

FOKUS- REPORT

03/2025

// Bedeutung der Wechseljahre für die Sexualität



**Dr. med. Roswitha
Engel-Széchényi
Stuttgart**

Der Rückgang körpereigener Hormone wie Östrogen, Progesteron, Androgene und Gestagene im Klimakterium beeinflusst das Sexualleben von Frauen tiefgreifend. Diese hormonellen Veränderungen wirken sich nicht nur auf zentrale sexuelle Funktionen wie Libido, Erregungsfähigkeit und Orgasmus aus, sondern betreffen auch die Kohabitationsfähigkeit – etwa durch dyspareunische Beschwerden.^{1,2} Darüber hinaus kann der veränderte Hormonstatus das Körperbild beeinflussen und mitbestimmen, „wie attraktiv wir uns fühlen und wie groß die Bereitschaft zur Hingabe ist“, führt die Gynäkologin und Sexualtherapeutin Dr. med. Roswitha Engel-Széchényi, Stuttgart, in das Thema „Bedeutung der Wechseljahre für die Sexualität“ ein.

Wie Hormonveränderungen das Sexualverhalten beeinflussen

Konkret dominieren in der Prämenopause – ausgelöst durch den Progesteronabfall bei relativem Östrogenüberschuss – Symptome wie Mastodynie, Ödeme, Veränderungen der Körperproportionen durch Adipozytenzunahme sowie Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen. „Diese Beschwerden können – in Kombination mit den Herausforderungen des Alltags, etwa durch familiäre und berufliche Anforderungen sowie einer möglichen beginnenden Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern – durchaus das weibliche Sexualverhalten beeinträchtigen und die Lust auf Sexualität reduzieren“, veranschaulicht die

Expertin. Zu den vorrangigen Symptomen des Östrogenabfalls, der in der Perimenopause einsetzt, zählen trockene Schleimhäute von Vulva und Vagina sowie eine verlangsamte und abgeschwächte sexuelle Reaktionsfähigkeit. Verglichen mit dem deutlichen Progesteron- und Östrogenabfall, bleibt die Testosteronkonzentration bis in das 60./70. Lebensjahr konstant.¹ „So ist bei einer Libidoproblematik zunächst zu klären, ob tatsächlich ein Mangel an Testosteron dafür verantwortlich ist, oder nicht andere Einflussfaktoren eine Rolle spielen“, unterstreicht Engel-Széchényi.

Sexuelle Funktionsstörungen: Wann ist eine Therapie indiziert?

Sexuelle Funktionsstörungen³ können dazu führen, dass individuelle Vorstellungen einer erfüllten Sexualität nicht verwirklicht werden. Nach ICD-10 zählen hierzu: vermindertes sexuelles Verlangen (F52.0), sexuelle Aversion (F52.1), Störung der sexuellen Erregung einschließlich erektiler Dysfunktion (F52.2), Orgasmusstörungen (F52.3), Ejakulatio praecox (F52.4), nichtorganischer Vaginismus (F52.5), nichtorganische Dyspareunie (F52.6) sowie gesteigertes sexuelles Verlangen (F52.7). Bei allen sexuellen Funktionsstörungen ist der subjektiv empfundene Leidensdruck der betroffenen Person dafür ausschlaggebend, ob eine Therapie in Frage kommt. „Wenn eine Patientin in den Wechseljahren angibt, keine sexuelle Lust mehr zu verspüren – und ihr Partner dies ebenfalls so empfindet – dann ist das für beide in Ordnung. Es besteht kein Leidensdruck und damit auch keine Indikation zur Therapie“, so Engel-Széchényi. Wichtig sei jedoch, aktiv zu erfragen, ob auch auf Partnerseite eine Problematik bestehe, um eine beziehungsorientierte Einschätzung vornehmen zu können. Sexualstörungen können in jedem Lebensalter auftreten, zeigen jedoch zwischen dem

5. und 6. Lebensjahrzehnt eine Häufung. So verlieren in dieser Altersgruppe etwa ein Viertel der Frauen die Freude an der Sexualität – bedingt durch Libidoprobleme, Lubrikationsmangel, Orgasmusstörungen und Schmerzen. Bei Männern stehen in diesem Kontext vor allem erektile Dysfunktion und Versagensängste im Vordergrund.⁴

