

Sexuelle Gesundheit in der Schweiz: Situationsanalyse und Abklärung des Bedarfs für ein nationales Programm

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Christian Rüefli

Marius Féraud

Eveline Huegli

Bern, 29. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

Tabellen.....	VI
Abbildungen	VII
Kasten	VII
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Einführung	1
1.1 Hintergrund und Auftrag.....	1
1.2 Vorgehen und Informationsquellen	3
1.3 Aufbau des Berichts.....	5
2 Konzeptionelle Grundlagen	6
2.1 Sexuelle Gesundheit.....	6
2.2 Internationaler Rahmen	7
2.2.1 Vereinte Nationen (UNO).....	7
2.2.2 Weltgesundheitsorganisation (WHO)	11
2.2.3 Sexuelle und reproduktive Gesundheit als Teil der Gesundheitsaussenpolitik.....	15
2.3 Strategische Grundlagen auf nationaler Ebene.....	16
2.3.1 Rechtliche Grundlagen auf Bundesebene.....	16
2.3.2 Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen	18
2.3.3 Gesundheit2020.....	25
2.3.4 Definition sexueller Gesundheit der EKSG.....	26
2.3.5 Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle	27
3 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 1: Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit	31
3.1 Situation der sexuellen Gesundheit	32
3.1.1 LGBTI	33
3.1.2 Sexarbeiterinnen	34
3.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen.....	35
3.2.1 Bundesebene	35
3.2.2 Kantonale Ebene.....	37

3.3	Strategischer Rahmen	38
3.3.1	Bundesebene	38
3.3.2	Kantonale Ebene	39
3.4	Akteure und Aktivitäten	39
3.4.1	Sexuelle Gesundheit in der Regelversorgung des Gesundheitswesens	40
3.4.2	Förderung der psychischen Gesundheit und Suizidprävention allgemein	41
3.4.3	Aktivitäten zugunsten spezifischer vulnerabler Gruppen	42
3.4.4	Koordination und Zusammenarbeit	43
3.5	Einschätzung des Bedarfs	44
3.5.1	Empirisch dokumentierter Bedarf	44
3.5.2	Vermuteter Bedarf	46
3.5.3	Keine Beurteilung des Bedarfs möglich	46
4	Situation und Bedarf in Handlungsfeld 2: Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit.....	48
4.1	Zustand der sexuellen Gesundheit	48
4.1.1	Verhütung	48
4.1.2	Schwangerschaft und Geburt	49
4.1.3	Schwangerschaftsabbruch	50
4.1.4	Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	51
4.1.5	Pränatale Diagnostik	51
4.2	Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen	52
4.2.1	Bundesebene	52
4.2.2	Kantonale Ebene	53
4.3	Strategischer Rahmen	54
4.3.1	Bundesebene	54
4.3.2	Kantonale Ebene	54
4.3.3	Ebenen übergreifend	54
4.4	Aktivitäten und Akteure	54
4.4.1	Verhütung	56
4.4.2	Schwangerschaft und Geburt	56
4.4.3	Schwangerschaftsabbruch	57
4.4.4	Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	58
4.4.5	Pränatale Diagnostik	58
4.5	Einschätzung des Bedarfs	59

4.5.1	Empirisch dokumentierter Bedarf.....	59
4.5.2	Vermuteter Bedarf.....	61
4.5.3	Keine Beurteilung des Bedarfs möglich.....	61
5	Situation und Bedarf in Handlungsfeld 3: Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)	62
5.1	Zustand der sexuellen Gesundheit	62
5.1.1	Epidemiologie in der Schweiz	62
5.1.2	Befragungsdaten zum Verhalten	67
5.2	Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen.....	69
5.2.1	Bundesebene	69
5.2.2	Kantonale Ebene	70
5.3	Strategischer Rahmen	70
5.3.1	Bundesebene	70
5.3.2	Kantonale Ebene.....	70
5.4	Akteure und Aktivitäten.....	71
5.4.1	Interventionsachse 1: Gesamtbevölkerung.....	71
5.4.2	Interventionsachse 2: spezifische Zielgruppe.....	72
5.4.3	Interventionsachse 3: infizierte Personen	75
5.5	Einschätzung des Bedarfs	76
5.5.1	Empirisch dokumentierter Bedarf	76
6	Situation und Bedarf in Handlungsfeld 4: Prävention von sexueller Gewalt..	78
6.1	Zustand der sexuellen Gesundheit	78
6.2	Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen.....	80
6.2.1	Bundesebene	80
6.2.2	Kantonale Ebene.....	83
6.3	Strategischer Rahmen	83
6.3.1	Bundesebene	83
6.3.2	Kantonale Ebene.....	84
6.3.3	Fachorganisationen	84
6.4	Akteure und Aktivitäten.....	84
6.4.1	Sexuelle Gewalt, sexuelle Übergriffe und Häusliche Gewalt	85
6.4.2	Sexuelle Gewalt bei Kindern und Jugendlichen.....	87
6.4.3	Sexuelle Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel und Sexarbeit.....	90

6.4.4	Sexueller Missbrauch von Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen.....	90
6.4.5	Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)	91
6.5	Beurteilung des Bedarfs.....	93
6.5.1	Empirisch dokumentierter Bedarf	93
6.5.2	Vermuteter Bedarf.....	95
7	Situation und Bedarf in Handlungsfeld 5: Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit	97
7.1	Zustand der sexuellen Gesundheit	97
7.2	Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen.....	98
7.2.1	Bundesebene	98
7.2.2	Kantonale Ebene	99
7.3	Strategischer Rahmen	99
7.3.1	Bundesebene	99
7.3.2	Kantonale Ebene	100
7.3.3	Fachorganisationen	100
7.4	Aktivitäten und Akteure.....	101
7.4.1	Bildung zur sexuellen Gesundheit durch Erziehungsberechtigte und Peers	101
7.4.2	Schulische Sexualaufklärung	102
7.4.3	Ausserschulische Bildung zur sexuellen Gesundheit	103
7.4.4	Bildung zur sexuellen Gesundheit nach der obligatorischen Schule/für Erwachsene	104
7.4.5	Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen	104
7.5	Einschätzung des Bedarfs.....	105
7.5.1	Empirisch dokumentierter Bedarf.....	105
7.5.2	Vermuteter Bedarf.....	106
7.5.3	Keine Beurteilung des Bedarfs möglich.....	106
8	Fazit zur Situation der sexuellen Gesundheit in der Schweiz	108
8.1	Wichtigste Ergebnisse der Situationsanalyse und Bedarfsabklärung	108
8.2	Beurteilung der Situation.....	122
8.2.1	Lebensqualität: Situation der sexuellen Gesundheit in der Bevölkerung	123
8.2.2	Chancengleichheit	124
8.2.3	Angebotssituation und Versorgungsqualität	125

8.2.4 Steuerungsgrundlagen: Rechtlicher und strategischer Rahmen, organisatorische Voraussetzungen, Wissensstand	125
9 Ausländische Beispiele für nationale Programme	131
9.1 England.....	131
9.2 Irland.....	134
9.3 Finnland.....	137
Dokumente und Literatur	141
Anhang	150

Tabellen

Tabelle 2-2: Ergebnisbereiche der UNAIDS-Strategie 2016-2021	11
Tabelle 2-3: Vision und Ziele der WHO-Global Health Sector Strategies on HIV und STI.....	11
Tabelle 2-4: Vision und Zielsystem des Aktionsplans gegen HIV des WHO-Regionalbüros für Europa	13
Tabelle 2-5: Zielsystem des Aktionsplan zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit des WHO-Regionalbüros für Europa.....	14
Tabelle 2-6: Zuständigkeitsbereiche und wichtigste Gesetze des Bundes im Bereich der sexuellen Gesundheit.....	17
Tabelle 2-7: Interventionsachsen und Unterstützungsaufgaben im NPHS 2011-2017.....	19
Tabelle 2-8: Handlungsfelder und Ziele von Gesundheit2020	25
Tabelle 2-9: Massnahmen und Teilprojekte von Gesundheit2020 mit Querschnittcharakter	26
Tabelle 6-1: Registrierte Straftaten gegen die sexuelle Integrität (Art. 187-199 StGB), 2015.....	78
Tabelle 8-1: Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der Situationsanalyse.....	109
Tabelle 9-1: Inhalte des Framework for Sexual Health Improvement in England.....	132
Tabelle 9-2: Inhalte der irischen National Sexual Health Strategy.....	135
Tabelle 9-3: Inhalte des finnischen Aktionsplans für sexuelle und reproduktive Gesundheit.....	138
Tabelle 0-1: Wichtigste Akteure und Leistungserbringer der sexuellen Gesundheit	150

Abbildungen

Abbildung 5-1: HIV-Labormeldungen nach Geschlecht und Testjahr seit Beginn der Testungen, 1985 – 2015	63
Abbildung 5-2: Bestätigte Syphilisfälle nach Geschlecht und Diagnosejahr, seit Wiedereinführung der Meldepflicht 2006 – 2015	64
Abbildung 5-3: Bestätigte Gonorrhoe-Fälle nach Geschlecht und Diagnosejahr seit Beginn der Erfassung, 1988-2015.....	65
Abbildung 5-4: Bestätigte Chlamydiose-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1988-2015.....	65
Abbildung 5-5: Anzahl in BerDa registrierter HIV-Tests bei MSM, 2008–2015 (Stand: 18. Januar 2016).....	73
Abbildung 9-1: Schlüsselziele des Framework for Sexual Health Improvement in England	132

Kasten

Kasten 2-1: Die sexuellen Rechte	6
Kasten 2-2: Menschenrechtsverträge der UNO mit Relevanz für die sexuelle Gesundheit und Rechte	8
Kasten 2-3: Ziele und Unterziele zur sexuellen Gesundheit aus der UNO-Agenda 2030....	10
Kasten 2-4: Globalziele der HIV- und der STI-Strategie der WHO.....	12
Kasten 2-5: Ziele der schweizerischen Gesundheitsausserpolitik mit Bezug zur sexuellen Gesundheit.....	15
Kasten 2-6: Aktionsfelder und Massnahmen des Urgent Action Plans.....	23
Kasten 2-7: Zielsystem des Rahmenkonzepts „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“	23
Kasten 2-8: Handlungsfelder des Rahmenkonzepts „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“	24
Kasten 2-9: Angebote und Leistungen im Bereich sexuelle Gesundheit von hoher Qualität	28
Kasten 6-1: Straftatbestände zum Schutz vor sexueller Gewalt bzw. zum Schutz der sexuellen Integrität.....	81
Kasten 8-1: Bedarf im Bereich der sexuellen Gesundheit gemäss Situationsanalyse.....	121

Abkürzungsverzeichnis¹

APiS	Aidsprävention im Sexgewerbe
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
EBG	Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EKKJ	Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen
EKSG	Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit
EpG	Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) vom 28. September 2012
EpV	Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung) vom 29. April 2015
FGM	Female Genital Mutilation / Weibliche Genitalverstümmelung
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GUMG	Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (SR 810.12) vom 8. Oktober 2004
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children / Schweizer Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Gesundheitsverhalten
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humane Papillomaviren
IPPF	International Planned Parenthood Federation
KJFG	Bundesgesetz über die Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendförderungsgesetz; SR 446.1) vom 30. September 2011

¹ Das Verzeichnis enthält nur Abkürzungen, die mehr als einmal und in verschiedenen Textabschnitten verwendet werden. Einmal oder nur innerhalb eines einzigen Textabschnitts verwendete Abkürzungen werden jeweils dort erläutert.

