Sexualität im Alter

1. Studien zu Sexualität im Alter

Viele Untersuchungen beschäftigen sich mit der Häufigkeit von Geschlechtsverkehr. Die hierbei gewonnenen Zahlen geben keine Auskunft über Zufriedenheiten. Des Weiteren sollte in der Auswertung neben den Faktoren Alter und Geschlecht auch der Faktoren Generation und Dauer der Beziehung mitberücksichtigt werden. Vorsicht also bei der Interpretation von Zahlenmaterial.

"Sexualität geht von sieben Mal im Leben bis zu sieben Mal am Tag" (Schultz, Entdecker des autogenen Trainings)

Wissenschaftler von der Universität Göteborg führten bei 1500 Männern und Frauen eine Langzeitstudie von 1971 bis 2000 durch und kamen zu dem Ergebnis, dass die sexuelle Zufriedenheit der über 70-Jährigen besonders bei den Frauen stark angestiegen ist (Beckmann, N. 2004).

Über 70jährige, die sich als „sexuell aktiv" bezeichnen: 1971 0,8 % der Frauen 50% der Männer – 2000 13 % der Frauen 69% der Männer.

Ein Grund für die ausgeprägtere sexuelle Aktivität der Seniorinnen: Mehr 70-jährige Frauen als vor 30 Jahren haben noch einen Lebenspartner. Wenn sie könnten, hätten fast 100% der 70-Jährigen gerne ein erfülltes Sexualleben.

Das Verhältnis von Männern und Frauen im Alter ist 1 zu 2. 70% der über 60jährigen Frauen aber nur 30% der über 60jährigen Männer sind alleinstehend - mit enormen Konsequenzen für die Möglichkeit insbesondere von Frauen, Körperkontakt, Zärtlichkeit und Sexualität erleben zu können.

Auch die Orgasmushäufigkeit der befragten Schwedinnen hatte deutlich zugenommen. „Unsere Studie zeigt, dass ältere Menschen sexuelle Aktivitäten und die dazu gehörenden Gefühle als natürlichen Bestandteil des Alters betrachten", sagte der verantwortliche Forscher Nils Beckmann (Informationszentrum Sexualität und Gesundheit www.isg- info.de).

Verschiedene Studien im deutschsprachigen Raum kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen was die sexuelle Aktivität anbelangt. In letzter Zeit wird in der Forschung mehr Wert auf sexuelle Zufriedenheit als auf Häufigkeiten gelegt.

Andere Umfragen bei Frauen im deutschsprachigen Raum ergaben, dass bis zu 32 % der älteren Frauen einen Mangel an Zärtlichkeit haben, bis zu 41 % geben an, nicht ausreichend sexuellen Kontakt zu haben.

Rainer Hornung und Thomas Bucher (2001) unterscheiden in ihrer empirischen Untersuchung an 641 Männern und 857 Frauen in der deutschsprachigen Schweiz zwischen sexuellem Interesse und sexueller Aktivität, zwischen Wünschen nach Zärtlichkeit und Geschlechtsverkehr und Vorkommen von Zärtlichkeit und Geschlechtsverkehr sowie Selbstbefriedigung und bestätigen den von von Sydow so genannten Interest-Activity Gap. „In allen Altersgruppen erleben mehr als die Hälfte der Befragten weniger sexuelle Aktivitäten, als sie wünschen" (S.192).

Viele ältere, alleinstehende Frauen wünschen sich rein kameradschaftliche Beziehungen zu Männern, andere durchaus auch erotisch-sexuelle, die jedoch häufig

weder als Ehe noch im Zusammenleben gestaltet sein sollen.