Biopsychosoziale Anamnese in der Sexualtherapie

Sexualstörungen haben häufig mehrdimensionale Ursachen. In der biopsychosozialen Anamnese⁵ sind neben körperlichen Faktoren (Alter, Krankheit, Hormone, Medikamente und genetische Ursachen), auch psychische Aspekte (Präferenzen, Persönlichkeit, Sexualerziehung) zu berücksichtigen. Darüber hinaus spielt das soziale Umfeld eine wesentliche Rolle: Partnerschaft, familiäre Konstellationen, berufliche Belastungen und soziale Unterstützungssysteme können sich unmittelbar auf sexuelles Verlangen und Lebensfreude auswirken. „Wann immer wir uns mit Sexualität professionalisiert beschäftigen wollen, sind biopsychosoziale Bereiche mit der Patientin abzuklären“, berichtet die Therapeutin. Sie empfiehlt, im Gespräch gezielt nachzufragen, ob beispielsweise die spontane Lust auf Sex im Alltag verloren gegangen sei, oder ob bestimmte Situationen (quengelnde Kinder, Hausarbeit) keinen Raum für Intimität lassen. Problematiken können – so Engel-Széchényi – sowohl partnerbezogen als auch unabhängig vom aktuellen Beziehungsgeschehen auftreten. „Einige Patient:innen erleben mit dem vertrauten Partner oder der Partnerin kaum sexuelles Interesse – in Außenbeziehungen hingegen durchaus“, berichtet sie aus der Praxis. Zudem können sexuelle

Funktionsstörungen auch kombiniert auftreten, was eine differenzierte Diagnostik und individualisierte Therapieplanung erforderlich macht.

Sexualität braucht Raum und Zeit

Inwieweit Frauen in ihren 50ern in Langzeitbeziehungen Sexualität leben können, hängt stark von der Beziehungsqualität ab.⁶ „Wenn ich von meinem Partner noch auf einer anderen Ebene gesehen werde, mich unterstützt fühle und bestenfalls ein gemeinsames Hobby teile, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass ich in meine Lust komme und Sexualität lebe, als wenn ich im Rosenkrieg lebe und Konflikte austrage“, führte die Expertin aus. Auch psychosoziale Belastungen spielen eine Rolle: Stress, Erschöpfung und permanentes Multitasking können – unabhängig vom Lebensalter – zu einem Rückgang der Libido führen. Viele Patientinnen bringen es auf den Punkt: „Ich habe keine Zeit mehr für irgendetwas – am wenigsten für mich selbst. Und dann soll ich mich noch dem anderen zuwenden?“ Als therapeutische Maßnahme empfiehlt Engel-Széchényi daher, sich als Paar bewusst eine gemeinsame Stunde pro Woche zu reservieren. In der praktischen Umsetzung erweist sich die Suche nach einem festen Termin jedoch häufig als unerwartet schwierig.

Besonderheiten weiblicher sexueller Reaktionen

In Anlehnung an das erweiterte Modell des *Sexuellen Reaktionszyklus der Frau*⁷ rät die Therapeutin Frauen ohne spontanes sexuelles Verlangen, nicht die Lust selbst zum Ausgangspunkt sexueller Aktivität zu machen. Stattdessen empfiehlt sie, offen für sexuelle Reize zu sein – ob empfangene oder aktiv gesuchte – die im weiteren Verlauf ein reaktives sexual-

Take Home Messages

- Der Abfall der endogenen Hormone im Klimakterium – Östrogen, Progesteron, Androgene und Gestagene – beeinflusst das Sexualleben der Frau tiefgreifend.
- Die biopsychosoziale Anamnese ist das Herzstück in der Sexualberatung. Im Patientengespräch werden sowohl körperliche Faktoren und psychische Aspekte sowie das soziale Umfeld erfasst.
- In Langzeitbeziehungen kann die Spontanlust nachlassen. Selten ist ein Testosteronmangel für den Libidoverlust verantwortlich. Lust und Sexualität brauchen Raum und Zeit.
- Die HRT nimmt bei wechseljahresbedingten sexuellen Beeinträchtigungen – wie vaginaler Atrophie – einen hohen Stellenwert ein.
- Frauen, die auch in der Postmenopause sexuell aktiv bleiben möchten, profitieren in der Regel von einer kontinuierlichen lokalen HRT, solange der Wunsch nach Sexualität besteht.



