

# **Sexual Health und Alter**

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang Geriatrie 2020/2021

Jana Schumacher

[schumacher.janakatharina@gmail.com](mailto:schumacher.janakatharina@gmail.com)

## Inhaltsverzeichnis

### 1. Einleitung

1.1 Bedeutung von Sexual Health für den allgemeinen Gesundheitszustand

1.2 Veränderung von Sexual Health mit zunehmendem Alter

1.2.1 Aktivität und Interesse

1.2.2 Veränderungen der Sexualfunktion durch Altern

1.2.3 Veränderungen der Sexualfunktion durch Krankheit

1.2.4 Äußere und innere Einflussfaktoren

1.2.5 Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

1.3 Diagnose und Bewertung Sexueller Funktionsstörungen im Alter

1.4 Behandlungsmöglichkeiten Sexueller Funktionsstörungen im Alter

### 2. Zielsetzung

### 3. Methode

### 4. Diskussion

4.1 Sexual Health und Alter

4.2 Sexual Health und Krankheit

### 5. Schlussfolgerung

### 6. Zusammenfassung

### 7. Literaturverzeichnis

## 1. Einleitung

„Alte Menschen haben kein sexuelles Interesse“- ein längst überholtes Vorurteil. Es gibt keine Altersgrenze für Sexuelle Gesundheit. Dennoch ist das Thema tabuisiert und die Ergebnisse der Forschung sind eher dünn gesät oder bleiben wenig diskutiert. Sexuelle Lust als Grundbedürfnis und das Recht auf eine Entfaltung körperlichen Lustempfindens zu mehr als Fortpflanzung sind lange anerkannt- nicht so beim alternden Menschen. Der Film „*Wolke 9*“ erregte bei Erscheinung im Jahr 2008 die Gemüter. Ihm gelang mit dem Thema und der bloßen Darstellung einer sexuellen Beziehung zweier über 70- Jähriger ein Tabubruch. Sexuelle Aktivität von geriatrischen Menschen wird kaum diskutiert und auch aus der Sicht Pflegender sowie vom betreuenden Mediziner thematisch nach Möglichkeit umschifft. Das offene Gespräch über diesen relevanten Aspekt von geriatrischer Gesundheit ist Ziel dieser Arbeit.

### 1.1 Bedeutung von Sexual Health für den allgemeinen Gesundheitszustand

Der Mensch ist ein vielfältiges, komplexes Wesen. Kein Mensch gleicht dem anderen. Über einen Menschen nachdenken muss immer dazu führen, ihn als selbstbestimmtes Subjekt zu verstehen, auch wenn seine körperlichen und geistigen Möglichkeiten begrenzt sind. Selbst wenn Willensäußerungen reduziert oder nicht mehr möglich sind, bleibt der Mensch eine Person, niemals nur Objekt.

Der Mensch ist ein soziales Wesen und auf Beziehungen, Nähe und Austausch angewiesen. Lieben und Geliebt werden sind Ziel oder Folge wertvoller Beziehungen und ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen. Dies steht im direkten Zusammenhang mit der Geschlechtlichkeit des Menschen- nicht ausschließlich zur biologischen Fortpflanzung.

Nach Definition der Deutschen STI- Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Sexuelle Gesundheit kann die Sexualität jedes Menschen als „Schlüsselement für die eigene Identität“ gesehen werden und wird als „zentrale Lebensäußerung,

Ausdruck erfüllten Lebens und Grundbestandteil der Gesundheit in einem umfassenden Sinn“ verstanden. Inhaltlich vergleichbare Begrifflichkeit ergeht auch aus Veröffentlichungen österreichischer Gesellschaften, einschließlich der österreichischen Akademie für Sexualmedizin.

Zum vollständigen Ausleben intensiver sexueller Erfahrungen ist Hingabe erforderlich. Der Mensch macht sich in dieser Offenheit verletzlich- braucht im Umkehrschluss einen geschützten Raum der Vertrautheit zur Entfaltung.

Ein zentrales Element menschlicher Sexualität ist der Wunsch nach Aufnahme einer intimen Beziehung mit der Zielsetzung einer Befriedigung des Bedürfnisses nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit. Dieses psychosoziale Grundbedürfnis bleibt lebenslang bestehen.

Die WHO definiert *Sexuelle Gesundheit* (sexual health) 2015: „*Sexuelle Gesundheit* ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“

Vor allem der zweite Satz richtet sich unmittelbar an körperlich versehrte geriatrische Personen: Im Umkehrschluss ist die Anwesenheit von Krankheit, Funktionsstörung oder Gebrechen kein maßgebliches Ausschlusskriterium für die Möglichkeit einer erfüllenden sexuellen Gesundheit.

Aus der neurobiologischen Forschung ergehen Hinweise, dass neben dem anterioren Hypothalamus, der Area praeoptica, vor allem jene Teile des menschlichen Gehirns eine wichtige Rolle bei der sexuellen Interaktion spielen, die unter dem Begriff „social brain“ zusammengefasst werden (Amygdala, Spiegelneurone, orbitaler frontaler Kortex, temporaler Kortex). Dieses System ist

eines der stabilsten Hirnsysteme und dem Alterungsprozess weniger ausgesetzt- ein Hinweis auf seine Bedeutung für das menschliche Leben und Überleben auch mit zunehmendem Alter.

Wissenschaftler um Joel Salinas zeigten nachlassende geistige Fähigkeiten von Menschen im Alter von durchschnittlich 63 Jahren im Sinne eines kognitiven Abbaus und Reduktion des Hirnvolumens als direkte Folge reduzierter sozialer Kontakte: Studienteilnehmer in funktionierendem sozialen Umfeld mit vertrauten Zuhörern und Vorhandensein emotionaler Nähe, schnitten kognitiv deutlich besser ab. In Summe konnte berechnet werden, dass ein Mangel an Kontakten und Austausch das Gehirn um bis zu 4,25 Jahre schneller altern liess als bei Gleichaltrigen ohne Mangel. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass ausgesprochen reger Kontakt und Austausch eine „Verjüngung“ des Gehirns bewirken konnte.

Als Gesundheitspersonal das Augenmerk auch auf diesen Teil menschlicher Gesundheit zu legen, bietet die Möglichkeit nicht nur wertvoller Aufschlüsse auf das gegenwärtige und zukünftige Wohlbefinden eines Patienten, sondern vervollständigt notwendigerweise eine umfassende medizinische Betreuung.