2. Einflussfaktoren auf die Sexualität im Alter

Bedeutsam für die sexuelle Aktivität im Alter sind, in der Reihenfolge ihrer Bedeutung:

- In Partnerschaft oder nicht zu sein und die Beziehungsdauer.
- Das sexuelle Verhalten in jüngeren Jahren. Je aktiver sexuell und positiver gegenüber Sexualität eingestellt die Menschen früher waren, desto positiver erleben sie Sexualität im Alter desto sexuell aktiver sind sie.
- Die subjektive und objektive Gesundheit.
- Die Störung der sexuellen Funktion – gerne durch Festhalten an jugendlichen sexuellen Leistungsvorstellungen. Leistungsdruck macht sexuelle Probleme, die als Altersprobleme verschleiert sind.
- Generation, kulturelle Erfahrungen (Schicht, Ost-West, Großstadt, „vorliberale Generation").
- Institutionelle Barrieren.

In 526 Altenheim-Hausordnungen aus NRW und Bayern ist Sexualität offiziell inexistent. Häufiger explizite oder implizite Verbote von gegenseitigen Besuchen verschiedengeschlechtlicher Bewohner in ihren Zimmern. Räumliche und organisatorische Bedingungen von Alten- und Pflegeheimen sind oft einengend. Fast nie sind die alten heimuntergebrachten Menschen unbeobachtet.

Das Heimpersonal unterdrückt, hemmt, bestraft und bagatellisiert die Sexualität der Bewohner*innen - in der Regel nicht aus Böswilligkeit, sondern aus Unwissenheit und Hilflosigkeit. (Frank Herrath, isp Dortmund)

3.1 Die Veränderungen bei älteren Männern

Ab dem Alter von 40 Jahren sinkt der Testosteronspiegel allmählich ab. (Man spricht auch vom „schleichenden Klimakterium des Mannes": Jedes Jahr vermindert sich die Hormonproduktion um 1%). Altersassoziierter Beschwerden steigen jenseits des 50. Lebensjahres bedeutsam an. Die sexuelle Aktivität vermindert sich allmählich ab dem 55. Lebensjahr. Veränderungen bei sexuellen Wünschen und sexuellem Verlangen sind jedoch erst bei 75jährigen festzustellen.

Körperliche Ursachen für die Veränderung der sexuellen Aktivität des alternden Mannes: Veränderungen im sexuellen Reaktionszyklus sind: Alternde Männer brauchen mehr Zeit, um eine Erektion zu erreichen und häufig auch mehr direkte Stimulation. Die Rigidität der Erektion nimmt ab und der Erektionswinkel wird größer. Die Plateauphase dauert länger, die Ejakulation kommt später, der Drang zur Ejakulation ist weniger ausgeprägt.

Der Orgasmus ist weniger klar erkennbar, dauert kürzer, das Ejakulatsvolumen sinkt. Die Dauer der Refraktärphase nimmt zu.

Die Gründe dieser Veränderungen sind hormonell, vaskulär und neuronal physiologisch bedingt. Zunehmende Morbidität, Medikamenteneinnahme und Lebensstilveränderungen (weniger Körpertraining, Alkohol- und Nikotinkonsum, Überernährung) verstärken diese Veränderungen.

Dazu kommt als Problematik, dass viele ältere Männer sich nicht von der jugendlichen Norm für aktive Sexualität verabschieden können; es kann ein Teufelskreis aus Versagensgefühlen, ängstlicher Selbstbeobachtung und Vermeidung entstehen, der zu Erektionsstörungen führt.

Psychosoziale Beeinflussungen der erektilen Funktion des alternden Mannes treten auf bei: Depression (1.8fach erhöhtes Risiko der erektilen Dysfunktion); Hemmungen, Schuldgefühle, Angst vor Intimität, Schamgefühl, Anpassungsprobleme an belastende Lebensereignisse (z.B. Verlust einer nahestehenden Person); Vermehrte kritischer Selbstbeobachtung, Versagensangst; Partnerschaftskonflikten wg. mangelnder Verständigung über die unterschiedliche Entwicklung der sexuellen Bedürfnisse mit der Partnerin. Somatische Beeinflussungen von Erektionsstörungen ergeben sich zudem aus Herzerkrankungen, Hypertonie, Diabetes und damit verbundene Medikamenteneinnahme, Prostataerkrankungen und Adipositas.