LBGTIQ	Lesbian, Gay, bisexuelle, transgender, intersexuelle und genderqueer Menschen
MSM	Männer, die mit Männern Sex haben
NGO	Nicht-Regierungsorganisation
OHG	Opferhilfegesetz (SR 312.5) vom 23. März 2007
NPHS	Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten 2011-2017
RTI	Reproductive tract infections; Infektionen der Reproduktionsorgane
SGCH	Sexuelle Gesundheit Schweiz
SDG	Sustainable Development Goal
SEM	Staatssekretariat für Migration
SKP	Schweizerische Kriminalprävention
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch (SR 311.0) vom 21. Dezember 1937
STI	Sexually transmittable infections; Sexuell übertragbare Krankheiten
TAK	Tripartite Agglomerationskonferenz
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNO	United Nations Organization / Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch (SR 210)

1 Einführung

1.1 Hintergrund und Auftrag

Seit rund 30 Jahren engagieren sich der Bund bzw. das BAG zusammen mit den Kantonen und verschiedenen nichtstaatlichen Partnern für die Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV. Zu diesem Zweck wurden zunächst vier nationale HIV-Programme einschliesslich gross angelegter und international prämiertes Bevölkerungskampagnen und Surveillance-Massnahmen umgesetzt. Per 2011 wurde das bisherige HIV-Programm auf andere sexuell übertragbare Krankheiten (STI) ausgeweitet und entsprechend umbenannt (BAG 2010: 11). Da das aktuelle Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011-2017 Ende 2017 ausläuft, wird der Bundesrat 2017 voraussichtlich über eine Verlängerung und Ausarbeitung eines Folgeprogramms entscheiden. Dabei wird sich auch die Frage der inhaltlichen Ausrichtung (Geltungsbereich) und der Hauptstossrichtungen eines Folgeprogramms stellen.

Das NPHS 2011-2017 strebt an, die sexuelle Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu verbessern. Es verfolgt folgende Vision: „In der Schweiz sind die Voraussetzungen gegeben, dass die Menschen selbstbestimmt und in gegenseitigem Respekt eine unbeschwerter, risikoarme Sexualität leben können. Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 trägt massgeblich hierzu bei, indem es die Bewohnerinnen und Bewohner befähigt, ihre sexuelle Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern“ (BAG 2010: 73). Damit orientiert sich das NPHS prinzipiell an der Arbeitsdefinition sexueller Gesundheit der WHO (2006), die auch von der Schweiz mitentwickelt wurde (EKSG 2015). Da es sich rechtlich auf das Epidemienengesetz² des Bundes abstützt, fokussiert das NPHS inhaltlich allerdings auf einen Teilbereich der sexuellen Gesundheit (BAG 2010: 73): Sein wichtigstes Ziel ist es, die Anzahl Neuinfektionen von HIV und anderen STI deutlich zu senken und gesundheitsschädigende Spätfolgen zu vermeiden (BAG 2010: 7). Verschiedene Akteure im Bereich der sexuellen Gesundheit bedauern diese Fokussierung und sprechen sich für einen umfassenderen Referenzrahmen eines nationalen Programms, der u.a. auch die sexuellen Rechte beinhaltet, bzw. für eine ganzheitliche Strategie zur sexuellen Gesundheit aus (vgl. z.B. BAG 2009; EKSG 2015; Kessler et al. 2009). In der Schweiz finden sich zahlreiche staatliche und nichtstaatliche Aktivitäten und Angebote in den Bereichen der Schwangerschaftsberatung und der reproduktiven Gesundheit, der Krankheitsprävention, der schulischen Sexualaufklärung und ausserschulischen Beratung, aber auch in der Prävention und Strafverfolgung von sexueller Gewalt oder in der Gleichstellung und der Diskriminierungsbekämpfung, die sich zwar auf die sexuelle Gesundheit beziehen und

² Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienengesetz, EpG) vom 28. September 2012 (SR 818.101)

diese fördern, jedoch „nicht in ein umfassendes Konzept zur sexuellen Gesundheit eingebettet sind“ (EKSG 2015: 2).

Im Hinblick auf den Entscheid über die Ausarbeitung eines Folgeprogramms zum NPHS beauftragte das BAG das Büro Vatter, Politikforschung & -beratung mit Grundlagenarbeiten. Das Mandat umfasste vier Teilaufträge:

- **Situationsanalyse Schweiz:** Die aktuelle Situation zur sexuellen Gesundheit in der Schweiz ist aus fachlicher Sicht und gestützt auf Datengrundlagen darzustellen. Dabei sind erstens verschiedene Ebenen (rechtliche Grundlagen; Aktivitäten und Massnahmen von Bund, Kantonen und nichtstaatlichen Akteuren/NGOs sowie deren Koordination und Zusammenarbeit; Zustand der sexuellen Gesundheit der Bevölkerung; Leidensdruck [Problemlast]) von Interesse, zweitens eine Beurteilung der Stärken und Schwächen sowie von Problemen und Schwierigkeiten der aktuellen Situation und drittens die politische Situation (Grenzen und Möglichkeiten; zu erwartende Unterstützung und Widerstände).
- **Analyse und Darstellung von best-practice-Ländern:** Es sind 3-4 Länder zu identifizieren, deren Programme zu sexueller Gesundheit als Vorzeigebispiele für die Schweiz dienen können. Diese Beispiele und die Erfolgsfaktoren sind auf je einem Faktenblatt übersichtlich zu beschreiben.
- **Abklärung des Bedarfs in der Schweiz:** Im Hinblick auf eine allfällige Neuausrichtung des bestehenden NPHS gilt es, den Bedarf bezüglich sexueller Gesundheit in der Schweiz zu definieren. Konkret ist aufzuzeigen, welche Themen für ein neues Programm sexuelle Gesundheit relevant sind und von diesem abgedeckt werden sollten.
- **Ausarbeitung und Bewertung von Programmvarianten:** Basierend auf der Situationsanalyse und Bedarfsabklärung sowie den untersuchten Vorzeigebspielen sind die Geltungsbereiche, mögliche Hauptstossrichtungen und Ziele verschiedener Varianten eines nationalen Programms „Sexuelle Gesundheit Schweiz“ auszuarbeiten und nach fachlichen, organisatorischen/koordinativen, rechtlichen, finanziellen und politischen Kriterien und Auswirkungen zu beurteilen. Die verschiedenen Varianten sollen jeweils einer detaillierten SWOT-Analyse unterzogen werden.³

³ Die Ergebnisse dieses Teilauftrags sind nicht im vorliegenden Schlussbericht enthalten, sondern wurden dem BAG in anderer Form vorgelegt.

1.2 Vorgehen und Informationsquellen

Die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit hat fünf Handlungsfelder definiert, die insbesondere zur Strukturierung von Interventionen in diesem Themenbereich dienen (EKSG 2015):

- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit
- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit
- Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)
- Prävention von sexueller Gewalt
- Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit

In Absprache mit dem BAG orientierte sich die Situationsanalyse und Bedarfsabklärung an diesen fünf Handlungsfeldern.

Der vorliegende Bericht stützt sich auf die folgenden Informationsquellen:

- **Auswertung von Dokumenten, Literatur und Daten:** Die Situationsanalyse, die Abklärung des Bedarfs und die Darstellung von best-practice-Ländern basieren hauptsächlich aus der Auswertung von bestehenden Dokumenten, Berichten, Studien und Datenbeständen. Für jedes untersuchte Handlungsfeld wurden dazu im Rahmen einer Desk Research die relevanten gesetzlichen und strategischen Grundlagen, Bundesrats- und Forschungsberichte, statistische Auswertungen sowie weitere Unterlagen (insbesondere Studien, die einen internationalen Vergleich der Situation in der Schweiz zulassen) zusammengetragen und hinsichtlich der verschiedenen Teilaufträge ausgewertet. Ebenfalls berücksichtigt wurden auf Websites von Behörden und Fachorganisationen zugängliche Informationen.
- **Sondierungsgespräche:** In einer ersten Phase des Forschungsauftrags erfolgten 8 Sondierungsgespräche mit insgesamt 9 Personen⁴. Diese dienten vor allem dazu, einen ersten Überblick über die einzelnen Handlungsfelder der sexuellen Gesundheit und über die Situation darin (z.B. hauptsächliche Akteure und Aktivitäten, Hinweise auf Schwierigkeiten wie z.B. mögliche Zugangshürden für bestimmte Gruppen) zu erhalten.
- **Regelmässiger Austausch mit dem BAG:** Seitens des BAG wurde das Forschungsmandat von einer internen Begleitgruppe unterstützt. Die Begleitgruppe setzte sich aus Mitarbeitenden der Sektionen *Strategie, Grundlagen und Programme* und *Prävention und Promotion* zusammen. Im Rahmen verschiedener Sitzungen wurden

⁴ Die Gespräche erfolgten mit VertreterInnen von Sexuelle Gesundheit Schweiz (3), der Aids-Hilfe Schweiz, der Hochschule Luzern, des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Mann und Frau (EBG, Fachbereich Häusliche Gewalt), der Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (SGGG), des Fachverband sexuelle Gesundheit in Beratung und Bildung (FASEG) und von Lust und Frust - Fachstelle für Sexualpädagogik und Beratung.

Zwischenprodukte des Forschungsprojektes diskutiert und die weiteren Arbeiten geplant.

Bezüglich der Quellenlage der Situationsanalyse ist festzuhalten, dass zu einzelnen Teilbereichen der sexuellen Gesundheit sehr viel Studienliteratur und Datenmaterial vorliegt, zu anderen Themen hingegen kaum systematisch erhobene Informationen verfügbar sind. Dies bringt gewisse Verzerrungen mit sich, weil die Situationsanalyse vor allem zu Themenbereichen und Zielgruppen Aussagen macht, die bereits erforscht und aufgearbeitet wurden, während die Situation anderer Zielgruppen bzw. in anderen Themenbereichen weiterhin unbeleuchtet bleibt, obwohl dort möglicherweise Handlungsbedarf bestehen würde. Diese Wissenslücken wurden in den Kapiteln zu den einzelnen Handlungsfeldern jeweils angesprochen. Bei der Aufbereitung des vorhandenen Wissens besteht eine Herausforderung darin, dass die Untersuchungsgegenstände, Fragestellungen, Perspektiven und Reichweite sowie die Methodik und Datengrundlagen von vorhandenen Studien und Datenanalysen sich teilweise stark unterscheiden. Eine systematische und umfassende empirisch abgestützte Einschätzung der Betroffenheit (Wer ist von den beschriebenen Problemen konkret betroffen?) und der Problemlast (Wie viele Personen sind betroffen? Wie gravierend ist das Problem für die Betroffenen?) ist deshalb jeweils lediglich in Bezug auf die einzelnen untersuchten Gruppen möglich. Es lassen sich so nur beschränkt Aussagen mit Blick auf die gesamte Bevölkerung in der Schweiz machen.

Die Hauptarbeiten erfolgten zwischen Februar und September 2016.⁵ Aufgrund von anderen laufenden Prozessen in diesem Zeitraum und der damaligen Planung des Prozesses zur Programmentwicklung ergaben sich für die vorliegende Situationsanalyse und Bedarfsabklärung ausserdem folgende Rahmenbedingungen:

- Die **rechtliche Situation** im Bereich der sexuellen Gesundheit wurde für den vorliegenden Bericht nicht vertieft abgeklärt und beurteilt, da im selben Zeitraum eine juristische Bestandesaufnahme zu den sexuellen Rechten in der Schweiz in Arbeit war (Mandat von Sexuelle Gesundheit Schweiz an das Schweizerische Kompetenzzentrum für Menschenrechte; vgl. Recher 2016).
- Die Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention (VBGF) widmete ihre Herbsttagung vom 27. Oktober 2016 der sexuellen Gesundheit.⁶ Nach Kenntnisnahme dieses Umstands im Frühling 2016 und mit Blick auf die Projektplanung entschied das Büro Vatter, im Rahmen des vorliegenden Projekts auf eine vertiefte Erhebung der **kantonalen Aktivitäten** im Bereich der sexuellen Gesundheit zu verzichten.
- Um den Prozess zur Ausarbeitung eines NPHS-Nachfolgeprogramms und die dazu vorgesehenen Diskussionen mit den verschiedenen **Stakeholdern** im Bereich der

⁵ Die Situationsanalyse wurde zwischen Februar und April 2017 aktualisiert und vervollständigt.