## 1.2 Veränderung von Sexual Health mit zunehmendem Alter

Über Sexualität im Alter ist wenig bekannt. In der Sexualwissenschaft ist das sexuelle Verhalten älterer Menschen erst seit wenigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung (Berberich 2015). Inzwischen weisen Studien daraufhin, dass Sexualität bis ins hohe Alter einen hohen Stellenwert besitzt. Am besten erforscht ist die heterosexuelle, partnerschaftliche Sexualität im Alter im binären Geschlechtermodell (Sydow 2008). Es bestehen Differenzen zwischen den Geschlechtern. Am wenigsten Wissen besteht über die Sexuelle Gesundheit der zur heutigen Gemeinschaft von LSBTIQ (lesbische, schwule, bisexuelle, transgeschlechtliche und intergeschlechtliche Menschen) zählenden Personen im Alter.

### 1.2.1 Aktivität und Interesse

Gemäß Studienergebnissen wird das Interesse an Zärtlichkeit altersunabhängig als bestehend angegeben. 8- 40% der über 80jährigen Frauen und noch mehr Männer praktizieren Selbstbefriedigung. Die Mehrheit an Frauen und Männer bis Ende 70 gibt sexuelles Interesse, u.a. in Form erotischer Träume oder Bestehen von erotischen Fantasien, an. Heterosexueller Geschlechtsverkehr wird mehrheitlich bis zu einem Alter von 60 Jahren, von einem Drittel bis zu einem Alter von 70 Jahren berichtet (Bucher et al, 2001, Sydow, im Druck).

Bei der im Auftrag der Firma Pfizer durchgeführten „Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors“ wurden weltweit 26.000 Männer und Frauen im Alter zwischen 40 und 80 Jahren nach ihrer Sexualität befragt. Über 80% der Männer und über 60% der Frauen bezeichneten Sex als einen wichtigen Lebensbestandteil (Nicolosi et al., 2004).

Gut erforscht ist die vermehrte sexuelle Aktivität von älteren Menschen in Partnerschaft lebend. Dies zeigte eine repräsentative Befragung aus dem Jahr 1994 der Universität Leipzig von 2948 Teilnehmern zwischen 18 und 92 Jahren: War ein Partner vorhanden, waren in der Altersgruppe 61 bis 70 Jahre 67% der Männer und 58,8% der Frauen sexuell aktiv. Wurde kein Partner angegeben, waren bei den Männern im Vergleich nur 21,7% und bei den Frauen 8,1% sexuell aktiv (Unger & Brähler, 1995). Die gleiche Studie wurde 11 Jahre später wiederholt und es zeigte sich nun eine Zunahme der sexuell aktiven in Partnerschaft lebenden Teilnehmern von zuvor 67 auf 79% (plus 12%) der Männer sowie von 58,8 auf nun 62,6% (plus 4,3%) der Frauen. In der gleichen Altersgruppe waren Männer ohne Partner lediglich zu 16,9% und Frauen zu 4,2% sexuell aktiv (Beutel et al. 2008). Man erklärte sich diese Zunahme der sexuellen Aktivität in Partnerschaften anhand soziokultureller und psychosozialer Veränderungen im Sinne gesellschaftlichen Wandels, auf die im Abschnitt „1.2.4 Äußere und innere Einflussfaktoren“ noch näher eingegangen wird.

Unabhängig des Geschlechts besteht mit zunehmendem Alter in der Mehrheit ein sogenanntes „interest- activity- gap“: Das sexuelle Interesse übersteigt die sexuelle Aktivität (Sydow 2008).

Bucher et al. untersuchten im Jahr 2001 in ihrer Studie „Sexualität in der zweiten Lebenshälfte“ nicht nur die Sexualpraktiken sondern auch das sexuelle Interesse und die Zufriedenheit der Befragten. Teilnehmer waren 641 Männer und 857 Frauen zwischen einem Alter von 45 und 91 Jahren. 86% der Männer und 70,5% der Frauen lebten in Partnerschaft. Bis zu einem Alter von 69 Jahren gaben 100% der Männer und 87,3% der Frauen sexuelles Verlagen an. In der Altersgruppe von über 75jährigen wurde dies von 79,2% der Männer und 51,5% der Frauen angegeben.

53,5% der Männer und 58,9% der Frauen wünschten sich mehr Zärtlichkeit im Alltagsleben, 56,2% der Männer und 65,1% der Frauen mehr Petting, 54% der Männer und 48,5% der Frauen mehr Geschlechtsverkehr. Als sexuell uninteressiert bezeichneten sich lediglich 0,8% der Männer und 2,9% der Frauen (Bucher et al., 2001).

Wie auch von jüngeren Menschen bekannt bedienen sich manche ältere Menschen der sogenannten „selbstbestimmten sexuellen Abstinenz“ im Sinne von Selbstablenkung, Selbstbeherrschung und Verdrängung erotischer Impulse. Andere leben ihre sexuellen Bedürfnisse in Träumen, Erinnerungen, Fantasien, Selbstbefriedigung, körperlichem Austausch mit anderen, oder mittels Sublimation, d.h. Beschäftigung mit Musik, Literatur oder bildender Kunst.

Im Auftrag des Kinsey Instituts wurden über die Indiana Universität Bloomington im Jahr 2011 1009 Paare in 5 Ländern (USA, Brasilien, Deutschland, Japan und Spanien) zu ihrer partnerschaftlichen und sexuellen Zufriedenheit befragt. 200 der befragten Paare lebten in langjährigen, durchschnittlich mehr als 25 Jahre (1-51 Jahre) dauernden Partnerschaften. 50% der Ehen in den USA und über 90% der Ehen in Spanien verblieben in erster Bindung. Bei den männlichen Partnern korrelierte die partnerschaftliche Zufriedenheit mit der eigenen gesundheitlichen Verfassung und dem Orgasmuserleben der Partnerin. In dieser Untersuchung massen Männer dem Austausch von Zärtlichkeiten mehr Bedeutung zu als ihre Partnerinnen. Bei beiden Geschlechtern korrelierte die sexuelle Zufriedenheit mit dem Vorhandensein eines Austausch von Zärtlichkeiten, Streicheln der Intimregion, der sexuellen Gesundheit und der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs in der Partnerschaft. Je länger eine Beziehung bestand und je besser die Probanden ihre sexuelle Gesundheit einschätzten, desto glücklicher fühlten sich beide Geschlechter.