3.2 Die Veränderungen bei älteren Frauen

In ihrer Studie zur Sexualität im Lebenslauf von Frauen trug Kirsten von Sydow Anfang der 90er Jahre folgende Ergebnisse zusammen: Geschlechtsverkehr haben die meisten Frauen bis Mitte/Ende 60, mit Anfang 70 noch ein Drittel. Die Mehrheit der Frauen scheint bis Ende 70 sexuell interessiert zu sein, in höherem Alter ist das Interesse eher „gering". Die meisten älteren Frauen verhalten sich sexuell eher passiv. Frauen unterscheiden sich in ihrer Sexualität sehr voneinander und mehr als Männer.

Der Gesundheitszustand bei Frauen ist weniger einflussreich auf ihre Sexualität als das bei Männern der Fall ist: „Weibliche sexuelle Aktivität scheint eher vom Gesundheitszustand des Partners als vom Befinden der Frauen abzuhängen."

In den folgenden Generationen sind aufgrund veränderter Haltung zu Sexualität, generationstypisch anderen Lebenserfahrungen und neuem Rollenverständnis andere Ergebnisse zu erwarten.

Körperlich bedeutsam ist: Die Vulva- und Vaginahaut wird im Alter dünner und empfindlicher, die Lubrikation schwächer. Sexuelle Reaktionsfähigkeit (Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit) bleibt Frauen jedoch im Wesentlichen unbeeinträchtigt bis ins hohe Alter erhalten. Altes Aussehen ist bei Frauen attraktivitätsmindernder als bei Männern. Dazu wirken die biografischen Erfahrungen von Frauen, die in der ersten Hälfte des 20. Jh. aufgewachsen sind: Unzureichende Aufklärung, strikte Sexualmoral, unzureichende Verhütungsmöglichkeiten und zum Teil sexuelle Gewalterfahrungen. Einige ältere Frauen haben Schuldgefühle, weil sie sich selbst befriedigen, oder weil sie Sexualität nach den Wechseljahren haben, aus ihrer Jugend konserviert.

Als sexuelle Hauptprobleme nennen alte Frauen - in der Reihenfolge ihrer Bedeutung – Mangel an Zärtlichkeit, Mangel an sexuellem Kontakt, sexuelle Kommunikationsprobleme, Routine, Langeweile, Koitusschmerzen / verminderte Lubrikation und Schuldgefühle wegen sexueller Gefühle oder Handlungen.

Aber: außer einer schwächeren Lubrikation treten bei älteren Frauen alle sexuellen Funktionsstörungen seltener auf als bei jüngeren!

Die Wechseljahre haben kaum Einfluss auf das sexuelle Interesse und die Erregbarkeit von Frauen. Etwa 40 % der befragten postmenopausalen Frauen sagen, ihre vaginale

Lubrikation sei unzureichend. Wenn der Geschlechtsverkehr schmerzhaft ist, ist vor allem fehlende Erregung die Ursache.

Die koitale Aktivitätsabnahme ist nicht abhängig vom Östrogenstatus, sondern im Wesentlichen partnerbedingt. Von Sydow: „Die einzige Wechseljahresbeschwerde, die tatsächlich bei der Mehrzahl aller Frauen auftritt, sind Hitzewellen." Viele ältere Frauen leben sexuell zufrieden, manche Frauen, z.B. begründet durch Entlastung von Schwangerschaftsthematik, erleben Sexualität postmenopausal sogar lustvoller. Die vulva/vaginale Gesundheit ist bei koital aktiven Frauen besser.

Nach ihren Untersuchungen zur Lebensrealität älterer Menschen stellt Kirsten von Sydow zusammenfassend fest: Die Mehrheit der alleinstehenden älteren Frauen wünscht sich einen männlichen Partner. Die Beziehungsideale der Frauen sind unterschiedlich; gleich ist ihr Wunsch nach Eigenständigkeit - keine Ehe, keine gemeinsame Wohnung, kein Sexzwang.