⁶ <http://vbgf-arps.ch> > Veranstaltungen

sexuellen Gesundheit möglichst ergebnisoffen starten zu können und um vorgängige Einflussnahme einzelner Perspektiven auf den Bericht zu vermeiden, wurde in Absprache mit dem BAG bei der Ausarbeitung des vorliegenden Berichts bewusst auf einen breiten Einbezug von Stakeholdern verzichtet.

1.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht ist folgendermassen aufgebaut: Kapitel 2 beschreibt die konzeptionellen Grundlagen der sexuellen Gesundheit, auf denen der Bericht aufbaut. Die folgenden Kapitel beschreiben für jedes Handlungsfeld der sexuellen Gesundheit jeweils die Ergebnisse der Situationsanalyse und der Abklärung des Bedarfs:

- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit (Kapitel 3)
- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit (Kapitel 4)
- Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) (Kapitel 5)
- Prävention von sexueller Gewalt (Kapitel 6)
- Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit (Kapitel 7)

Kapitel 8 fasst die Ergebnisse der Situationsanalyse und der Bedarfsabklärung zusammen und beurteilt die Situation entlang der Zieldimensionen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020. Die ausländischen Beispiele für nationale Strategien werden in schliesslich Kapitel 1 vorgestellt.

2 Konzeptionelle Grundlagen

Der vorliegende Bericht baut auf vorhandenen konzeptionellen Grundlagen zur sexuellen Gesundheit auf, die im Folgenden kurz eingeführt werden.

2.1 Sexuelle Gesundheit

Die WHO (2006) definiert sexuelle Gesundheit als „Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Das bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus, wie auch die Möglichkeit, genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werden“ (EKSG 2015: 1).

Die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) orientiert sich an dieser Definition der WHO sowie an den sexuellen Rechten, die aus den Menschenrechten auf den Bereich Sexualität abgeleitet wurden (IPPF 2008; vgl. Kasten 2-1).

Kasten 2-1: Die sexuellen Rechte

- 1) Das Recht auf Gleichstellung, gleichen Schutz durch das Gesetz und Freiheit von allen Formen der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Sexualität oder Gender
- 2) Das Recht auf Partizipation unabhängig von Geschlecht, Sexualität oder Gender
- 3) Die Rechte auf Leben, Freiheit, Sicherheit der Person und körperliche Unversehrtheit
- 4) Das Recht auf Privatsphäre
- 5) Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz
- 6) Das Recht auf Gedanken und Meinungsfreiheit, das Recht auf freie Meinungsäusserung und Versammlungsfreiheit
- 7) Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben
- 8) Das Recht auf Bildung und Information
- 9) Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen
- 10) Das Recht auf Rechenschaftspflicht und Entschädigung

Quelle: IPPF (2008)

Das Konzept der sexuellen Gesundheit ist dementsprechend inhaltlich breit und vielfältig. Es umfasst zahlreiche Themenbereiche in Zusammenhang mit der menschlichen Sexualität (CLASS/SGCH 2016: 10):

- Sexualität und Rechte
- Persönliche sexuelle Entwicklung

- Fortpflanzung und Familienplanung
- Sexuell übertragbare Krankheiten und Infektionen der Fortpflanzungsorgane
- Sexuelle Gewalt und Missbrauch
- Sexuelle Identität und sexuelle Orientierung
- Sexuelle Probleme und Störungen, sexuelles Vergnügen
- Sexualität und Alter

Sexuelle Gesundheit betrifft jeden Menschen in jeder Lebensphase, wobei sich in jeder Lebensphase andere Fragen, Bedürfnisse oder Herausforderungen stellen. Diese unterscheiden sich auch je nach Geschlecht, Lebensstil, soziokulturellem Hintergrund, sexueller Orientierung, Lebenssituation etc. (CLASS/SGCH 2016: 11f.; EKSG 2016: 3). Sexuelle Gesundheit ist nicht nur eine individuelle, persönliche Angelegenheit, sondern ist in verschiedener Hinsicht ein Thema der öffentlichen Gesundheit, d.h. der Gesundheitsförderung und Prävention, insbesondere in Zusammenhang mit der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, aber auch hinsichtlich der Prävention von unerwünschten Schwangerschaften, von Gewalt und Missbrauch oder von Diskriminierung, welche auch die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen (CLASS/SGCH 2016: 12).

2.2 Internationaler Rahmen

Die schweizerische Politik im Bereich der sexuellen Gesundheit weist in zweierlei Hinsicht eine internationale Dimension auf. Zum einen orientiert sie sich an verschiedenen internationalen Grundlagen, zum anderen beteiligt sich die Schweiz an internationalen Prozessen. Die wichtigsten dieser Grundlagen werden im Folgenden kurz erläutert.

2.2.1 Vereinte Nationen (UNO)

Auf der Ebene der Vereinten Nationen (UNO) sind die folgenden internationalen Übereinkommen, Prozesse und Dokumente in Bezug auf die sexuelle Gesundheit in der Schweiz relevant:

UN-Menschenrechtsübereinkommen

Die Schweiz hat eine Reihe von internationalen Abkommen ratifiziert, welche die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte betreffen (Recher 2016: 21ff.). Kasten 2-2 listet die Abkommen und die wichtigsten darin enthaltenen Bestimmungen mit Relevanz für die sexuelle Gesundheit und Rechte auf.

Kasten 2-2: Menschenrechtsverträge der UNO mit Relevanz für die sexuelle Gesundheit und Rechte

<p>Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19.12.1966 (ICESCSR, Pakt I); ratifiziert von der Schweiz am 18.6.1992, in Kraft seit 18.9.1992 (SR 0.103.1)</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbot der Diskriminierung (Art. 2 und 3)- Recht auf Information und Bildung zu Fragen der Sexualität (Art. 13)- Recht zu Heiraten und eine Familie zu gründen (Art. 10)- Recht auf Gesundheit (Art. 12)- Recht vom wissenschaftlichen Fortschritt zu profitieren (Art. 15)
<p>Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte vom 19.12.1966 (ICCPR, Pakt II); ratifiziert von der Schweiz am 18.6.1992, in Kraft seit 18.9.1992 (SR 0.103.2)</p> <ul style="list-style-type: none">- Recht auf Zugang zum Recht (Art. 2)- Verbot der Diskriminierung (Art. 2, 3 und 26)- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 7)- Recht auf Privatheit (Art. 17)- Recht auf Information und Bildung zu Fragen der Sexualität (Art. 19)- Recht auf Meinungsfreiheit und Meinungsäusserung sowie Versammlungsfreiheit (Art. 19 und 21)- Recht zu Heiraten und eine Familie zu gründen (Art. 23)
<p>Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung vom 21.12.1965 (ICERD); ratifiziert von der Schweiz am 29.11.1994, in Kraft seit 29.12.1994 (SR 0.104)</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbot der Diskriminierung (Art. 2)- Recht auf Information und Bildung zu Fragen der Sexualität (Art. 5)- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 5)- Recht auf Gesundheit (Art. 5)- Recht auf Meinungsfreiheit und Meinungsäusserung sowie Versammlungsfreiheit (Art. 5)- Recht zu Heiraten und eine Familie zu gründen (Art. 5)- Recht auf Zugang zum Recht (Art. 5 und 6)
<p>Übereinkommen über die Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau vom 18.12.1979 (CEDAW); ratifiziert von der Schweiz am 23.3.1997, in Kraft seit 26.4.1997 (SR 0.108)</p> <ul style="list-style-type: none">- Verbot der Diskriminierung (Art. 2)- Recht auf Zugang zum Recht (Art. 2)- Recht auf Gesundheit (Art. 12)- Recht zu Heiraten und eine Familie zu gründen (Art. 16)- Recht auf freie Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied eigener Kinder (Art. 16 Abs. 1 lit. e)
<p>Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10.12.1984 (CAT); ratifiziert von der Schweiz am 2.12.1986, in Kraft seit 26.7.1987 (SR 0.105)</p> <ul style="list-style-type: none">- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe- Recht auf Zugang zum Recht (Art. 12-14)
<p>Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989 (CRC); ratifiziert von der Schweiz am 24.2.1997, in Kraft seit 26.3.1997 (SR 0.107)</p>

- Verbot der Diskriminierung (Art. 2)
- Recht auf Privatheit (Art. 8 und 16)
- Recht auf Meinungsfreiheit und Meinungsäusserung sowie Versammlungsfreiheit (Art. 13)
- Recht auf Information und Bildung zu Fragen der Sexualität (Art. 17, 28 und 29 KRK)
- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 19 und 37)
- Recht auf Gesundheit (Art. 24)

Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006 (CRPD); ratifiziert von der Schweiz am 15.4.2014, in Kraft seit 15. Mai 2014 (SR 1.109)

- Verbot der Diskriminierung (Art. 3 lit. g, 5 und 6)
- Recht auf Zugang zum Recht (Art. 13)
- Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Art. 15ff.)
- Recht auf Meinungsfreiheit und Meinungsäusserung sowie Versammlungsfreiheit (Art. 21)
- Recht auf Information und Bildung zu Fragen der Sexualität (Art. 21 und 24 BRK)
- Recht auf Privatheit (Art. 22)
- Recht zu Heiraten und eine Familie zu gründen (Art. 23)
- Recht auf Gesundheit (Art. 25)

Quelle: Recher (2016: 21ff.)

Von besonderer Bedeutung ist der internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte. Der dafür zuständige UNO Ausschuss (CESCR) hat im Mai 2016 im General Comment No. 22⁷ das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit als integralen Bestandteil des Rechts auf Gesundheit bezeichnet. Damit hat er die Bekämpfung von HIV und anderen STI in einen umfassenden Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gestellt. Die unterzeichnenden Staaten sind zur Umsetzung bestimmter Massnahmen (so genannte „core obligations“) verpflichtet, u.a. zur Umsetzung von nationalen Strategien und Massnahmenplänen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, einschliesslich angemessener Budgets.

Nachhaltige Entwicklungsziele der Agenda 2030 zu Gesundheit

Die UNO hat mit der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung einen global geltenden Rahmen für nationale und internationale Bemühungen im Bereich nachhaltige Entwicklung und Armutsbekämpfung geschaffen. Die Schweiz hat den Prozess zur Erarbeitung dieser Agenda seit Beginn wesentlich mitgeprägt.⁸ Die Agenda 2030 definiert 17 Ziele (Sustainable Development Goals/SDG) und 169 Unterziele. Zwei der SDG betreffen die sexuelle Gesundheit (Kasten 2-3):

⁷ <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17168&LangID=E> [Letzter Zugriff: 19.5.2017]

⁸ <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Kasten 2-3: Ziele und Unterziele zur sexuellen Gesundheit aus der UNO-Agenda 2030

<p>Ziel 3: Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern. Darunter u.a.:</p> <p>3.7: Bis 2030 den allgemeinen Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschliesslich Familienplanung, Information und Aufklärung, und die Einbeziehung der reproduktiven Gesundheit in nationale Strategien und Programme gewährleisten.</p> <p>Ziel 5: Geschlechtergleichstellung und Selbstbestimmung aller Frauen und Mädchen erreichen. Darunter u.a.:</p> <p>5.1: Alle Formen der Diskriminierung von Frauen und Mädchen überall auf der Welt beenden</p> <p>5.2: Alle Formen von Gewalt gegen alle Frauen und Mädchen im öffentlichen und im privaten Bereich einschliesslich des Menschenhandels und sexueller und anderer Formen der Ausbeutung beseitigen</p> <p>5.3: Alle schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie die Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen beseitigen</p> <p>5.6: Den allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten gewährleisten, wie im Einklang mit dem Aktionsprogramm der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung, der Aktionsplattform von Beijing und den Ergebnisdokumenten ihrer Überprüfungskonferenzen vereinbart</p>

Quelle: <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

UNAIDS-Strategie 2016-2021

Die UNO-Unterorganisation UNAIDS verabschiedete im Oktober 2015 eine neue Strategie für die Jahre 2016-2021 (UNAIDS 2015) mit dem Ziel, HIV bis 2030 zu eliminieren. Die Strategie formuliert 10 Ziele für das Jahr 2020, die alle auf eines der SDG Bezug nehmen, und 8 Ergebnisbereiche (Tabelle 2-1).