Während bei Männern die partnerschaftliche Zufriedenheit mit der Dauer der Beziehung stetig zunahm, stieg sie bei den Frauen erst nach 15 Jahren Partnerschaft merklich an. Dieser Effekt wurde in der Diskussion der Veränderung von Lebensumständen der Frauen aus den befragten Kulturen geschuldet, wenn z.B. die Kinder größer wurden und das Haus verließen. Je höher die Anzahl der angegebenen Sexualpartner im Lauf eines Lebens des Mannes, desto geringer wurde die sexuelle Zufriedenheit angegeben (Heimann et al., 2011).

### 1.2.2 Körperliche Veränderungen der Sexualfunktion durch Altern

Körperliche Alterung hat Auswirkungen auf die menschliche Sexualfunktion. Bei Frauen kommt es in Folge der Menopause zur Einstellung der Eierstockfunktion und damit zu einer Hormonumstellung und -deprivation. Trotz vollständiger Erhaltung der sexuellen Stimulationsfähigkeit und uneingeschränkter Orgasmusfähigkeit nimmt die Fähigkeit einer Scheidenlubrikation ab, ebenso führt die Atrophie der vaginalen Schleimhaut zu einer Abnahme der Elastizität und kann Schmerzen beim Sexualverkehr verursachen (*Dyspareunie*).

Bei alternden Männern kommt es in Folge einer Abnahme des freien Testosterons einerseits durch einer Abnahme der produzierenden Leydigzellen sowie einem Rückgang der vor allem morgendlichen Synthesespitzen, allmählich zu Funktionsveränderungen: Die Abnahme der Erektionsfähigkeit korreliert nachweislich mit dem Alter (Feldmann et al., 1994; Braun, 2000). Es dauert länger, bis sich eine Erektion einstellt, es bedarf einer stärkeren Stimulation, der Orgasmus verläuft flacher und die Refraktärzeit wird länger (Kockott, 1985; Masumori et al. 1999). Zeitgleich treten bei einem verminderten Testosteronspiegel signifikant gehäuft Libidostörungen auf, sowie Depressionen und Diabetes Mellitus Typ 2 (Zitzmann et al., 2006). Die Abnahme der Testosteronsynthese fällt unter den Begriff des *Altershypogonadismus*, welchem eine Reihe organischer Veränderungen zugeschrieben werden. Es gibt keinen breiten Konsens, ab welchem Testosteronspiegel eine Substitution empfohlen wird. Bei einer großen Anzahl von Männern bleibt der Testosteronspiegel bis ins hohe Alter im Normbereich.



### 1.2.3 Veränderungen der Sexualfunktion durch Krankheit

Die Prävalenz zum Bestehen chronischer Erkrankungen bei älteren Patienten ist höher als bei jüngeren. Kardiovaskuläre Erkrankungen betreffen einen Großteil der alternden Generation (Robert Koch-Institut 2013). Mit einem Anteil von 33% sind Gefäßerkrankungen die häufigste organische Ursache für Erektionsstörungen bei älteren Männern. Bei einem Viertel der Männer mit vaskulär bedingter erektiler Dysfunktion konnte eine koronare Herzerkrankung nachgewiesen werden (Kawanashi et al., 2011). Auch die arterielle Hypertonie hat durch die mit ihr einhergehende Schädigung des Endothels und damit Erhöhung des muskulären Schwellkörpertonus eine Erschwerung der Erektion zur Folge (Ferro&Webb, 1997). Schwellkörperarterien haben Betarezeptoren, deren Stimulation notwendig ist für die funktionierende Erektion durch Durchblutungssteigerung. Eine Blockade der Betarezeptoren mittels Antihypertensiva hat den entsprechend gegenteiligen Effekt.

Zwischen 35 und 60% männlicher Diabetiker beklagen eine Erektionsstörung (Guirgius, 1992). Als verantwortlich erachtet man den diabetogenen Gefäß- und Nervenschaden. Diabetikerinnen leiden häufiger an Entzündungen der Genitalschleimhäute und an Blasenentzündungen durch die veränderte Vaginalflora bei vermehrter Glucosurie. Dies kann zu Dyspareunie führen.

15% der Frauen leiden mit zunehmendem Alter an Harninkontinenz. Bei der überwiegenden Mehrheit ist diese Funktionsstörung mit Scham besetzt und hat häufig die völlige Sexualabstinenz zur Folge (Bodden- Heinrich, 1999; Solonia et al. 2004; Pauls 2006).

34% der über 60- jährigen Männer weisen ein Benignes Prostatasyndrom (*BPS*) auf. Es liegen keinen Daten über einen direkten Zusammenhang zwischen dem Beschwerdebild eines BPS und erektiler Dysfunktion vor. Die therapeutische Gabe von selektiven Alphablockern wird jedoch sowohl zur Linderung des BPS-spezifischen Beschwerdebildes als auch zur Besserung der Erektionsfähigkeit eingesetzt (Hatzimouratidis et al., 2014)

Das Risiko an Morbus Parkinson zu erkranken nimmt mit dem Alter deutlich zu. Die

bei den Erkrankungen beobachteten degenerativen Veränderungen in Hypothalamus, den parasympathischen Ganglien sowie den sympathischen Ganglien können urogenitale Störungen, Erektionsstörungen bei Mann und Frau eingenommen, zur Folge haben (Jost et al. 1997). Auch die spezifische Therapie hatte in Untersuchungen eine Entwicklung sexueller Funktionsstörungen für beide Geschlechter zur Folge (Beier et al., 2000). Ähnliches wird für Patienten mit Multipler Sklerose beschrieben.

Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom, Fibromyalgie oder Rheumatischen Erkrankungsbildern weisen Sexualstörungen auf. Die Schmerzen sowie krankheitsbedingte Müdigkeit oder medikamentöse Nebenwirkungen mit Auswirkungen auf die eigene Körperwahrnehmung können die Sexualempfindung stören (Ryan, 2008; Rosenbaum, 2010).

Karzinomerkrankungen kommen gehäuft bei älteren Patienten vor. Der Vorgang der Erkrankung ist mit einem hohen Maß an körperlicher wie seelischer Belastung sowohl für den Erkrankten selbst, als auch für seinen Partner verbunden (Kiss et al., 2001). Bei Veränderungen im Partnergefüge und der Rollenverteilung sind Veränderungen der Sexualfunktion zu erwarten (Ganz et al., 2004).