Trotz ihrer Partnerschaftswünsche verzichteten die Frauen häufig auf aktive Partnersuche wg. Männermangels und ihrem Wunsch, autonom zu bleiben.

4. Einflussfaktor (chronische) Krankheiten

Männer nennen eher gesundheitliche Gründe für die Einstellung ihrer sexuellen Aktivität als Frauen. Auswirkungen auf Alterssexualität können Operationswirkungen - bei Nerven und Gefäßverletzungen - haben, sowie Krebsoperationen (verändertes Körpergefühl, am heftigsten nach Brustkrebsoperationen durch Beeinträchtigung des körperlichen Selbstbildes).

Eierstock- oder Gebärmutteroperationen führen bei prämenopausalen Frauen zur künstlich herbeigeführten Menopause. Ansonsten tritt oft das psychische Problem auf, sich nicht mehr als „richtige Frau" zu fühlen. Medizinisch gibt es keinen Grund für eine Änderung im sexuellen Interesse oder Verhalten. Jedoch sind immer die Art und Schwere der Krankheit bedeutsam und der Umgang damit. Sie können auch als Vorwand zum Abbruch von als lästig oder als unschicklich empfundener sexueller Aktivitäten dienen.

Patient*innen sind oft nicht ausreichend informiert, gerade über die Auswirkungen von sexueller Aktivität auf ihr Leben. Wenn sie von einer Verschlimmerung der Krankheit durch sexuelle Aktivität ausgehen und ohnehin Ängste vor Sterben und Tod deutlicher werden, vermeiden sie häufig sexuelle Aktivitäten. In der Regel ist sexuelle Abstinenz aus Sorge um die Gesundheit jedoch nicht notwendig.

Sex nach Herzinfarkt: Viele Betroffene haben - weitgehend unbegründet - Angst, Sex könnte ihr Leben gefährden. Regelmäßige Bewegung jedoch beugt Herzinfarkt vor, Enthaltsamkeit ist nicht nötig. Gegenüber der körperlichen Beeinträchtigung bedeutet die Angst dabei den größeren Stressfaktor.

Sex und Bluthochdruck (Hypertonie): 15% aller Männer, deren Bluthochdruck nicht behandelt wird, bekommen erektile Dysfunktionen. Allerdings können auch blutdrucksenkende Medikamente die Erektionsfähigkeit beeinträchtigen. Grundsätzlich brauchen Bluthochdruck-Patienten sich sexuell nicht einzuschränken. Bei sehr starker Hypertonie sollte ein Arzt zum Thema sexuelle Aktivitäten und Anstrengung befragt werden.

Sex und Schlaganfall (Apoplex): „Bei einem Hirninfarkt im Stirnbereich ist sexuelle Enthemmung möglich, sonst hängt das sexuelle Verhalten der Patienten mehr von der Beziehungsbiografie als vom Ausmaß der Schädigung ab. Schlaganfallpatienten wollen Akzeptanz trotz Halbseitenlähmung und Sprachstörung erleben, d.h. die Beziehungsdimension der Sexualität wird wichtiger als der Orgasmus." (Grond (2) S.70)

Diabetes: „Jede vierte ältere Frau, die an Diabetes leidet, berichtet über Polyneuropathie und Störungen der Appetenz, der Lubrikation und des Orgasmus. Häufig treten bei diesen Patienten auch vaginale Pilzinfektionen auf, die zu Dyspareunie führen. (...) Eine Erektionsstörung kann bei Männern ein Frühsymptom des Diabetes sein, die sich bei guter Einstellung wieder bessert, aber bei langer Diabetes-Dauer und Spätkomplikationen häufig auftritt. Wenn Depressionen oder Ängste hinzukommen, werden die organischen Faktoren durch psychische verschlimmert und sollten psychotherapeutisch mitbehandelt werden." Grond (2) S. 65)

Arthritis: Rheumatoide Arthritis und Arthrose können zu Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen. Ein Trainingsprogramm mit Bewegung, Ruhe und warmen Bädern wirkt sich meist positiv auf das Befinden und also auch auf das Sexualleben aus. Wenn möglich, sollten Stellungen ausprobiert werden, die wenig schmerzhaft sind.