Die UNAIDS-Strategie legt einen Schwerpunkt auf die HIV-Prävention bei vulnerablen Zielgruppen mit besonders hohem Expositionsrisiko. Sie verfolgt einen multisektoriellen Ansatz und bezieht auch Fragen der Geschlechtergleichstellung, der sexuellen Gewalt und der Sexualaufklärung ein.

Im Rahmen des High-Level Meeting on Ending AIDS im Juni 2016 hat sich die Schweizer Delegation vor dem Hintergrund der schweizerischen Erfahrungen insbesondere für einen strategischen Ansatz stark gemacht, der auf Orte und Gruppen ausgerichtet ist, die besonders von HIV betroffen sind, wie z.B. Gefängnisse oder injizierende Drogenkonsumierende (Direktauskunft BAG).

Tabelle 2-1: Ergebnisbereiche der UNAIDS-Strategie 2016-2021

Ergebnisbereich („result area“)	Bezug zu SDG
Children, adolescents and adults living with HIV access testing, know their status and are immediately offered and sustained on affordable quality treatment	3: Good health and well-being
New HIV infections among children eliminated and their mother’s health and well-being is sustained	
Young people, especially young women and adolescent girls, access combination prevention services and are empowered to protect themselves from HIV	10: Reduced inequalities
Tailored HIV combination prevention services are accessible to key populations, including sex workers, men who have sex with men, people who inject drugs, transgender people and prisoners, as well as migrants	
Women and men practice and promote healthy gender norms and work together to end gender-based, sexual and intimate partner violence to mitigate risk and impact of HIV	5: Gender equality
Punitive laws, policies, practices, stigma and discrimination that block effective responses to HIV are removed	16: Peace, justice and strong institutions
AIDS response is fully funded and efficiently implemented based on reliable strategic information	17: Partnerships for the goals
People-centred HIV and health services are integrated in the context of stronger systems for health	

Quelle: UNAIDS (2015: 10f.)

2.2.2 Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Mai 2016 globale Strategien zu HIV und zu sexuell übertragbaren Krankheiten (mit Fokus auf Gonorrhoe, Syphilis und Gebärmutterhalskrebs) verabschiedet (WHO 2016a und 2016b). Diese dienen als Rahmendokumente zur Entwicklung nationaler Strategien und formulieren entsprechende Visionen und Ziele (Tabelle 2-2).

Tabelle 2-2: Vision und Ziele der WHO-Global Health Sector Strategies on HIV und STI

	Global Health Sector Strategy on HIV 2016 – 2021	Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016 – 2021
Vision	Zero new HIV infections, zero HIV-related deaths and zero HIV-related discrimination in a world where people living with HIV are able to live long and healthy lives	Zero new infections, zero sexually transmitted infection-related complications and deaths, and zero discrimination in a world where everybody has free and easy access to prevention and treatment service for sexually transmitted infections, resulting in people able to live long and healthy lives
Goal	To end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030, within the context of ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages.	Ending sexually transmitted infection epidemics as major public health concerns.

Quellen: WHO 2016a und 2016b

Die HIV-Strategie enthält verschiedene Globalziele für 2020, die STI-Strategie solche für 2030 (Kasten 2-4).

Kasten 2-4: Globalziele der HIV- und der STI-Strategie der WHO

Globalziele der HIV-Strategie für 2020:

HIV-related deaths:

- reduce global HIV-related deaths to below 500 000;
- reduce tuberculosis deaths among people living with HIV by 75%;
- reduce hepatitis B and C deaths among people coinfected with HIV by 10%, in line with mortality targets for all people with chronic hepatitis B and C infection.

Testing and treatment:

- ensure that 90% of people living with HIV know their HIV status;
- ensure that 90% of people diagnosed with HIV receive antiretroviral therapy;
- ensure that 90% of people living with HIV, and who are on treatment, achieve viral load suppression.

Prevention:

- reduce new HIV infections to below 500 000;
- zero new infections among infants.

Discrimination:

- zero HIV-related discriminatory laws, regulations and policies, and zero HIV-related discrimination in all settings, especially health settings;
- 90% of people living with HIV and key populations report no discrimination in the health sector.

Financial sustainability:

- overall financial investments for the AIDS response in low- and middle-income countries reach at least US\$ 26 billion, with a continued increase from the current levels of domestic public sources;
- ensure all countries have integrated essential HIV services into national health financing arrangements.

Innovation:

- increase research into and development of HIV-related vaccines and medicines for use in treatment and prevention;
- provision of access by 90% of countries to integrated health services covering HIV, tuberculosis, hepatitis B and C, reproductive health and sexually transmitted infections.

Globalziele der STI-Strategie für 2030:

- 90% reduction of *T. pallidum* incidence globally (2018 global baseline);
- 90% reduction in *N. gonorrhoeae* incidence globally (2018 global baseline);
- 50 or fewer cases of congenital syphilis per 100 000 live births in 80% of countries;
- Sustain 90% national coverage and at least 80% in every district (or equivalent administrative unit) in countries with the human papillomavirus vaccine in their national immunization programme.

Quellen: WHO (2016a: 24 und 2016b: 25)

Im September 2016 verabschiedete das Regionalkomitee der WHO für Europa europäische Aktionspläne gegen HIV (WHO Regionalbüro für Europa 2016a) und zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (WHO Regionalbüro für Europa 2016b). Diese orientieren sich u.a. an der UNO Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (s.o.), der

UNAIDS-Strategie 2016–2021, an der Global health sector strategy for HIV 2016–2021, und Health 2020 und an der europäischen WHO-Rahmenstrategie für Gesundheit und Wohlbefinden.

Die Vision und die Ziele des **Aktionsplans gegen HIV** sind in Tabelle 2-3 zusammengefasst. Die Mitgliedstaaten der Europäischen WHO-Region – darunter die Schweiz – sind aufgerufen, eigene Zielsetzungen und Vorgaben zu entwickeln, die sich daran orientieren. „Die Zielvorgaben sollten für alle gelten, wobei der Fokus jedoch auf besonders gefährdete Gruppen zu richten ist“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2016a: 7f.).

Tabelle 2-3: Vision und Zielsystem des Aktionsplans gegen HIV des WHO-Regionalbüros für Europa

Goals	
Vision	Schaffung einer Europäischen Region der WHO, in der es keine neuen HIV-Infektionen, keine Aids-bedingten Todesfälle und keine Diskriminierung aufgrund von HIV-Infektion mehr gibt, und eine Lebenswirklichkeit, in der Menschen mit HIV lange in Gesundheit leben können
Oberziel für 2030	Ende der Aids-Epidemie als Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der Europäischen Region in einem Kontext, der gesundes Leben sichert und Wohlbefinden für die Menschen aller Altersgruppen fördert
Einzelziele	
Prävention	Verringerung der Zahl der Neuinfektionen um 75% (oder geeigneter numerischer Zielwert in Ländern mit geringer Prävalenz) auch in besonders gefährdeten Gruppen. Senkung der HIV-Übertragungsraten von der Mutter auf das Kind auf < 2% bei nicht stillenden und < 5% bei stillenden Müttern. Senkung der Übertragungsrate von Syphilis und HIV von der Mutter auf das Kind bei der Geburt auf ≤ 50 pro 100 000 Lebendgeburten.
Tests und Therapien	90% der mit HIV infizierten Personen kennen ihren HIV-Status. 90% der mit HIV diagnostizierten Personen erhalten antiretrovirale Therapie. 90% der mit antiretroviraler Therapie versorgten HIV-Infizierten erzielen eine anhaltende Virussuppression.
Aids-Sterbefälle	Senkung der Zahl der Aids-Sterbefälle auf unter 30 000 (als Beitrag zum globalen Ziel einer Absenkung der Aids-Sterbefälle auf unter 500 000). Senkung der Zahl der Tuberkulose-Sterbefälle unter Menschen mit HIV um 75% (oder geeigneter numerischer Zielwert in Ländern mit geringer Prävalenz). Senkung der Zahl der Fälle von Hepatitis B und C unter Menschen mit HIV um 10%.
Diskriminierung	Keinerlei Diskriminierung durch Grundsätze oder Gesetze in Verbindung mit HIV.
Finanzielle Nachhaltigkeit	Anhebung des Anteils der Länder, deren HIV-Programm nachhaltig finanziert ist, auf über 90%.

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa (2016a: 6f.)

Der **Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit** richtet sich an der folgenden Zukunftsvision aus: „Die Europäische Region der WHO ist eine Region, in der alle Menschen unabhängig von biologischem und sozialem Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung Geschlechtsidentität, sozioökonomischen Umständen, ethnischer Zugehörigkeit, kulturellem Hintergrund und rechtlichem Status dazu befähigt und dabei unterstützt werden, ihr Potenzial an sexueller und reproduktiver Gesundheit voll auszuschöpfen und in dieser Hinsicht ein möglichst hohes Mass an Wohlbefinden zu erreichen; eine Region, in der ihr Menschenrecht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit geachtet, geschützt und verwirklicht wird; und eine Region, in der Länder für sich wie auch gemeinsam auf den Abbau von Benachteiligungen in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit verbundene Rechte hinarbeiten“ (WHO-Regionalbüro für Europa 2016b: 9). Der Aktionsplan sieht drei Oberziele mit verschiedenen Teilzielen und Schlüsselmassnahmen vor. Die Ziele sind in Tabelle 2-4 aufgeführt.

Tabelle 2-4: Zielsystem des Aktionsplan zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit des WHO-Regionalbüros für Europa

Zielsetzungen	Ziele
1) Befähigung aller Menschen zu mündigen Entscheidungen in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und Gewährleistung, dass ihre Menschenrechte geachtet, geschützt und verwirklicht werden.	1.1 Gewährleistung, dass die Menschenrechte der Bürger in Bezug auf Sexualität und Reproduktion geachtet, geschützt und verwirklicht werden.
	1.2 Einrichtung und Ausbau einer umfassenden formellen und informellen evidenzgeleiteten Sexualerziehung
	1.3 Bereitstellung von Informationen und Dienstleistungen, die Menschen dazu befähigen, mündige Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit zu treffen
	1.4 Verhinderung von Gewalt durch Intimpartner sowie von sexueller Gewalt und Ausbeutung durch andere Personen und Angebot von Unterstützung für die Opfer und von Hilfe für die Täter
2) Gewährleistung, dass alle Menschen das für sie erreichbare Höchstmass an sexueller und reproduktiver Gesundheit und in dieser Hinsicht ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden geniessen können	2.1 Eingehen auf die Bedürfnisse und Anliegen aller Menschen in Bezug auf Sexualität sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit verbundene Rechte
	2.2 Verringerung des ungedeckten Bedarfs an Leistungen zur Empfängnisverhütung
	2.3 Beseitigung vermeidbarer Müttersterblichkeit und vermeidbarer perinataler Mortalität und Morbidität
	2.4 Reduzierung der Zahl sexuell übertragbarer Infektionen
	2.5 Prävention, Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit
	2.6 Einrichtung und Stärkung von Programmen für

	die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krebs der Fortpflanzungsorgane
3) Garantie eines allgemeinen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Beseitigung bestehender Benachteiligungen	3.1 Vergrößerung von Umfang und Reichweite der Angebote im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für Jugendliche
	3.2 Herstellung und Stärkung des Zugangs von Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen zu Angeboten im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
	3.3 Einbeziehung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in nationale Gesundheitsstrategien und -programme
	3.4 Entwicklung gesamtstaatlicher und gesamtgesellschaftlicher Lösungsansätze für eine wirksame und chancengleiche Programmumsetzung

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa (2016b: 10ff.)