Vergleichbar mit der Prävalenz bei Jüngeren sind Depressionen mit 15% gleich häufig (Klermann&Weissman, 1989). Der Libidoverlust ist wie die Anhedonie Leitsymptom einer depressiven Störung. Zudem weisen die bei der Behandlung eingesetzten Antidepressiva häufig sexuelle Funktionsstörungen als mögliche Nebenwirkung auf.

#### 1.2.4 Äußere und innere Einflussfaktoren

Sexualstörungen im Alter werden beeinflusst durch verschiedene Einzelfaktoren, die sich mischen. Eine ältere Frau von 70 Jahren beispielsweise, ist sowohl postmenopausal, als auch erkrankt an chronischen Erkrankungen als auch verwitwet. Die Genese der Sexualstörung ist multifaktoriell.

Neben körperlichen Beschwerden können gesellschaftliche Faktoren einen

hinderlichen Einfluss auf eine gesunde Sexualität im Alter haben.

Die aktuell bestehende Generation älterer Menschen ist geprägt von einer Mehrzahl partnerloser Frauen- dies aufgrund einer etwa 7 Jahre gesteigerten Lebenserwartung gegenüber ihren männlichen Partnern, als auch aufgrund der Beziehung mit häufig älteren Männern, die ebenso früher versterben und eine partnerlose Frau zurücklassen (Lindau&Gavrilova, 2010). Gleichzeitig besteht in dieser Generation ein sogenannter „Doppelstandard des Alterns“ (Sonntag, 1977). Für Männer existieren zwei akzeptierte Schönheits- und Attraktivitätsideale: Der „junge Mann“ und der „alternde Mann mit grauen Schläfen“, während für Frauen dieser Generation lediglich das Ideal der jungen Frau erstrebenswert ist. Für diese Altersgruppe gilt auch, dass bei der Partnersuche die Attraktivität der Frau erheblich bedeutsamer ist als die Attraktivität des Mannes (Sonntag, 1977). Entgegenwirkend hilfreich für Frauen dieser Generation ist es, ein gesundes Selbstbewusstsein unabhängig der körperlichen Attraktivität zu pflegen. Für beide Geschlechter gleichermaßen wichtig für ein anhaltend gesundes Körperempfinden erscheinen Ernährung, Körperpflege und körperliche sowie geistige Aktivität.

Die sexuelle Gesundheit älterer Menschen heutzutage ist geprägt von deren psychosozialer Prägung in jüngeren Jahren, in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Diese Zeit war charakterisiert durch unzureichende Sexualaufklärung, strenge Sexualmoral, Doppelmoral, unzureichende Verhütungsmethoden sowie nicht selten sexuelle Gewalterfahrungen vor allem in der Ehe. Während die eine Gruppe eine Befreiung in ihrer Sexualgesundheit durch die spätere Frauenbewegung und die „sexuelle Revolution“ erfuhr, weist die andere Gruppe auch im hohen Alter eine mit sich und anderen strenge Sexualmoral auf. Diese mag hinderlich für die Bewältigung sexueller Grundbedürfnisse, bspw. Selbstbefriedigung, ein „Ertragen von homosexuellem Gedankengut“ usw. sein. Hohe Chancen auf eine sexuell gesunde Alterung haben Personen, die auch in jungen Jahren Freude an ihrer eigenen Sexualität hatten und keine Traumatisierungen erleiden mussten (Sydow, 2008; Beutel, Ströbel- Richter, Brähler, 2007) sowie ihre sexuelle Identität frei entfalten lernten.

Weiters Auswirkungen auf die spätere Sexualgesundheit hat die bestehende

Partnerschaft und die darin gelebte emotionale Beziehung. Diese wird beeinflusst durch die gemeinsame Bewältigung von Lebensumständen aber auch durch die Gewohnheit zur offenen Kommunikation sexueller Vorstellungen. Ein Viertel aller älteren Ehefrauen beschreibt den ehelichen Geschlechtsverkehr als unerfreulich, bei Dreiviertel aller älteren Paare liegt die Sexualinitiative beim Mann (Sydow, 1994). In wie weit diese Daten mit der Rolle der Frau in der Ehe zusammenhängt, zeigen Studien: sexuelle Traumatisierungen wie Missbrauch, Vergewaltigung, Kontrolle haben oft einen langfristig negativen Einfluss auf Psyche und Sexualität der weiblichen Opfer (Beutel, Ströbel- Richter, Brähler 2007). Ein Wandel durch gesellschaftliche Veränderungen ist denkbar und macht diese Beobachtung generationsbeschreibend.

So gibt es bereits beschriebene Kohorteneffekte in der Sexualität älterer Frauen: Eine schwedische Studie und eine deutsche Studie weisen dasselbe Ergebnis auf. Frauen um 1900 und Frauen 30 Jahre später um 1930 geboren unterschieden sich in ihrer Sexualaktivität: Später Geborene waren im Alter zwischen 50 und 70 Jahren noch häufiger sexuell aktiv als früher geborene (38% gegenüber 56% der verheirateten und 0,8% gegenüber 12% der unverheirateten Frauen), auch berichteten diese über eine höhere sexuelle Zufriedenheit und beschrieben ihre Ehen häufiger als „sehr glücklich“ (35% gegenüber 52%). Auch wurden in den jüngeren Kohorten sexuelle Kontakte früher aufgenommen und vielfältiger praktiziert (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog, 2008; Sydow 1996).

#### 1.2.5 Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt

7,4% der Deutschen zählen sich zur LSBTIQ Gemeinschaft, 6,2% der Österreicher. In der repräsentativen, europaweit durchgeführten Umfrage von 11.754 Teilnehmern konnten Altersvergleiche und Ländervergleiche gemacht werden (Deveaux 2016). Ein bestehendes gesellschaftliches Tabu von Themen wie Stigmatisierung von LSBTQI und ihren Lebensformen findet seine Fortsetzung in der Altenpflege als Teil der Gesellschaft.

In der Geriatriischen Versorgung haben wir mehr als in anderen medizinischen Bereichen mit Menschen zu tun, die aufgrund ihrer bedürftigen Lebenssituation auf unsere besondere Fürsorge angewiesen sind. Selbst eine Haltung zur Vielfalt der Menschen einzunehmen bedeutet, besser für diese Menschen sorgen zu können. Dabei geht es nicht um spezielle Umgangsformen sondern vielmehr um eine offene, zugewandte und verständnisvolle Haltung.