Inkontinenz: 27 % der über 60-jährigen Frauen (18% der Männer) leiden an Inkontinenz. Aus Scham sprechen 80% der Betroffenen nicht über das Thema. „Jede zweite inkontinente Frau ist sexuell nicht mehr aktiv bzw. leidet während des Koitus an unwillkürlichem Harnabgang. Bei Belastungsinkontinenz wird dies durch das Einführen des Penis hervorgerufen, bei Dranginkontinenz steigert sich der Harndrang in der Erregungsphase. Pflegekräfte sollten darüber informieren, dass sich der Sphinkter während des Orgasmus schließt." (Grond, S. 65)

Prostatitis (Entzündung der Vorsteherdrüse): Warme Sitzbäder, Prostatamassage, Schmerzmittel eine Stunde vor sexueller Aktivität helfen. Die Operation einer gutartigen Veränderung der Prostata hat i.d.R. keine Sexualitätsbeeinträchtigung zur Folge, radikale Prostataektomie bei Krebs führt jedoch zur Impotenz.

Die Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Gegenüber (Partner*in, medizinisches Fachpersonal, Betreuende, Familie) ist wichtig für den Umgang mit sexuellen Beeinträchtigungen, die mit Krankheiten in Verbindung gebracht werden. Ein Problem ist, dass Ärzt*innen das Thema „Sexualität" oft gar nicht auf dem Schirm haben und die sexualitätsbezogenen Wirkungen von Krankheiten und Medikamenten entweder nicht kennen oder für zu vernachlässigen halten, da Alte ja das Thema „Sexualität" eh nicht mehr hätten.

Deshalb werden auch Medikamentenalternativen nicht erwogen, die womöglich weniger Einfluss auf sexuelle Funktionen hätten. Und: Es wird den Patient*innen auch nicht dargelegt, wenn keine Beeinträchtigungen ihrer Sexualität zu erwarten sind, diese aber womöglich befürchtet werden könnten.

5. Blickpunkte Sexualität und Demenz

Auch die fachliche Haltung zu Sexualität ist durch persönliche Werte und Erfahrungen beeinflusst; Die Haltung zu Sexualität und Demenz berührt noch mehr Facetten und

bedarf gründlicher Selbstreflexion, bevor Beurteilungen getroffen oder Richtlinien für Handlungsanweisungen gegeben werden.

- Prinzipiell ist die sexuelle Genussfähigkeit unabhängig von kognitiven Fähigkeiten.

- In Einrichtungen herrscht der Blickwinkel auf störendes sexuelles Verhalten dementiell Erkrankter vor. Beklagt werden u.a. exhibitionistische Aktivitäten, exzessive (öffentliche) Masturbation und verbale („Vokalisationen mit sexuellem Charakter") und tätliche Angriffe auf andere Menschen. Untersuchungen geben eine Prävalenz von 2 –18 % „sexuell unangemessenes" Verhalten an.

- „Wenn Publikationen bislang vor allem „schwierige" Aspekte der Sexualität Demenzkranker thematisieren, heißt dies nicht, dass die Sexualität von und mit Demenzkranken immer problematisch sein muss. Da angesichts des Tabus und der damit verbundenen Scham kaum positive Erfahrungen berichtet werden, entsteht insgesamt eine vermutlich verzerrte Sicht auf das Thema (sog. Publikationsbias).

- Sexualität trägt zum Identitätsgefühl eines Menschen bei, was für Demenzkranke besonders wichtig ist. (...) Sexualität kann also eine wichtige erhalten gebliebene Insel von Gesundheit sein in einem Meer zunehmender kranker Anteile" (Mück, 2009)

- Partner*innen von Demenzkranken beklagen vielfach vor allem das Nachlassen sexuellen Interesses.