les Verlangen auslösen können. Spontanes Begehren kann sich im Verlauf entwickeln und die sexuelle Erfahrung vertiefen – es ist jedoch keine Voraussetzung für eine erfüllte Sexualität. Zudem sei es therapeutisch sinnvoll, den Fokus weg vom Orgasmus als alleinigem Ziel hin zu Aspekten wie Zufriedenheit und emotionale Intimität zu richten. Gerade im Kontext langjähriger Partnerschaften könne dies zu einem nachhaltig positiven Erleben sexueller Begegnungen beitragen.

Therapieoptionen: Genaue Aufklärung ist zentral

Neben Libidostörungen trägt insbesondere die altersassoziierte vulvovaginale Atrophie mit dyspareunischen Beschwerden wesentlich zu einem veränderten Sexualverhalten in den Wechseljahren bei.^{3,6} „Die Schmerzzustände entstehen durch die trockene Schleimhaut der Frau in Kombination mit dem altersbedingten mittelfesten Penis des Mannes“, verdeutlicht Engel-Széchényi. Nach zwei bis drei schmerzhaften Penetrationen reagiert der Körper der Frau mit einer Abwehrhaltung. Aus Anspannung und Angst vor erneuten Schmerzen

könne sich daraus ein Vaginismus entwickeln. Für sexuelle Beschwerden in der Menopause stehen verschiedene medikamentöse Optionen zur Verfügung – wobei der Hormonersatztherapie (HRT) ein großer Stellenwert zukommt. „Nach einer umfassenden biopsychosozialen Anamnese kann individuell entschieden werden, welche Therapieoption für die jeweilige Patientin geeignet ist“, betont die Therapeutin. Ebenso wichtig sei es, über die Anwendung umfassend aufzuklären: „Wir müssen genau erklären, wo Salbe und Zäpfchen anzuwenden sind und wie das lokale Hormon wirkt – nämlich durch Wiederaufbau der Schleimhaut, Verbesserung von Elastizität, Durchblutung und Innervation“. Um einem vorzeitigen Therapieabbruch vorzubeugen, sollte zudem auf mögliche anfängliche Nebenwirkungen wie leichtes Brennen bei den ersten Applikationen hingewiesen werden. In ihrem Fazit spricht sich Engel-Széchényi klar dafür aus, Frauen, die auch in der Postmenopause sexuell aktiv bleiben möchten, zur kontinuierlichen Anwendung einer lokalen HRT zu raten – „solange der Wunsch nach sexueller Aktivität besteht.“

Quelle: Dr. med. Roswitha Engel-Széchényi, Stuttgart: „Bedeutung der Wechseljahre für die Sexualität“, Vortrag im Rahmen der CME-Live-Fortbildung „Besondere Aspekte der Menopause“, 19.03.2025, sanabeo-med.education, Sanabeo Medical News

1) Starke K, Ahrendt HJ. Last oder Lust? Sexualität in der Postmenopause. Infobuch für Ärzte. 2009; Jenapharm Verlag, Jena.

2) Shifren JL, Monz BU, Russo PA et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics & gynecology*, 2008;112(5): 970-978. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181898cdb.

3) Basson R, Berman J, Burnett A et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 2000;163: 888-893.

4) Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, 2007;357(8): 762-774. doi: 10.1056/NEJMoa067423.

5) Ahrendt HJ Friedrich C. Sexualmedizin in der Gynäkologie. 2015; Springer-Verlag, Berlin.

6) Ahrendt HJ, Friedrich C. Häufigkeit sexualmedizinischer Fragen und Probleme in der gynäkologischen Sprechstunde. *Frauenarzt*, 2011;52: 574-581.

7) Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26(1): 51-65. doi.org/10.1080/009262300278641

Herausgeber

Exeltis Germany GmbH
Adalperostr. 84 | 85737 Ismaning
T 089 45205290 | F 089 452052999
germany@exeltis.com | www.exeltis.de

Redaktion

Sanabeo Medical News
sanabeo-med.education



**Erfahren Sie mehr
über unsere
Fortbildungsinitiative**

by  Exeltis