Aktuelle Studienergebnisse legen nahe, dass Menschen der LSBTIQ Gemeinschaft in Altenhilfeeinrichtungen nicht empfinden, diskriminierungsfrei gepflegt zu werden oder einen kompetenten Umgang mit ihren Bedürfnissen vorzufinden (Rat&Tat e.V., 2009). Befragungen zeigen, dass Pflegesettings die von emotionaler Fürsorge, rechtlicher Gleichstellung, sozialer Wertschätzung gekennzeichnet sind zum Identitätserhalt, zum Wohlbefinden und zur sozialen Integration der zu Pflegenden beitragen (Gerlach&Schupp, 2018).

In der Vergangenheit anders als die vermeintliche Norm zu sein, bedeutete für viele Menschen die Aussetzung durch gesellschaftliche Repressalien und Ächtungen. Erst die Generation der sozialen Bewegungen der 1970er Jahre und nachfolgend konnten sich Freiheiten erkämpfen, die gesellschaftliche Offenheit und Akzeptanz bewirken konnte. Diese Menschen möchten auch in ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit unbeschwert und wie gewohnt weiterleben. Nicht selten laufen sie jedoch Gefahr als solche nicht anerkannt zu werden und dann gemäß dem mehrheitlichen Gesellschaftsmodell als heterosexuell zu gelten oder der binären Geschlechtlichkeit zugeordnet zu werden. Somit bliebe ihre jeweilige Biografie unberücksichtigt.

Aus dem Bereich der Gleichstellungs- und Integrationspolitik stammt der konzeptionelle Ansatz von *Diversity* (Diversität). Dieser steht für Vielfalt von Merkmalen der Menschen in der Gesellschaft und ihrer Persönlichkeit, hierzu zählend Alter, geschlechtliche Identität, sexuelle Identität, Behinderung, Fähigkeiten, Religion und Weltanschauung, soziokultureller Hintergrund und Hautfarbe. Die Merkmale in Wechselbeziehung prägen die Persönlichkeitsentwicklung als Individuum. Für Behandler und Pflegenden ermöglicht dieser Ansatz sich die unterschiedlichen Merkmale des Menschen bewusst werden zu lassen und zu überlegen, was dies individuell für das pflegerische Handeln bedeutet.

Die Fähigkeit, einer interessierten, aufgeschlossenen Haltung durch Wissen und Bewusstsein um kulturelle Eingebundenheiten und Machtstrukturen, wird in diesem Ansatz als inter- oder transkulturelle Kompetenz bezeichnet. Diese Fähigkeit ist wichtig, sich selbst und eigene Vorurteile reflektieren zu können. Sie führt dazu dem Gegenüber Empathie zu zeigen, dabei mögliche eigene Irritationen und Unsicherheiten aushalten zu können. Eine sensible und offene Umgangsweise mit den wahrgenommenen Unterschieden ermöglicht den Behandlern und Pflegenden mit Fremdheitsgefühlen umzugehen.

Dieser Ansatz hilft nicht nur im Umgang mit geriatrischen Personen der LSBTIQ Gemeinschaft, sondern kann allgemein in der Geriatrischen Versorgung Anwendung finden (Charta der Vielfalt e.V. 2021).

### 1.3 Diagnose und Bewertung Sexueller Funktionsstörungen im Alter

Die männliche erektile Dysfunktion ist die häufigste aller sexueller Funktionsstörungen im Alter mit der sich Patienten an den Arzt wenden. In den überwiegenden Fällen können manifeste organische Befunde erkannt werden, sodass eine rasche, effiziente Behebung oft möglich ist. Die Tatsache, dass sowohl Patient als auch Arzt an dieser raschen Lösung des augenscheinlich rein körperlichen Problems gleichermaßen interessiert sind, hat Claude Buddeberg (2007) treffenderweise als „Management eines Tabus“ umschrieben.

Sexualstörungen aller Art haben überwiegend keine monokausale Ursache, sondern sind beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, partnerschaftlicher und soziokultureller Faktoren. Eine medikamentöse Behandlung jedweder Art einer sexuellen Funktionsstörung sollte nicht ohne eine Sexualberatung beider Partner erfolgen.

Die dem Klassifikationsmodell ICD zugrunde liegende Einteilung von Sexualstörungen in Störung des sexuellen Verlangens, Störung der sexuellen Erregung und Störung des Orgasmus folgt der Vorstellung, der sexuelle Reaktionszyklus habe einen planbaren, organischen Ablauf.

Gerade in der Sexualität ist jedoch spürbar, dass der Mensch nicht wie eine Maschine funktioniert. Die drei Grunddimensionen der Sexualität, welche in enger Wechselwirkung zueinander funktionieren, sind: Beziehungsdimension, Lustdimension, Fortpflanzungsdimension. Denkbar ist eine Zunahme der Bedeutung der Beziehungsdimension bei alternden Patienten. Entsprechend sollte die Behandlungsstrategie adaptiert werden.

Eine Möglichkeit der adaptierten Behandlungsstrategie wären paarorientierte Behandlungsansätze. Hierbei wird nicht das Individuum mit einer sexuellen Funktionsstörung allein behandelt, sondern im Paargefüge lösungsorientiert überlegt, welche Ressourcen zur Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse nach Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit vorhanden sind. Der Fokus liegt auf dem „Können“ und „Wollen“ beider Partner. Der therapeutische Ansatz vermeidet bewusst die Benennung von Funktionsverlust und überwindet damit Hilflosigkeitserleben und frustrierende Erlebnisse. Beide Partner erleben sich zusehends als Experten ihrer eigenen Partnerschaft und Sexualität. Dies gilt vor allem auch für Situationen, in denen ein Partner alters- oder krankheitsbedingt einen organisch unwiederbringlichen Funktionsverlust erleidet.

#### 1.4 Behandlungsmöglichkeiten Sexueller Störungen im Alter

Sexualstörungen lassen sich sowohl pharmakologisch (medikamentös), physikalisch als auch unter psychosozialen Gesichtspunkten behandeln.