2.2.3 Sexuelle und reproduktive Gesundheit als Teil der Gesundheitsausenpolitik

Die Schweiz verfügt über eine offizielle Gesundheitsausenpolitik (EDA/EDI 2012). Diese „ist traditionell auf die konkrete bilaterale Entwicklungszusammenarbeit in den ärmsten Ländern und die multilaterale Arbeit ausgerichtet“ (EDA/EDI 2012: 9). Die Direktion Entwicklung und Zusammenarbeit (EDA) und das BAG Internationales (EDI) vertreten die Schweiz in internationalen Organisationen (z.B. UNAIDS, UNO-Generalversammlung, WHO, Menschenrechtsrat) und Prozessen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte und bringen die Positionen der Schweiz ein. Die Schweiz hat für ihre Gesundheitsausenpolitik 20 Ziele definiert, für die sie einen wesentlichen Beitrag leisten will. Darunter betreffen die folgenden die sexuelle Gesundheit (Kasten 2-5):

Kasten 2-5: Ziele der schweizerischen Gesundheitsausenpolitik mit Bezug zur sexuellen Gesundheit

Ziel 12 – Kontrolle Infektionskrankheiten: Das international vernetzte System zur Kontrolle und Bekämpfung von Infektionskrankheiten weiter stärken.

Darunter u.a.: Die Krankheitslast und Sterberate der wichtigsten Armutskrankheiten HIV/AIDS, Malaria und Tuberkulose sowie der über Wasser übertragenen Krankheiten ist reduziert.

Ziel 15 – Zugang/Qualität der Heilmittel: Zugang zu unentbehrlichen, bewährten wie neu entwickelten, qualitativ einwandfreien und bezahlbaren Arzneimitteln und Medizinprodukten verbessern.

Ziel 17 – Drogenpolitik: Die vier Säulen der Drogenpolitik (Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadenminderung, Kontrolle und Repression) international etablieren.

Ziel 19 – Menschenrechte: Das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit fördern und verwirklichen.

Ziel 20 – Gesundheit von Mutter und Kind / sexuelle und reproduktive Gesundheit: Die Gesundheit von Mutter und Kind sowie die sexuelle und reproduktive Gesundheit fördern:

Quelle: EDA/EDI (2012: 27ff.)

Im Rahmen von Zielbereich 3 der Gesundheitsaussenpolitik setzt sich die Schweiz aktiv für die Bekämpfung von Krankheiten wie HIV und für die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Müttern und Kindern ein. „Möglichst vielen Menschen – unabhängig von deren sozioökonomischem Status – soll ein nichtdiskriminierender Zugang zu präventiven und kurativen Gesundheitsbasisdienstleistungen gewährt werden“ (EDA/EDI 2012: 23).

Die Direktion für Entwicklungszusammenarbeit (DEZA) vertritt die folgenden Positionen zum Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (schriftliche Notiz der DEZA vom 16.8.2016):

- Beschleunigung und Ausweitung der Massnahmen im Bereich HIV/Aids („fast track“)
- Prävention bzw. Verhinderung von HIV-Neuansteckungen: Ausgewogener Ansatz von (Primär-)Prävention, Behandlung und Antidiskriminierung
- Konsequenter Menschenrechtsansatz, Förderung der Geschlechtergleichstellung und der Rechte für Jugendliche: Diskriminierungsfreier Zugang für alle zu Leistungen im Bereich HIV/Aids; umfassende Sexualaufklärung
- Stärkung von Gesundheitssystemen und die Integration von HIV/Aids in das Gesundheitssystem: Integration von Dienstleistungen im Bereich HIV/Aids, der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (inkl. STI) und der Mutter-Kind Gesundheit
- Einbezug von zivilgesellschaftlichen und nicht-staatlichen Organisationen, sowohl im Bereich des Politikdialogs als auch bei der Umsetzung von HIV/Aids - relevanten Strategien.
- Förderung der Forschung im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte inkl. HIV/Aids
- Förderung des multisektoriellen Ansatzes

2.3 Strategische Grundlagen auf nationaler Ebene

In der Schweiz besteht eine Vielzahl von Programmen, Aktivitäten, Massnahmen und Angeboten in Zusammenhang mit sexueller Gesundheit, die sich jedoch zumeist auf einzelne Handlungsfelder beziehen und bisher nicht in ein umfassendes Konzept zur sexuellen Gesundheit eingebettet sind (EKSG 2015; CLASS/SGCH 2015: 13). Die Kapitel 3 bis 7 bieten eine Übersicht über die Situation und den Bedarf in diesen Handlungsfeldern. Im Folgenden werden die wichtigsten rechtlichen und strategischen Grundlagen für das staatliche Handeln im Bereich der sexuellen Gesundheit auf nationaler Ebene kurz vorgestellt.

2.3.1 Rechtliche Grundlagen auf Bundesebene

Das Bundesrecht enthält zahlreiche rechtliche Normen, die sich direkt oder indirekt auf den Schutz, die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit beziehen bzw. die Rahmenbedingungen dafür festlegen. Eine umfassende Auslegeordnung

ist im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht möglich, findet sich jedoch bei Recher (2016).

Grundsätzlich sei erwähnt, dass die Bundesverfassung diverse Grundrechte und Sozialziele enthält, welche die sexuellen Rechte und den Schutz der sexuellen Gesundheit betreffen:

- Rechtsgleichheit (Art. 8 BV)
- Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit (Art. 10 BV)
- Schutz der Kinder und Jugendlichen (Art. 11 BV)
- Recht auf Hilfe in Notlagen (Art. 12)
- Schutz der Privatsphäre (Art. 13 BV)
- Recht auf Ehe und Familie (Art. 14 BV)
- Meinungs- und Informationsfreiheit (Art. 16 BV)
- Anspruch auf Grundschulunterricht (Art. 19 BV)
- Sozialziele (Art. 41 BV)

Des Weiteren verfügt der Bund gemäss Bundesverfassung in verschiedenen Bereichen über Gesetzgebungs- und Handlungskompetenzen, die für die sexuellen Rechte und die sexuelle Gesundheit unmittelbar relevant sind. Die wichtigsten Zuständigkeitsbereiche und Bundesgesetze sind in (Tabelle 2-5) aufgelistet:

Tabelle 2-5: Zuständigkeitsbereiche und wichtigste Bundesgesetze im Bereich der sexuellen Gesundheit

Zuständigkeit gemäss Bundesverfassung	Wichtigste Rechtsbereiche und Bundesgesetze
Schule/Bildung	
Schulwesen (Art. 62 BV)	Bundeskompentenz, subsidiär strukturelle Eckwerte für Volksschule zu erlassen, wenn Harmonisierungsbemühungen der Kantone scheitern <i>Berufsbildung und Weiterbildung</i>
Förderung von Kindern und Jugendlichen (Art. 67 BV)	<i>Ausserschulische Jugendarbeit:</i> Kinder- und Jugendförderungsgesetz (KJFG; SR 446.1)
Gesundheit/Medizin	
Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV)	<i>Krankenversicherung:</i> Krankenversicherungsgesetz (KVG; SR 832.10)
Medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV)	
Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV)	<i>Arzneimittel und Medizinprodukte:</i> Heilmittelgesetz (HMG; SR 812.21) <i>Krankheitsbekämpfung:</i> Epidemiengesetz (EpG; SR 818.101)
Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV)	<i>Medizin und Menschenwürde:</i> Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG; SR 810.11) Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 510.12)

Zuständigkeit gemäss Bundesverfassung	Wichtigste Rechtsbereiche und Bundesgesetze
	Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5)
Privatrecht	
Zivilrecht (Art. 122 BV)	<i>Personenrecht:</i> Sterilisationsgesetz (SR 211.111.1) Partnerschaftsgesetz (PartG SR 211.231)
Strafrecht, Opferhilfe	
Strafrecht (Art. 123 BV)	Strafgesetzbuch (StGB; SR 311)
Strafrechtliche Massnahmen bei Sexualstraftaten (Art. 123a BV; Art. 123b BV; Art. 123c BV)	
Opferhilfe (Art. 124 BV)	Opferhilfegesetz (OHG; SR 312.5)

Quelle: Recher (2016)

Die einzelnen Kapitel zu den verschiedenen Handlungsfeldern enthalten ausführlichere Angaben zu den jeweils wichtigsten rechtlichen Grundlagen.

2.3.2 Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen

Seitens des Bundes bildet das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011-2017 aktuell die strategische Grundlage zur Förderung der sexuellen Gesundheit. Das NPHS stützt sich auf das Epidemiengesetz des Bundes ab und versteht sich in erster Linie als nationale Strategie zur Prävention sowie zur Diagnose und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (z.B. Chlamydien, Syphilis, Gonorrhoe, Hepatitiden, HPV und weiteren), und nicht als Strategie zur ganzheitlichen Förderung der sexuellen Gesundheit. Es setzt Leitplanken für alle in der HIV- und STI-Arbeit tätigen Institutionen und Akteure (BAG 2010: 7 und 12f.).

Das NPHS verfolgt die folgenden Oberziele (BAG 2010: 77ff.):

1. Sensibilisierung: Die Menschen in der Schweiz sind aufgeklärt und fähig, ihre Rechte im Bereich der Sexualität wahrzunehmen.
2. Prävention: Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sinkt.
3. Beratung, Diagnostik und Therapie: HIV und andere STI werden in einem frühen Stadium erkannt und richtig behandelt.
4. Gesellschaftspolitische und strukturelle Bedingungen: Die HIV- und STI-Arbeit wirkt nachhaltig, weil sie auf die Partizipation der Zielgruppen setzt, auf wissenschaftlicher Evidenz beruht und von der Bevölkerung getragen wird.

Das NPHS definiert 3 Interventionsachsen mit jeweils unterschiedlichen Zielgruppen, die jeweils auf die drei ersten Oberziele ausgerichtet sind, sowie eine Reihe von Unterstüt-

zungsaufgaben zur Erreichung von Oberziel 4. Die Zielgruppen und wichtigsten Massnahmen, wie sie im NPHS festgehalten sind, sind in Tabelle 2-6 zusammengestellt.

Daraus wird ersichtlich, dass das NPHS konzeptionell breit angelegt ist und zahlreiche Settings und Akteure der sexuellen Gesundheit anspricht. Der Hauptfokus des Programms liegt auf dem medizinischen System und der Prävention, Diagnose und Behandlung von HIV und anderen STI; die zielgruppenspezifischen Präventionsaktivitäten in Interventionsachse 2 beziehen jedoch verschiedene Netzwerke, Beratungsstellen und andere Organisationen in den jeweiligen Settings und Communities ein. Neben Information, Sensibilisierung und Prävention und der Qualifizierung von Fachpersonen sind in Interventionsachse 1 ausserdem auch Massnahmen im Bereich der Sexualaufklärung in der Schule erwähnt.

