderte psychische Gesundheit (insbesondere bei Depressionen, Angststörungen und Alkoholmissbrauch), Stress (finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitsprobleme) und Partnerschaftsschwierigkeiten [9, 11].

Die häufigsten Ursachen von Sexualstörungen im Alter sind verminderte psychische Gesundheit, Stress und Partnerschaftsschwierigkeiten

Dazu kommen Tumoren, Verletzungen und chirurgische Eingriffe im Urogenitalbereich und des Rückenmarks, Endokrinopathien, sexuell übertragbare Krankheiten und Medikamentennebenwirkungen, insbesondere von Psychopharmaka [9,12]. Auf die Wichtigkeit partnerschaftlicher Faktoren für die Genese von sexuellen Dysfunktionen weist eine israelische Studie hin [13], in der die Ehefrauen von Männern mit erektiler Dysfunktion befragt wurden. 91% der Ehefrauen veranlassten die Arztkonsultation des Ehemannes und 55% von ihnen litten in der Folge der erektilen Dysfunktion selber zumindest an einer sexuellen Dysfunktion. Die Beobachtung, dass Zufriedenheit in der Partnerschaft mit deutlich weniger Sexual-

problemen assoziiert ist, wird von anderen Studien unterstützt [9].

Zu den Risikofaktoren bei der erektilen Dysfunktion zählen: vaskuläre Krankheiten (Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Hypercholesterinämie, Schlaganfall), Nikotinabusus, Adipositas, Bewegungsarmut, Prostatahyperplasie, Diabetes mellitus [7,14]. Bei den Frauen korrelieren vaskuläre Krankheiten nur mit vaginaler Trockenheit und damit verbundener Dyspareunie [9,15].

Therapie und Prävention

Den meisten sexuellen Dysfunktionen liegen auch bei über 50-Jährigen behandelbare Ursachen zugrunde, wodurch diese mit einer geeigneten Therapie geheilt oder zumindest deutlich verbessert werden können. Bei einer psychosozialen Ursache oder einem Paarconflict ist eine Einzel- oder Paartherapie/-beratung indiziert. Eine medikamentöse Behandlung ist einzig bei der erektilen Dysfunktion mit den Phosphodiesterase-5-Inhibitoren etabliert.

Durch Lifestyle-Modifikationen (idealerweise ab 40 Jahren) wie Halten des idealen Gewichts, regelmässige Bewegung, Nikotinstopp und Stressbewältigung können sexuellen Dysfunktionen vorgebeugt oder diese zumindest hinausgeschoben werden. Manchmal vermögen später durchgeführte Verhaltensänderungen sogar eine bereits bestehende erektile Dysfunktion zu verbessern [3,14].

Dem ärztlichen Gespräch kommt bei der Diagnose, Therapie und Prävention eine entscheidende Rolle zu. Selbst bei biologisch bedingten sexuellen Dysfunktionen können Lebensqualität und Partnerschaft dadurch verbessert werden. Eine ärztliche Begleitung über längere Zeit durch einen feinfühligem und fachkundigen Hausarzt oder Spezialisten ermöglicht oft erst nachhaltigen Erfolg [16].

Dass das ärztliche Gespräch das Sexualverhalten selbst bei älteren Menschen zu verändern vermag, zeigt eine Studie [17] über das Sexualverhalten von Frauen zwischen 58 und 93 Jahren. Alleinstehende Frauen, die mit ihrem Arzt über sexuelle Fragen sprachen, verhielten sich gegenüber ihrer Gesundheit verantwortungsvoller und weniger risikoreich in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 2. Prävalenz in % von Sexualproblemen in Europa bei Männern und Frauen zwischen 40 und 80 Jahren [2].

	Zu schneller Orgasmus, Ejaculatio praecox	Erektile Dysfunktion	Fehlen von sexuellem Interesse	Orgasmusunfähigkeit	Unbefriedigte Sexualität	Dyspareunie	Lubrikationsprobleme
Nordeuropa							
Männer	20,7	13,3	12,5	9,1	7,7	2,9	
Frauen	7,7		25,6	17,7	17,1	9,0	18,4
Südeuropa							
Männer	21,5	12,9	13,0	12,2	9,1	4,4	
Frauen	11,5		29,6	24,2	22,2	11,9	16,1

Undiagnostizierte und unbehandelte Sexualprobleme können zu Depressionen oder sozialem Rückzug führen [18].

Diskussion

Jahrzehntelang wurden sexuelle Funktionsstörungen mit dem Älterwerden als naturgegeben respektive unveränderbar hingenommen. Wissenschaftler und Ärzte kümmerten sich vor allem um die sexuellen Probleme der Menschen im reproduktionsfähigen Alter.

Mit der Einführung des Phosphodiesterase-5-Hemmers Viagra® 1998 fand in dieser Betrachtungsweise ein erster Paradigmawechsel [19], oder wie andere schreiben, eine neue sexuelle Revolution statt [12]. Erstmals konnte zur Behandlung der erektilen Dysfunktion ein wirksames Medikament eingesetzt werden. Das jahrtausendealte Problem der Impotenz als Symbol von Verlust der Maneskraft – wegen dem sich Millionen von Männern in ihrer Not Geistheilern, Zauberei, chinesischen und afrikanischen Kräutern und Pülverchen auslieferten, die mehr schaden als nützten – schien gelöst; das Viagra-Zeitalter war angebrochen. Gleichzeitig änderte sich die herrschende Meinung über die Ätiologie von Sexualstörungen: Wurde vorher überwiegend eine psychische Genese angenommen, ging man nun von einer zu 90% organischen Genese aus, zunächst bei der erektilen Dysfunktion, aber dann auch bei den anderen sexuellen Problemen bei Mann und Frau [21]. In der Folge erhoffte man sich von der Erforschung weiterer Medikamente die Lösung der Sexualprobleme [22].