Männliche Erektionsstörungen lassen sich medikamentös durch Nahrungsergänzungsmittel (L- Arginin), PD-5 Hemmer, MUSE (*Aprostadil Harnröhrenzäpfchen*), SKAT (*Schwellkörper- Auto- Injektionstherapie*), medizinische Vakuumpumpen oder Penisimplantate/- prothesen wirkungsvoll behandeln.

Weibliche Erregungsstörungen lassen sich medikamentös durch lokale oder systemische Hormongabe (Östrogen, evtl. Testosteron) behandeln.

Bei Sexualstörungen verursacht durch gestörte Lubrikation ist die Anwendung von Gleitgelen oder wirkungsvolle sexuelle Stimulation (Anwendung von Vibratoren etc.) zu nennen.

Die psychosoziale Therapie von Sexualstörungen beinhaltet psychologische Körperarbeit, Sexualtherapie und vor allem Paartherapie.

Die physikalische Therapie von Sexualstörungen umfasst überwiegend Physiotherapie. Durch gezielten Muskelaufbau, Massage oder Elektrostimulation kann die Körperwahrnehmung gestärkt und der Beckenboden trainiert werden.

Präventive Maßnahmen zur Vermeidung Sexueller Dysfunktion im Alter beinhaltet maßgeblich einen gesunden Lebensstil. Dieser fördert Libido, Attraktivität, Beziehungsarbeit, körperliche und damit sexuelle Aktivität. Der viszerale Fettabbau beim Mann kann ausserdem die Steigerung des Testosteronspiegels im Körper bewirken, da in Bauchfettzellen Testosteron in Östrogene umgewandelt wird.

Die sich auf Sexualität auswirkenden chronischen Erkrankungen und sexuell relevanten Syndrome können auch in dieser Hinsicht bewusst rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Dies mag auch für manch einen Patienten ein klarer Motivationsfaktor zur effizienten Therapie sein: So zum Beispiel für eine gute Einstellung einer arteriellen Hypertonie, die Reaktion auf ein bestehendes Metabolisches Syndrom oder ein gut eingestellter Diabetes mellitus.

Sicherer als die frühzeitige Erkennung und Behandlung wären entsprechende Präventivmaßnahmen zur Meidung der Entstehung chronischer Erkrankungen. So zum Beispiel die Reduktion beeinflussbarer kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Nikotinkarenz oder Beckenbodengymnastik zur Vermeidung der Entstehung von Harninkontinenz.

Ärztlicherseits ist die sorgfältige Abwägung der Verwendung von Medikamenten, die nachweislich Sexualstörungen verursachen, maßgeblich. So sollte zum Beispiel auch unter diesem Gesichtspunkt bei einem älteren Mann anstelle eines Betablockers zur Therapie des arteriellen Hypertonie besser ein Calcium- oder Angiotensin II-Antagonist gewählt werden.



Bei der Verschreibung von Medikamenten mit dieser möglichen Nebenwirkung ist das Gespräch mit dem Patienten bewusst zu suchen und die Möglichkeit nach vertrauensvoller Aussprache zu geben.

Das Erkennen eines zugrundeliegenden Patienten- oder Paar- individuellen Problems und das Gespräch darüber ist wegweisend für den weiteren Therapieerfolg. Diese Aufgabe kann jedem ins Vertrauen gezogenen Behandler anheim fallen und sollte integraler Bestandteil jeder ärztlichen Behandlung sein.

## **2. Zielsetzung**

Mittels einer Übersicht über Ausschnitte aktueller Forschungsergebnisse zum Thema soll ein Einblick in die Bedeutung von Sexual Health im Alter und der damit verbundenen Relevanz für die ärztliche Tätigkeit im Feld der Geriatrie gewährt werden. Der Leser und Behandler soll auf die Notwendigkeit einer Achtsamkeit für dieses Gesundheitsproblem aufmerksam gemacht werden.

## **3. Methode**

Mittels systematischer Literatursuche in englischer und deutscher Sprache unter Begriffen wie zum Beispiel „sexual health and aging“, „sexuality and physical changes“, „attitudes about sexual health and aging“, „sexuelle Gesundheit im Alter“, „Sexualität und Alter“ sowohl mittels aktueller Studien über pubmed, über gebundene Fachliteratur unter dem Themenbereich „Sexual health- Geriatrie“ als auch über Veröffentlichung anderer Art, einschließlich Filmen („Die Zeit ist reif für eine selbstbestimmte Sexualität im Alter“ Kühnemann, Korpok&Perowanowitsch 2014, „Wolke 9“ Dresen 2008, Ratgeber „Amor altert nicht“- Vandenhoeck&Ruprecht 2015), oder der Radiobeitrag „Lust ohne Ende- Sexualität im Alter“- Billig&Geist 2020 im Deutschlandfunk Kultur, wurden Informationen gesammelt.

Aufgrund einer in der Summe beschränkten Studienzahl der letzten Jahre musste unter anderem auf Daten aus den letzten Jahrzehnten zurückgegriffen werden. Dies ist jedoch auch dem sexualwissenschaftlichen, Generationen- übergreifendem Ansatz geschuldet und stellt keinen eindeutigen Nachteil dar.

## **4. Diskussion**

### 4.1 Sexual Health und Alter

Die Bedeutung von Sexueller Gesundheit im Alter besteht uneingeschränkt. Es konnte anhand vorliegender Studiendaten gezeigt werden, dass die Bedeutung von Sexualität im Alter nicht abnimmt, sich lediglich die Gewichtung verschiedener Teilaspekte von Sexualität verändert. Unabhängig des Alters stellt das Vorliegen von Sexualstörungen die Notwendigkeit einer medizinischen Intervention dar. Eine Beachtung dessen obliegt dem Behandler. Dem Patienten soll die Möglichkeit zum offenen Gespräch die Sexualität inkludierend gegeben werden.