Tabelle 2-6: Interventionsachsen und Unterstützungsaufgaben im NPHS 2011-2017

Interventionsachse 1: Gesamtbevölkerung	
Spezifische Zielgruppen:	<ul style="list-style-type: none"> - Jugendliche sowie junge Frauen und Männer - MigrantInnen aus Ländern ohne generalisierte HIV-Epidemie - Freier - Reisende in Endemiegebiete
Ziele	Massnahmen
Sensibilisierung: Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz sind sensibilisiert für den Wert der sexuellen Gesundheit und für die Rechte des Menschen im Bereich der Sexualität.	Sensibilisierung via LOVE LIFE-Kampagne, Beratungsstellen und Ärzteschaft
Prävention: Die Bevölkerung ist informiert über HIV und andere STI. Der Zugang zu Impfangeboten sowie zu Präventionsmitteln ist für alle gewährleistet.	Informationsbroschüren und Flyer, online Informations- und Austauschplattform <ul style="list-style-type: none"> - Fortbildung für Lehrpersonen zum Thema Sexualunterricht - Standards für Sexualerziehung an den Schulen - Standards für Sexualerziehung für die ausser-schulische Jugendbetreuung Fortbildungskonzepte für Fachpersonen im Präventionsbereich, MultiplikatorInnen sowie für die Ärzteschaft Informationen zu Impfungen (Hepatitis B, HPV)
Diagnose und Beratung: In der Schweiz ist der Zugang zu einem bedarfsgerechten Netz von qualitativ hochstehenden und umfassenden Angeboten zur Beratung, zu Test und Diagnose und zu Notfallinterventionen gewährleistet.	Tool für individuelle Risikoabklärung <ul style="list-style-type: none"> - Testkonzepte für HIV und andere STI - Pilotprojekte zur Chlamydienprävention Schaffung spezifischer Angebote für bestimmte Zielgruppen (v.a. Jugendliche sowie vulnerable Migrantengruppen) oder Berücksichtigung deren spezifischen Bedürfnisse durch reguläre Angebote

Interventionsachse 2: Sexuell aktive Menschen mit erhöhtem Expositionsrisiko (erhöhte Prävalenz oder Vulnerabilität)

Spezifische Zielgruppen:

- Männer, die mit Männern Sex haben (MSM)
- MigrantInnen aus Ländern mit generalisierter Epidemie
- SexarbeiterInnen
- Injizierend Drogen konsumierende Menschen
- Gefängnisinsassen

Ziele

Sensibilisierung: Die Zielgruppen in der Interventionsachse 2 werden zusätzlich und spezifisch sensibilisiert.

Massnahmen

Zielgruppenspezifische Sensibilisierung:
 - Zielgruppenspezifische Broschüren, Flyer, Aktionen/Kampagnen, Internet
 - Aktionen mit Opinion-Leaders der einzelnen Zielgruppen
 Separate Telefon-Hotlines/Telefonberatung für die Angehörigen der Zielgruppen
 Sensibilisierung von Fach- und Betreuungspersonen, die mit den Angehörigen der entsprechenden Zielgruppen arbeiten, für die HIV- und STI-Prävention

Prävention: Spezifische Konzepte zur Information und zur Verhältnisprävention in den einzelnen Zielgruppen vermindern das Ansteckungsrisiko. Der Bund und die Kantone erachten die zielgruppenspezifische Prävention in der Interventionsachse 2 als prioritär.

Zielgruppenspezifische Impfpfehlungen
 Zielgruppenspezifische Präventionsmassnahmen: Informationsangebote, Präventionsmaterial und Risikoanamnese-Tools, aufsuchende Präventionsarbeit in jeweiligen Settings, transkulturelle Ausbildung von Beratungsstellen

Diagnose und Beratung: Den Angehörigen der verschiedenen Zielgruppen stehen spezifische Angebote zur Beratung, Notfallintervention, Testung (VCT) und Behandlung zur Verfügung.

Labor-, PICT-, VCT-Konzept für STI differenziert für die einzelnen Zielgruppen
 Aufklärung über Probleme mit HIV-Hometests
 Testangebote in Treffpunkten von SexarbeiterInnen oder Freiern und in Lokalen, wo sexuelle Begegnungen stattfinden (mobile Checkpoints ausbauen)

Interventionsachse 3: Menschen mit einer HIV-Infektion und/oder einer STI sowie deren Sexualpartnerinnen und -partner

Ziele

Sensibilisierung: Personen mit einer HIV- und/oder STI-Diagnose sowie ihre Partnerinnen und Partner sind kompetent, ihre Gesundheit entsprechend ihrer Situation zu verbessern oder zu erhalten.

Massnahmen

Sensibilisierung der Zielgruppen für ihre spezifische Situation und Bedeutung der Partnerinformation

Prävention: Personen mit einer HIV-Diagnose oder einer STI-Diagnose erhalten und verstehen alle für sie wichtigen Informationen im Zusammenhang mit der Infektion. PartnerInnen von Menschen mit HIV- und/oder STI-Diagnose sind über die Infektion ihres Partners informiert.

Richtlinien und Empfehlungen für die Ärzteschaft, und für Präventionsspezialisten und -institutionen

Zielgruppenspezifische Information, Partnerinformation

Diagnose und Beratung: Infizierte werden rechtzeitig, richtig und umfassend behandelt, ihre PartnerInnen – wenn nötig – in die Behandlung einbezogen.	Pilotprojekt zur Prüfung eines Disease-Management-Modells im Bereich HIV/STI Entwicklung bzw. Überarbeitung von Behandlungsguidelines für die relevanten STI und HIV
Unterstützungsaufgaben	
Engagement gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung HIV- und/oder STI-Betroffener und vulnerabler Menschen	Gleichstellung und Nichtdiskriminierung Partizipation und Empowerment
Governance – koordinierte Zusammenarbeit	Koordination der Umsetzung Qualität analysieren Ausweitung der HIV-bezogenen Tätigkeiten auf STI Überwachung der Strategie Innovation
Evidenz	Evidenzbasis schaffen Third Generation Surveillance
Forschung	Forschung zu STI Stärkung der Public-Health-Forschung Public-Health-Forschungsplattform HIV/STI/Sexual Health Schweizerische HIV-Kohortenstudie
Einbettung der HIV- und STI-Arbeit in den internationalen Kontext	Koordination NPHS-internationale Zusammenarbeit im Bereich HIV/STI und sexueller und reproduktiver Gesundheit Kooperation: NPHS als Teil der europäischen HIV- und STI-Antwort

Quelle: BAG (2010: 83-123)

Einzelne der im NPHS angelegten Massnahmen, v.a. in Interventionsachse 1, thematisieren nicht nur medizinische Inhalte in Zusammenhang mit HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, sondern gehen darüber hinaus. So soll z.B. die Bevölkerungsinformation die Rechte des Menschen im Bereich der Sexualität umfassen und die grundlegenden Massnahmen zum Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften, vor HIV oder vor längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die durch STI ausgelöst werden, propagieren (BAG 2010: 94). Gemäss NPHS soll in Zusammenarbeit mit den Kantonen darauf hingewirkt werden, dass „im Rahmen der Gesundheitsförderung eine stufengerechte Sexualaufklärung⁹ in die Lehrpläne der obligatorischen und nachobligatorischen Schule integriert wird“ (BAG 2010: 95). Diese soll Aufklärung vermitteln, Wissen über sexuelle Gesundheit verankern und der Diskriminierung und Stigmatisierung von infizierten Menschen

⁹ Im NPHS wird noch der Begriff „Sexualerziehung“ verwendet.

entgegenwirken, wertfrei verschiedene Ausrichtungen der sexuellen Orientierung und Gender-Identität behandeln und Jugendliche dabei unterstützen, ihre eigene zu finden.

Strategie und Ziele des NPHS sind für die Schweiz verbindlich erklärt, die einzelnen Akteure entscheiden jedoch im Rahmen ihrer Zuständigkeiten selbst über die konkrete Umsetzung und den Mitteleinsatz (BAG 2010: 13). Das BAG koordiniert und steuert die Umsetzung des NPHS 2011-2017 und leitet Projekte und Aktivitäten in seiner Zuständigkeit. An der Umsetzung sind weitere Bundesämter ausserparlamentarische Kommissionen, die Kantone, Bildungseinrichtungen, Dachorganisationen, Verbände und weitere NGOs auf nationaler, kantonaler, regionaler und lokaler Ebene, regionale HIV- und STI-Zentren, Fach- und Beratungsstellen, medizinische Fachgesellschaften und Fachpersonen, VCT¹⁰- und Teststellen und die Krankenversicherer im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten beteiligt (BAG 2010: 129ff.). Zentrale Akteure sind Sexuelle Gesundheit Schweiz¹¹ (ehemals PLANeS), die für die Umsetzung in Interventionsachse 1 zuständig ist, und die Aids-Hilfe Schweiz¹², die für die Interventionsachse 2 zuständig ist.¹³

Im Rahmen der Interventionsachse 2 bestehen zielgruppenspezifische Teilstrategien:

Urgent Action Plan

2011 präsentierte das BAG den so genannten Urgent Action Plan (BAG 2011), eine Strategie, die sich an Männer, die Männern Sex haben (MSM) richtet und darauf abzielt, die HIV-Infektionsketten unter diesen zu stoppen oder zumindest zu bremsen. Der Urgent Action Plan sah Massnahmen in drei Aktionsfeldern vor (vgl. Kasten 2-6), die gemeinsam mit den Akteuren der Gay Community, den Checkpoints¹⁴, kommerziellen Anbietern (Bars, Clubs, Saunas etc.) und der Aids-Hilfe Schweiz und ihrer Antennen umgesetzt werden sollten. Zentrale Mittel waren bisher die jährlichen Kampagnen Break the Chains, STOP SYPHI-

¹⁰ VCT = Voluntary Counseling and Testing; Beratung und Test auf freiwilliger Basis

¹¹ Sexuelle Gesundheit Schweiz ist der gemeinnützige Zusammenschluss von Beratungsstellen, Fachorganisationen und Fachpersonen, die im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz tätig sind (www.sexuelle-gesundheit.ch).

¹² Aids-Hilfe Schweiz (AHS) ist der Dachverband der 8 regionalen Koordinationszentren sowie weiterer im HIV/Aids-Bereich tätigen oder engagierten Organisationen (www.aids.ch).

¹³ Eine 2014 publizierte Zwischenbilanz (Midterm-Check) zum NPHS weist auf gewisse Schwächen in Bezug auf dessen Steuerung hin. So sollte z.B. die Koordination mit den Kantonen, innerhalb der Verbände und zwischen den regionalen Akteuren verbessert werden, fehlt eine Gesamtsicht über den Stand der Programmumsetzung oder erwarten die Stakeholder ein stärkeres Engagement hinsichtlich Governance und Leadership (Heuer 2014: 6).

¹⁴ Bei den Checkpoints handelt es sich um spezifisch auf schwule Männer ausgerichtete Gesundheitszentren. Solche bestehen in Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich.