In der zweiten Hälfte unseres Jahrzehnts wurde bereits vom zweiten Paradigmawechsel geschrieben [19]: Neue Erkenntnisse zeigten, dass die Diskussion «psychisch versus organisch» ein zu wenig differenziertes Bild von sexuellen Problemen in der zweiten Lebenshälfte

darstellt. Die biologischen Faktoren des Älterwerdens können, müssen aber nicht zwingend Ursache von Sexualstörungen sein. Im Vordergrund stehen behandelbare Ursachen wie psychische Krankheiten, Endokrinopathien, Persönlichkeitsfaktoren (Angst vor dem Versagen) und Partnerschaftsprobleme. Zudem wurde festgestellt, dass die biologischen Faktoren insbesondere bei der erektilen Dysfunktion stark vom Lebensstil des Individuums abhängen [14,18].

Zwar bestehen weiterhin noch Lücken und widersprüchliche Daten bezüglich Sexualität und deren Störungen in der zweiten Lebenshälfte. Und doch ändert sich durch die neueren Erkenntnisse nicht nur die Betrachtungsweise der sexuellen Natur des Menschen grundlegend, sondern sexuelle Dysfunktionen wurden grösstenteils zu behandelbaren Krankheiten oder sie können durch Verhaltensänderungen vermieden oder verbessert werden [10].

Leider können heutzutage noch viel zu wenig Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen von diesen Erkenntnissen profitieren. Dieses sexualmedizinische Wissen ist noch zu wenig Allgemeingut, sowohl für die Patienten wie für die Ärzteschaft. Zudem sind wir Ärzte uns noch zu wenig über die Wichtigkeit des Gesprächs über die Sexualität bewusst.

Der Ärzteschaft käme die vornehme Rolle der Informationsvermittlung gerade im ärztlichen Gespräch zu. Unsere Patienten erwarten von uns, dass wir proaktiv sind und werden uns dies danken.

Korrespondenz:

Dr. med. Kurt April
FMH Psychiatrie und Psychotherapie
Seestr. 126
CH-8810 Horgen
kurt.april@hin.ch

Empfohlene Literatur

- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muirheart-aigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762–74.
- Laumann EO, Das A, Waite LJ. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57 Years of Age. *J Sex Med.* 2008; 5:2300–11.

- Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D’Andrea F et al.: Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:2978–84.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Sexualverhalten und -probleme ab 50 Jahren / / Comportements et problèmes sexuels après l'âge de 50 ans

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357:762–74.
- 2 Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wng T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*. 2005;17:39–57.
- 3 Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999;281:537–44.
- 4 Buddenberg C, Bucher T, Hornung R. Erectile Dysfnktion bei Männern in der zweiten Lebenshälfte. *Urologe*. 2005;44:1045–51.
- 5 Carson CC, Glasser DB, Laumann EO, West SL, Rosen RC. Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: A United States nationwide population-based study. *J Urol*. 2003;69(Suppl 4):321.
- 6 Buddeberg C, Jecker E, Klaghofer R, Dietz C, Götzmann L. Sexualmedizin in der ärztlichen Grundversorgung, Entwicklungen 1980–2004. *Schw Rundsch Med*. 2007;96:721–5.
- 7 Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals' follow-up study. *Ann Intern Med*. 2003;139:161–8.
- 8 Laumann EO, Das A, Waite LJ. Sexual Dysfunction among Older Adults: Prevalence and Risk Factors from a Nationally Representative U.S. Probability Sample of Men and Women 57 Years of Age. *J Sex Med*. 2008;5:2300–11.
- 9 Jennifer EF. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician*. 2008;77:635–42.
- 10 Trivison TG, Shabsigh R, Araujo AB, Kupelian V, O'Donnel AB, McKinlay JB. The natural progression and remission of erectile dysfunction: Results from the massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 2007;177:241–6.
- 11 Trudel G, Turgeon L, Piche L. Marital and sexual aspects of old age. *Sex Relationship Ther*. 2000;154:381–406.
- 12 Nurnberg HG, Hensley PL, Heimann JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil Treatment of Women with Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction. *JAMA*. 2008;300:395–404.
- 13 Greenstein A, Abramov L, Matzkin, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2006;18:44–6.
- 14 Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291:2978–84.
- 15 Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*. 2006;354:1497–506.
- 16 Sacks FM, Bray GA, Carey VJ, Smith SR, Ryan DH, Anton SD, et al. Comparison of weightloss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med*. 2009;360:859–73.
- 17 Lindau ST, Leitsch SA, Lundberg KL, Jerome J. Older women's attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: a community-based study. *J Wom Health*. 2006;15:747–53.
- 18 Rosen RC, Wing R, Schneider S, Gendrano N. Epidemiology of erectile dysfunction: the Role of medical comorbidities and life style factors, *Urol Clin North Am*. 2005;32:403–17.
- 19 Seftel AD. Erectile Dysfunction a Decade Later: Another Paradigm Shift. *J Urol*. 2006;176:10–11.
- 20 Westhoff J. Zehn Jahre Viagra: Sexuelle Revolution – die wievielte? *Dtsch Ärztebl*. 2008;13:679–80.
- 21 Hauri D. Erektile Dysfunktion. *Schweiz Med Forum*. 2002;2:810–8.
- 22 Mathers MJ, Schmitges J, Klotz T, Sommer F. Einführung in die Diagnostik und Therapie der Ejaculatio praecox. *Dtsch Ärztebl*. 2007;50:3475–80.