Mit dem demographischen Wandel hin zu einer Gesellschaft mit sich vergrößerndem Anteil an geriatrischer Bevölkerung wird das Thema der Sexuellen Gesundheit in der alternden Generation mehr und mehr an Bedeutung für die Gesellschaft gewinnen. Bis zum Jahr 2020 stieg die Zahl der über 80jährigen in Österreich auf 491.000, das sind 19% mehr als im Jahr 2011. Bis zum Jahr 2030 werden in etwa 640.000 Österreicher über 80Jahre alt sein, bereits um 54% mehr als 2011 (Quelle: Statistik Austria 2021). Hieraus entsteht die Bedeutung, sich auch mit diesem relevanten Bereich von Gesundheit zu befassen. Aus geriatrischer Sicht besteht die dringliche Notwendigkeit, als Behandler eine Haltung hinsichtlich des Rechts eines geriatrischen Patienten auf eine erfüllte Sexuelle Gesundheit zu haben. Vielmehr noch besteht für ihn die Pflicht, den Patienten wie in anderen Gesundheitsfragen umfassend und informiert zu beraten und zu einer Sexuellen Gesundheit hin zu führen bzw. bestehende Funktionsstörungen zu erkennen und zu behandeln.

## 4.2 Sexual Health und Krankheit

Es stellt sich die Frage ob Sexual Health unabhängig vom Vorhandensein Sexueller Funktionsstörungen aufgrund von Krankheit Fortbestehen kann. Unter Berücksichtigung der Ausführungen besteht hier aus meiner Sicht kein Zweifel. Sexualität umfasst mehr Aspekte, als die bloße Lustbefriedigung. Sexualität beinhaltet unter anderem den Wunsch nach körperlicher Nähe, menschlichem Austausch, Intimität, Vertrautheit, Zärtlichkeit. Darin besteht auch der in jedem Menschen verankerte Wunsch nach Selbstbestimmtheit und entsprechend selbstbestimmter Sexualität, dem Ausleben von eigenen Wünschen- all dies unabhängig der körperlichen Verfassung. Welcher Bereich einer vielfältigen Sexualdefinition für den einzelnen erstrebenswert ist, muss im Einzelfall geklärt werden. Die Ermöglichung einer Realisierung kann für den Betroffenen die Befriedigung seiner sexuellen Wünsche bedeuten. Nach dem Verständnis der von der WHO verwendeten Definition des Begriffs „Sexual Health“ als einem Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und damit Erreichen von Sexueller Gesundheit sind demnach möglich. Dem Betroffenen diese Freiheit zugestehen ist gesellschaftliche Aufgabe.

Auch bei maximaler Pflegebedürftigkeit muss diese Freiheit geachtet und gewahrt werden. Das Recht auf Sexualität muss jedem Menschen, unabhängig von Gesundheitszustand oder Pflegebedürftigkeit zugesprochen werden. Die Realisierung von Freiräumen zur möglichen Gestaltung einer selbstbestimmten Sexualität darf und soll Thema fachlicher Beratung sein.

## 5. Schlussfolgerung

Der Mensch ist ein sexuelles Wesen. Der Wunsch nach Ausübung einer selbstbestimmten Sexualität und der Realisierung der eigenen sexuellen Identität besteht unabhängig von Alter und Gesundheitszustand fort- in Gesundheit und Krankheit, mit oder ohne körperlichen Einschränkungen, trotz Verlust des langjährigen Partners, uneingeschränkt der sexuellen Gesinnung und der eigenen Geschlechtsidentität.

Sich dies als Behandler bewusst zu machen ermöglicht es dem Patienten in einem Umfeld von Akzeptanz auch diese Beschwerden gehört und berücksichtigt zu wissen.

## 6. Zusammenfassung

Aus gesellschaftlicher Sicht ist die Sexualität der Älteren nach wie vor Tabuthema.

Nach Definition der WHO setzt Sexuelle Gesundheit eine *positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt (2015)*. Dies betrifft gleichermaßen Menschen jeden Alters und Gesundheitszustands und gilt unabhängig der sexuellen Gesinnung.

Sexuelle Gesundheit ist altersunabhängig erstrebenswert. Dies ist nicht zuletzt auf Basis neurobiologischer Kenntnisse erklärbar: Für die sexuelle Interaktion ist zu großen Teilen das „social brain“ zuständig, ein Bereich des Gehirns welcher zu den stabilsten gehört und am wenigsten Alterungsprozessen ausgesetzt ist.

Sexuelle Aktivität ist ein Grundbedürfnis, nicht nur zur Befriedigung des körperlichen Lustempfindens sondern auch zum Erleben von Nähe, Akzeptanz und Geborgenheit im Sinne einer Realisierung intimer menschlicher Beziehung.

Diese Form der menschlichen Interaktion fördert das Wohlbefinden und verhindert geistigen Abbau.

Die Folgen des demographischen Wandels sowie die Veränderung der Gesellschaft hin zu einer sexuell aufgeklärteren, älteren Bevölkerung machen es notwendig, sich als Behandler mit dem Thema umfassend vertraut zu machen.

Hierbei stehen wir aktuell vor großen Forschungslücken, was sexuelle Aktivität jenseits des binären Geschlechtermodells, nicht- heterosexueller Paare angeht. Offenerer Fragestellungen beim Studiendesign sind vonnöten.

Körperliche Veränderungen der Sexualfunktion im Alter sind bedingt durch physiologische Alterungsprozesse sowie durch Krankheit.

Chronische Erkrankungen sind auch unter diesem Gesichtspunkt ausreichend zu behandeln, um eine Auswirkung auf die Sexuelle Gesundheit des Betroffenen zu vermeiden, bzw. mögliche Konsequenzen einer chronischen Erkrankung für die Sexuelle Gesundheit in Betracht zu ziehen- diese sind zu adressieren und als Gesundheitsproblem Ernst zu nehmen.

Die Konsequenzen von nicht- erfüllten Sexualitätsvorstellungen im Sinne einer fehlenden Sexuellen Gesundheit, können weitreichende psychische sowie physische und psychosomatische Folgen für den Patienten, ungeachtet des Alters, haben.

Sexuelle Funktionsstörungen sind behandelbar. Die Behandlung umfasst sowohl pharmazeutische, als auch therapeutische Ansätze und inkludiert mehrheitlich auch den Lebenspartner.

Der Behandlungserfolg steht und fällt mit der Kommunikationsfähigkeit zwischen Behandler und Patient. Aus der wachsenden freiheitlichen Auffassung von Sexualität ergeht gesellschaftlich die Chance auf einen offeneren Umgang mit der Vielfalt eines jeden Individuums und damit auf eine gelebte sexuelle Gesundheit auch im hohen Alter. Dies trägt maßgeblich zur Gestaltung einer Gesellschaft bei, in der wir gerne altern.