- Vorsicht bei sexuellen Deutungen: Sexuell störendes Verhalten von Demenzkranken ist nicht unbedingt sexuell motiviert (offene Hose kann auf Harndrang, nachlassende Pflege hinweisen).

- Einige typische Verhaltensänderungen sind möglicherweise nicht auf die Grunderkrankung Demenz, sondern auf Begleiterkrankungen (Parkinson, Depression) oder Medikamente (besonders Neuroleptika) zurückzuführen.

- Die Fähigkeit zur sinnlichen Kommunikation bleibt sehr viel länger erhalten als die zu sprachlicher. Menschen mit Demenz brauchen Zuneigung, verlässlich bleibende Beziehungen und Berührung. Der Demenzgrad hat Auswirkungen auf die Artikulationsfähigkeit bezüglich dieses Bedürfnisses.

- Zudem ist zu beobachten ein oft nachlassendes Interesse an der sexuellen Befriedigung anderer oder eine „unkritische" Suche nach sexueller Aktivität außerhalb der Paarbeziehung.

- Sexualitätsstörend ist auch die Veränderung der Partner*innenrolle vom gleichberechtigten Sexualpartner hin zum Betreuenden und elterlich Pflegenden inkl. der Verdrängung der als unangemessen empfundenen eigenen sexuellen Bedürfnisse (Missbrauchsangst, nicht selbstsüchtig sein wollen). Zudem kann sich Distanz im Paar durch die Attraktivitätsminderung des kranken, fremder werdenden Partners/Partnerin vergrößern.

Berberich, H. / Brähler, E. (Hg.): Sexualität und Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte. Gießen 2001

Braun, Moritz / Klotz, Theodor / Engelmann, Udo (Hg.): Männliche Sexualität und Alter. Stuttgart 2004

BZgA: Alter und Sexualität. Themenheft 1/2 2003 der Reihe „Forum Sexualaufklärung und Familienplanung". Köln

Daimler, R.: Verschwiegene Lust. Frauen über 60 erzählen…, Köln 1991

Elisle, B. u.a.: Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München/Basel 2003

Fürll-Riede, Ch. U.a.: Sexualität trotz(t) Handicap. Stuttgart/New York 2001

Gatterer, G.: Sexualität im Alter: biologische, psychologische, soziale und kontextuelle Aspekte. Hamburg 2017

Grond, E.: Sexualität im Alter (K)ein Tabu in der Pflege. Hagen 2011

Meudt, Dorothea: Sexualität in der Pflege alter Menschen.
Ein Ausbildungsmodul für die Altenpflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2006

Kallmeyer-Verlag: Sexualität und Demenz. Themenheft 8-2008 der Reihe „Zeitschrift für die professionelle Pflege von Personen mit Demenz"

Kleinevers, Sonja: Sexualität und Pflege. Bremer Schriften. Hannover, 2004

Pro Familia Bundesverband: „Sexualität und Älterwerden. Wenn Probleme auftauchen…" Informationsbroschüre. Frankfurt 2004

Schultz-Zehden, Beate: Sexualität im Alter. Themenheft 4-5 2013, S.53-56 der Reihe „Aus Politik und Zeitgeschichte" Januar 2013

Stemmer, R.: Sexualität in der Pflege: Tabu? In „Heilberufe 1/2002

von Sydow, K.: Lebenslust. Weibliche Sexualität von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter. München 1993 und die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München 1994

Zettl, St.: Krankheit, Sexualität und Pflege. Stuttgart 2000

Internet:
www.isg-info.de, www.urologenportal.de, www.impotenz-selbsthilfe.de www.seniorweb.ch, www.alzheimerforum.de, www.virtuelle-apotheke.de
www.dak.de, www.medis-tv.de, www.unicom.unizh.ch, www.geroweb.de