LIS und #undetectable. Der Urgent Action Plan wird aktuell überarbeitet; die neue Version soll im Frühling 2017 veröffentlicht werden.¹⁵

Kasten 2-6: Aktionsfelder und Massnahmen des Urgent Action Plans

Aktionsfeld 1: HIV-Übertragungen in der Primoinfektionsphase verhindern und den Community Viral Load senken

- Aktionsmonat „Break the Chains“ 1x pro Jahr
- Wissen über Primoinfektion und deren Symptome verbessern, Aufforderung zu Beratung und Testung bei Symptomen
- Männer besser über andere STI und deren Symptome informieren. Empfehlung zu Beratung und gegebenenfalls Behandlung und zu Partnerinformation.
- Ermutigung zu sofortiger antiretroviraler Therapie bei diagnostizierter HIV-Infektion während der Primoinfektionsphase

Aktionsfeld 2: Zeitspanne zwischen Infektion und Diagnose auf 12 Monate verkleinern

- Aufruf an schwule Männer, sich mindestens einmal pro Jahr auf HIV, Syphilis, Gonorrhoe / Tripper, Chlamydien und Hepatitis testen zu lassen

Aktionsfeld 3: HIV-Übertragungen nach der Diagnose senken

- Partnerinformation durch HIV-Betroffene
- Individuelle Betreuungsangebote für HIV-positive Personen
- unter bestimmten Voraussetzungen antiretrovirale Therapie
- HIV-infizierte Männer schützen sich bei Gelegenheitspartnern mit Safer Sex vor anderen STI

Quelle: BAG (2011: 32f.)

Rahmenkonzept „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“

Das NPHS wurde 2016 mit dem Rahmenkonzept „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“ (BAG 2016a) ergänzt. Es führt dieses weiter und konkretisiert es mit Leitlinien für „Interventionen für und mit vulnerablen Migrantinnen und Migranten“ (BAG 2016a: 9). Es orientiert sich am Zielsystem des NPHS und ergänzt es mit spezifischen Unterzielen im Sinne von Voraussetzungen zur Erreichung der Oberziele. Zusätzlich formuliert es ein neues Oberziel zu den sexuellen Rechten (vgl. Kasten 2-1).

Kasten 2-7: Zielsystem des Rahmenkonzepts „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“

Oberziel 1 - Sexuelle Rechte: Vulnerable Migrantinnen und Migranten nehmen ihre sexuellen Rechte wahr.

- Unterziele:
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen ihre sexuellen Rechte.
 - Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in der Lage, ihre sexuellen Rechte wahrzunehmen.
 - Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind in ihrer Selbstbestimmung bestärkt und fällen Entscheidungen autonom.

¹⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/schwule-gesundheit-msm.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Oberziel 2 - Primärprävention von HIV und STI: Das Übertragungsrisiko von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bei vulnerablen Migrantinnen und Migranten sinkt.

- Unterziele:
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen die Safer Sex-Regeln und wenden sie an.
 - Vulnerable Migrantinnen und Migranten kennen den schweizerischen Impfplan und befolgen ihn.

Oberziel 3 - Beratung, Diagnostik und Therapie: HIV und andere STI werden bei vulnerablen Migrantinnen und Migranten in einem frühen Stadium erkannt und behandelt.

- Unterziele:
- Vulnerable Migrantinnen und Migranten nehmen nach einer Risikoexposition rasch die entsprechenden Dienstleistungen (Beratung und Testung) in Anspruch.
 - Vulnerable Migrantinnen und Migranten mit Symptomen von HIV, einer STI oder undefinierten Beschwerden im Genitalbereich begeben sich unverzüglich in medizinische Abklärung.
 - Infizierte Personen erhalten eine qualitativ hochstehende medizinische und psychosoziale Beratung, Behandlung und/oder Begleitung.

Oberziel 4 - Gesellschaftspolitische und strukturelle Bedingungen: Die HIV- und STI-Arbeit für vulnerable Migrantinnen und Migranten ist gesellschaftlich breit abgestützt und wirkt nachhaltig.

- Unterziele:
- Der Zugang zum Gesundheitssystem gilt für alle Menschen in der Schweiz.
 - Die Menschenrechte werden eingehalten.
 - Vulnerable Migrantinnen und Migranten sind als Akteurinnen und Akteure in die HIV/STI-Arbeit eingebunden.

Quelle: BAG (2016a: 39f.)

Kasten 2-8 fasst die Handlungsfelder und vorgesehene Massnahmen des Rahmenkonzepts zusammen:

Kasten 2-8: Handlungsfelder des Rahmenkonzepts „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“

Handlungsfeld 1: Menschenrechte, Partizipation, Zugang zum Gesundheitssystem, Empowerment von Betroffenen

- 1.1 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern den Zugang für alle zum Gesundheitssystem.
- 1.2 Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich für die Menschenrechte und im Besonderen für die sexuellen Rechte ein.
- 1.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit und Mitglieder von Migrationsgruppen bekämpfen Stigmatisierung und Diskriminierung und stärken Betroffene.
- 1.4 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern Empowerment und Selbstbestimmung von Migrantinnen und Migranten, indem diese in die Umsetzung des Rahmenkonzepts MV einbezogen werden.

Handlungsfeld 2: Zugang zu Information, Präventionsmaterial, Schwangerschaftsverhütung, Impfung

- 2.1 Akteure der HIV/STI-Arbeit machen Informationen, Präventionsmittel und Empfängnisverhütung niederschwellig zugänglich.
- 2.2 Akteure der HIV/STI-Arbeit schaffen Impfangebote für vulnerable Migrantinnen und Migranten und medizinische Regelangebote bieten vulnerablen Migrantinnen und Migranten Impfungen an.
- 2.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit fördern gezielt Safer Sex bei Kunden von Sexarbeitenden.
- 2.4 Akteure der HIV/STI-Arbeit setzen sich dafür ein, dass Etablissements Präventionsmittel zur Verfügung stellen.

Handlungsfeld 3: Test, Diagnose, Behandlung, freiwillige Partnerinformation

- 3.1 Gesundheitsdienstleister richten Angebote auch auf vulnerable Migrantinnen und Migranten aus.

- 3.2 Gesundheitsdienstleister schaffen spezielle Angebote für Testung und Behandlung der «Big Five»: HIV, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe, Hepatitiden.
- 3.3 Akteure der HIV/STI-Arbeit unterstützen die freiwillige Partnerinformation durch die Migrantinnen und Migranten.

Quelle: BAG (2016a: 45ff.)

2.3.3 Gesundheit2020

Im Januar 2013 präsentierte der Bundesrat das Strategiepapier „Gesundheit2020“ (EDI, 2013; www.gesundheit2020.ch). Dieses skizziert die zentralen Herausforderungen der kommenden Jahre¹⁶, die daraus abgeleiteten gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates und Ziele und Massnahmen in vier Handlungsfeldern (Tabelle 2-7). Gesundheit2020 bildet einen strategischen Handlungsrahmen für die gesundheitspolitischen Aktivitäten des Bundes, der Kantone und nichtstaatlicher Akteure. Die Massnahmen werden unter Berücksichtigung der bestehenden Kompetenzordnung, aber koordiniert durch den Bund, dezentral in zahlreichen Teilprozessen umgesetzt (Borchard/Spycher 2014; Spycher 2014).

Tabelle 2-7: Handlungsfelder und Ziele von Gesundheit2020

Handlungsfelder	Ziele
1 Lebensqualität sichern	1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern
	1.2 Gesundheitsschutz komplettieren
	1.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren
2 Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken	2.1 Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken
	2.2 Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten
	2.3 Versicherte und Patienten/-innen stärken
3 Versorgungsqualität sichern und erhöhen	3.1 Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern
	3.2 eHealth stärker einsetzen
	3.3 Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal
4 Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren	4.1 Das System vereinfachen und Transparenz schaffen
	4.2 Gesundheitspolitische Steuerung verbessern
	4.3 Internationale Einbettung stärken

Quelle: EDI (2013)

¹⁶ Zunahme chronischer Krankheiten; Wandel der Versorgung; Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens; Verbesserung der Steuerbarkeit und der Transparenz.

Die sexuelle Gesundheit als solche wird in Gesundheit2020 nicht unmittelbar thematisiert. Das NPHS 2011-2017 bildet jedoch ein Teilprojekt der Massnahme „Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten“ unter Ziel 1.3, ebenso wie die Förderung der psychischen Gesundheit, die mit der sexuellen Gesundheit zusammenhängt (CLASS/SGCH 2016: 28).

Gesundheit2020 definiert in den Handlungsfeldern 2, 3 und 4 hingegen übergeordnete Querschnittziele für die Weiterentwicklung und Gestaltung des Gesundheitssystems, die damit auch bei der Konzeption künftiger nationaler Programme zu berücksichtigen sind. Handlungsfeld 2 „Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken“ beinhaltet z.B. eine Reihe von Massnahmen und Teilprojekten, die auch hinsichtlich eines Programms „sexuelle Gesundheit“ relevant sind, da sie die Stärkung vulnerabler Gruppen, die Förderung der Gesundheitskompetenz oder den vermehrten Einbezug von Patientinnen und Patienten in gesundheitspolitische Prozesse anstreben (Tabelle 2-8). In ähnlicher Weise können die Bestrebungen um hohe Versorgungsqualität und um höhere Transparenz und bessere Steuerung des Gesundheitssystems als allgemeine übergeordnete Zieldimensionen eines künftigen Programms sexuelle Gesundheit betrachtet werden, auch wenn die damit verbundenen konkreten Massnahmen im Rahmen von Gesundheit2020 in erster Linie auf den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezogen sind.

Tabelle 2-8: Massnahmen und Teilprojekte von Gesundheit2020 mit Querschnittcharakter

Ziele	Massnahmen	Teilprojekte/Inhalte
2.1	Stärkung der vulnerablen Gruppen	- Kinder- und Jugendgesundheit - Nationales Programm Migration und Gesundheit - Abbau gesundheitliche Ungleichheiten
2.3	Stärkere Berücksichtigung der Patienten in gesundheitspolitischen Prozessen	Einbezug von PatientInnen und Versicherten in die gesundheitspolitischen Prozesse
	Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Selbstverantwortung	- Stärkung der Gesundheitskompetenz - Präimplantationsdiagnostik (PID)
	Stärkere Berücksichtigung der Rechte von Patientinnen und Patienten	Stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte

Quelle: www.gesundheit2020.ch

2.3.4 Definition sexueller Gesundheit der EKSG

Im September 2015 publizierte die ESKG ein Positionspapier mit einer Definition sexueller Gesundheit für die Schweiz. Ausgehend von der WHO-Definition, der internationalen Entwicklung zur Stärkung der Bedeutung der sexuellen Rechte und einer summarischen Einschätzung der Situation der sexuellen Gesundheit in der Schweiz, auch mit Blick auf die Handlungsfelder von Gesundheit2020, plädiert die EKSG für eine umfassende, ganzheitliche und nationale Strategie im Bereich der sexuellen Gesundheit (EKSG 2015: 2). Um die Oberziele zur sexuellen Gesundheit in der Schweiz im Sinn der WHO-Definition zu errei-

chen, erachtet sie Massnahmen in verschiedenen Bereichen bzw. mit verschiedenen Handlungsansätzen als nötig (EKSG 2015: 3):

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Sicherstellung des Zugangs zu Information
- Beratung und Versorgung
- Advocacy
- Bildung

Zur Strukturierung des Themas der sexuellen Gesundheit und der verschiedenen Interventionen definiert die EKSG (2015: 3-5) fünf Handlungsfelder und empfiehlt, diese in ein Nachfolgeprogramm zum NPHS 2011-2017 zu integrieren:

- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit
- Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit
- Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI) sowie von reproductive tract infections (RTI)
- Prävention von sexueller Gewalt
- Bildung zur sexuellen Gesundheit

Diese fünf Handlungsfelder werden in den Kapiteln 3 bis 7 ausführlicher beleuchtet.