## 7. Literaturverzeichnis

Adolphs, R. 2009. „The social brain: Neural Basis of Social Knowledge“

Bartens, W. 2021. Zeitungsartikel „Freundschaften halten das Gehirn fit“.  
Süddeutsche Zeitung

Beckmann, N., Waern, M. Gustafson, D., Skoog, I. 2008 „Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: Cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ 337, a279.

Beckedorf, K., Rzycki, R. 2018 „Leitfaden für Führungskräfte der ambulanten und stationären Altenpflege zum adäquaten Umgang mit LSBTIQ“ FOBIMO-Fortbildungsmodule zur Sensibilisierung von Mitarbeitenden in Medizin, Pflege und Betreuung für die Bedürfnisse und Bedarfe älterer LSBTIQ, Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Senioren

Berberich, H. 2015. „Sexualität und Alter“. Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft. Sexuologie 22 (1-2) 5-12

Beutel, M., Ströbel- Richter, Y., Brähler, E 2007. „Sexual desire and sexual activity of men and women across their lifespans: results from a representative german community survey“ BJU Int. 101 (1) 76-82

Billig, S., Geist, P. 2020. Radiobeitrag „Sexualität im Alter- Lust ohne Ende“. URL: [https://www.deutschlandfunkkultur.de/sexualitaet-im-alter-lust-ohne-ende.976.de.html?dram:article\\_id=46856422](https://www.deutschlandfunkkultur.de/sexualitaet-im-alter-lust-ohne-ende.976.de.html?dram:article_id=46856422) (20.09.2021 19:53Uhr)

Brähler, E. und Unger, U. 1994. „Sexuelle Aktivität im höheren Lebensalter im Kontext von Geschlecht, Familienstand und Persönlichkeitsaspekten- Ergebnisse einer repräsentativen Befragung“. Zeitschrift für Gerontologie 27, 110-115

Britten, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G., Dekker, A. 2020 „Prävalenzschätzungen sexueller Dysfunktionen anhand der neuen ICD-11-Leitlinien- Ergebnisse der ersten repräsentativen Bevölkerungsstudie zu Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ in Deutsches Ärzteblatt Int 2020

Bucher, T. Hornung, R., Gutzwiller, F., Buddeberg, C. 2001 „Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Erste Ergebnisse einer Studie in der deutschsprachigen Schweiz“ Gießen: Psychosozial- Verlag, 2001: 31-60

Buddeberg, C. 2005. „Sexualberatung: Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten und Familienberater“ Enke, Stuttgart.

Charta der Vielfalt e.V. 2021 „Für Diversity in der Arbeitswelt“ URL: <https://www.charta-der-vielfalt.de/diversity-verstehen-leben/diversity-management/>

Deveaux, F. 2016 „Coating the LGBT population: 6% of Europeans identify as LGBT“ in Market Insights. URL: <https://daliaresearch.com/blog/counting-the-lgbt-population-6-of-europeans-identify-as-lgbt/>

Geiss, I. „Weibliche Sexualstörungen“ Journal für Fertilität und Reproduktion 2006; 16 (3) Ausgabe für Österreich, 6-12

Gesundheitsberichterstattungs (GBE) Beitrag „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland: Kapitel 7 Sexuelle und reproduktive Gesundheit“. Robert Koch Institut. Berlin 2020

Gesundheitsberichterstattungs (GBE) Beitrag „Gesundheit und Krankheit im Alter“. Robert Koch Institut. Berlin 2009.

Hatzimouradis, K. 2014 „A Review of the use of tadalafil in the treatment of benign prostatic hyperplasia in men with and without erectile dysfunction“ in There Ada Urol 2014 6(4): 135-147

Köpp, D. 2021. „Sexualmedizin trifft Geriatrie“ Seminar 6. ÖÄK Diplomlehrgang Geriatrie 2021

Lindau, S., Gavrilu, N. 2010 „Sex, health and and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of aging“ BMJ 340:c810

Lottmann, R., Lautmann, R. 2014 „Queer und Alter(n)- zum Forschungsstand“ in Schmidt, F., Schondelmayer A., Schröder, U. (Hrsg) „Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt- Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine“ Springer VS 2015

Manski, D. 2021 „Erektile Dysfunktion (1/2): Definition, Ursachen, Klinik und Diagnose“, „Erektile Dysfunktion (2/2): Therapie“. urologielehrbuch.de URL: <https://www.urologielehrbuch.de/erektile-dysfunktion-ursachen-diagnose.html>

Nechi, I. 2019 „Acceptance of care givers concerning sex robots in geriatrics- a qualitative survey“ Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades FH Campus Wien.

Nicolosi, A. Bevat, J., Glasser, D., Hartmann, U., Laumann, E., Ginger, C. GSSAB Investigators Group, 2006. „Sexual behavior, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle- aged and elderly Europeans: The global study of sexual attitudes and behaviors.“ World Journal of Urology 24 (4). 423-428

Rat und Tat e.V. 2009 Zentrum für Schwule und Lesben e.V. „Lebendige Vielfalt- Schwule und Lesben in Bremen. zur aktuellen Lebenssituation von Lesben, Schwulen und Bisexuellen im Land Bremen“

Rethmann, A. 2016 „Umgang mit Liebe- Eros- Sexualität- Partnerschaft und Heirat in den Wohn- und Betreuungszentren des BBT e.v.“ Rheinland- Pfalz, Deutschland

Robert Koch-Institut 2013, Studie DEGS1, Erhebung 2008–2011

Schaller, S., Traten B., Lundin I. 2020 „Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel“ in International Journal of Sexual Health, 32:2, 65-80

Sonntag, S. 1977 „The double standard of aging.“ in Allmann, L., Jaffe, D (Hrsg.) „Readings in adult psychology.“ Harper&Row, New York, 258-294

Springer- Kremser, M., Naderer, A. 2007 „Sexualität und chronische Krankheit“ Journal für Fertilität und Reproduktion 2007; 17 (4) Ausgabe für Österreich, 7-12

Sydow, K. 1994. „Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen“ Ernst Reinhard. München

Sydow, K. „Sexualität und Älterwerden“ in Sielert, R. und Schmidt, U. (Hrsgb.) „Handbuch Sexualpädagogik“ Weinheim: Juventa, im Druck

Sydow, K. „Sexuelle Beziehungen“ Göttingen: Hogrefe, in Vorb.

Sydow, K. 2008 „Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter“ in „Psychotherapie im Dialog“ 9. Jahrgang 53-57



Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa 2021. „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“. URL: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>