2.3.5 Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle

Im Januar 2016 präsentierte die Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) ein von Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH) erarbeitetes Konzeptpapier (CLASS/SGCH 2016), das den Kantonen einen Referenzrahmen für die Analyse der Situation und Entwicklung von Massnahmen zur Förderung der sexuellen Gesundheit bietet. Das Konzeptpapier nimmt entlang der fünf von der EKSG vorgeschlagenen Handlungsfelder eine Auslegeordnung des Themas sexuelle Gesundheit vor und enthält eine Palette von Massnahmen und Empfehlungen zur Förderung der sexuellen Gesundheit.

Das Konzeptpapier geht ebenfalls von einem umfassenden Ansatz sexueller Gesundheit auf der Basis der WHO-Definition und der sexuellen Rechte aus (CLASS/SGCH 2016: 24). Es definiert folgende Grundlagen für Strategien im Bereich sexuelle Gesundheit, die sich an drei Grundprinzipien ausrichten sollen:¹⁷

- **Menschenrechtsbasierter nicht-diskriminierender Rahmen:** Die in den sexuellen Rechten ausgedrückten Prinzipien und Schutzgarantien (vgl. Kasten 2-1) sind in Bundes- und Kantongesetze zu übersetzen. Sexualität muss als positiver Aspekt des Lebens anerkannt werden und frei von Gewalt, Zwang und Diskriminierung

¹⁷ Das Konzeptpapier geht davon aus, dass sowohl eine nationale Strategie sexueller Gesundheit nötig ist, dass aber auch kantonale Strategien erarbeitet und umgesetzt werden (CLASS/SGCH 2016: 5, 14, 24, 68).

ausgelebt werden können. Menschen müssen freie Entscheidungen betreffend ihr Gefühlsleben, ihre Sexualität und ihre Fortpflanzung treffen können. Die sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit den sexuellen Rechten verbunden, was bedingt, dass diese Rechte für alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen anerkannt und verwirklicht werden. Dies setzt einen entsprechenden strukturellen und rechtlichen Rahmen voraus. In Bereichen, in denen diese Rechte nicht oder nur teilweise verwirklicht sind, ist entsprechende Advocacy-Arbeit zu leisten (CLASS/SGCH 2016: 18).

Kasten 2-9: Angebote und Leistungen im Bereich sexuelle Gesundheit von hoher Qualität

Information:

- Positiv konnotierte Kommunikation über Sexualität, nicht nur Risiken ansprechen
- Sexuelle Gesundheit als Querschnittsthema behandeln, das alle Menschen während ihres ganzen Lebens betrifft
- Die verfügbaren Ressourcen bezüglich der sexuellen Gesundheit in der Öffentlichkeit bekannt machen

Bildung:

- Ziele: Die nötigen Kenntnisse und psychosozialen Kompetenzen schaffen, um informierte und eigenverantwortliche Entscheide in Bezug auf die sexuelle Gesundheit fällen zu können; Stereotypen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen bekämpfen; Selbstbestimmung und die gesellschaftliche Verantwortung von Individuen fördern und stärken.
- Inhalte: Sexuelle Rechte, positive und ganzheitlicher Zugang zu Sexualität
- Formen: Für Kinder und Jugendliche im Rahmen der obligatorischen Schule, idealerweise in Kooperation zwischen Fachpersonen und der Schule, ergänzend zur elterlichen Erziehung. Basis für darauf aufbauende spezifische Prävention (unerwünschte Schwangerschaften, Gewalt, HIV und STI, RTI, Homophobie, Transphobie, Diskriminierung etc.). Ebenso Angebote für Personen in der nachobligatorischen Ausbildung und für Erwachsene (spezifische Interventionen in Ausbildungsstätten; individuelle Beratungen oder Gruppenveranstaltungen in Beratungsstellen; Erwachsenenbildung)

Psychosoziale Beratung:

- Bevorzugtes Mittel der Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit. Individuelle Beratung und Begleitung bei Fragen zu Fruchtbarkeit, Kinderwunsch, medizinisch unterstützte Fortpflanzung, pränatale Diagnostik, Schwangerschaftsambivalenz, Früherkennung von HIV, anderen STI und RTI, Partnerinformation, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder sexuelle Praktiken

Spezifische Prävention:

- Gezielte Präventionsaktivitäten für verschiedene Gruppen und Kontexte: HIV, andere STI und RTI, unerwünschte Schwangerschaften, sexuelle Gewalt
- Vor allem bei vulnerablen oder sehr exponierten Gruppen oder in spezifischen Settings, z.B. bei MSM, inhaftierten Personen, Sexarbeiterinnen, MigrantInnen aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz etc.
- Partizipation der Zielgruppen sicherstellen

Versorgung, Behandlung und Pflege:

- Gleicher Zugang für alle
- Konform mit gängigen Qualitätsanforderungen
- Betrifft v.a. folgende Bereiche: reproduktive Gesundheit, HIV und STI, RTI, sexuelle Gewalt, psychische Gesundheit

Quelle: CLASS/SGCH (2016: 18f.)

- **Angebote und Leistungen von hoher Qualität:** Angebote und Dienstleistungen im Bereich der sexuellen Gesundheit sollten langfristig institutionell verankert und mit ausreichenden Ressourcen ausgestattet sein, und sie sollten verschiedenen Qualitätsmerkmalen genügen (CLASS/SGCH 2016: 18f.):
 - ***Diversitätssensible und für alle zugängliche Leistungen*** in den Bereichen Information, Bildung, psychosoziale Beratung, Prävention, Versorgung und Behandlung sollen die Selbstbestimmung der Individuen in Bezug auf die Sexualität und die sexuelle Gesundheit fördern (Kasten 2-9).
 - ***Integrierter Ansatz:*** Im Einklang mit Studien und internationalen Konzepten sollen die Prävention und Behandlung von HIV und STI sowie RTI in die Angebote der sexuellen und reproduktiven Gesundheit integriert werden, um Synergien zu nutzen, Inhalte zu verknüpfen, die Qualität und Effizienz der Angebote zu erhöhen und die strukturelle Fragmentierung zu verringern. Die Entwicklung integrierter Angebote soll auch die Bereiche der sexuellen Gewalt und der psychischen Gesundheit mit Bezug zur Sexualität berücksichtigen (CLASS/SGCH 2016: 20).
 - ***Qualifizierte Fachpersonen:*** Fachpersonen im Bereich der sexuellen Gesundheit (Beratung, Prävention und Behandlung) sollen über die nötigen fachlichen – idealerweise multidisziplinären – Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen und diese weiterentwickeln. Dies bedingt entsprechende Ausbildungen, Weiterbildungen, Intervision und Supervision. Fachpersonen in anderen Bereichen (Gesundheitsversorgung, Soziale Arbeit, Bildung) sollen in ihrer Grundausbildung für ihre Rolle als MultiplikatorInnen, VermittlerInnen und Peers im Bereich der sexuellen Gesundheit sensibilisiert und über die vorhandenen Ressourcen informiert werden, um Personen bei Bedarf an geeignete Stellen weiterverweisen zu können, und sie sollen Weiterbildungsangebote zur sexuellen Gesundheit besuchen können (CLASS/SGCH 2016: 20f.).
 - ***Forschung und Entwicklung:*** Um die epidemiologische Situation und das Verhalten der Bevölkerung im Bereich der sexuellen Gesundheit besser zu kennen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Bedürfnisse der Bevölkerung besser zu verstehen bedarf es vermehrter Forschung zu Themen wie sexuelle Gewalt, psychische Gesundheit in Zusammenhang mit Sexualität, Zusammenhang zwischen Sucht und Sexualität etc. Auch Monitoring und Evaluation der Massnahmen und Programme im Bereich sexuelle Gesundheit sind nötig (CLASS/SGCH 2016: 21).
- **Koordinierte Strategie:** Die Themenbereiche reproduktive Gesundheit, HIV und STI, Gewalt und psychische Gesundheit weisen je eigenständige Policies, Akteurs-, Leistungs- und Finanzierungsstrukturen auf. Sexuelle Gesundheit soll idealerweise jedoch umfassend angegangen werden. Durch mehr interdisziplinäre, interinstitutionelle

onale und überregionale Koordination, Zusammenarbeit und Harmonisierung auf strategischer, inhaltlicher und finanzieller Ebene sollen Synergien genutzt und die öffentliche Gesundheit besser gefördert werden (CLASS/SGCH 2016: 21).

Diese strategischen Grundlagen werden in Form von Massnahmenempfehlungen und Stossrichtungen konkretisiert (CLASS/SGCH 2016: 64-69).

3 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 1: Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit

Die sexuelle Gesundheit, d.h. die Möglichkeit, eine selbstbestimmte, risikofreie und als befriedigend erlebte Sexualität leben zu können, ist wichtig für die psychische Gesundheit des Menschen. Verschiedene Faktoren und Belastungen in Zusammenhang mit Sexualität, dem Sexualverhalten, der sexuellen Orientierung, der sexuellen Identität oder mit sexueller Gewalt können die sexuelle und psychische Gesundheit jedoch beeinträchtigen (CLASS/SGCH 2016: 28f.):

- Fehlende Anerkennung der sexuellen Rechte, fehlende Möglichkeit diese auszuüben bzw. Sexualität zu leben, sei es aus körperlichen oder gesundheitlichen Gründen (z.B. sexuelle Dysfunktionen, Erkrankungen der Fortpflanzungsorgane, Behinderung, chronische Krankheit, Alter) oder aufgrund der persönlichen Situation (Heimaufenthalt, Haft etc.)
- Fragen in Zusammenhang mit (Un-)Fruchtbarkeit, Kinderwunsch, selbstbestimmter Fortpflanzung und Schwangerschaftsabbruch
- Betroffenheit von HIV oder anderen STI (selbst oder PartnerIn)
- Unsicherheit und Verletzlichkeit in Zusammenhang mit Sexualität, der sexuellen Orientierung, der Geschlechtsidentität, dem Gesundheitszustand oder besonderen Lebensumständen sowie Stigmatisierungen und Diskriminierungen stellen psychische Belastungen dar.
- Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter sind aufgrund ihrer Tätigkeit verschiedenen Gesundheitsrisiken erhöht ausgesetzt.
- Sexuelle Gewalt ist sowohl für Opfer wie auch für Täter gesundheitsschädlich.
- Die Konfrontation mit sexualisierten Bildern und Stereotypen (Werbung, Massenmedien, Pornografie etc.) kann falsche Vorstellungen von Sexualität begünstigen und die sexuelle Entwicklung Jugendlicher beeinträchtigen. Auch Phänomene wie Gruppendruck, Verunsicherung, Frust etc. können zu nicht selbstbestimmtem oder risikoreichem Sexualverhalten führen und so die sexuelle Gesundheit beeinträchtigen.

Umgekehrt können psychische Probleme die Sexualität und die sexuelle Gesundheit beeinträchtigen, indem sie z.B. risikoreiche Verhaltensweisen begünstigen (Sucht, ungeschützten Geschlechtsverkehr), die zur Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit oder zu einer unerwünschten Schwangerschaft führen, oder indem sie die Selbstbestimmung einschränken, was sexuellen Missbrauch begünstigen kann. Demgegenüber fördern ein gesundes Selbstbewusstsein, psychische Belastbarkeit und psychisches Wohlbefinden beispielsweise ein verantwortungsvolles Sexualverhalten und die Selbstbestimmung, was die Exposition gegenüber sexuellen Risiken vermindert.

Des Weiteren haben auch gesellschaftliche, kulturelle und religiöse Normen und Wertvorstellungen in Bezug auf Sexualität oder Geschlechterrollen einen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung, den Umgang mit Sexualität, das Sexualverhalten oder Rollenbilder und damit auf die sexuelle und psychische Gesundheit (vgl. WHO 2010a: 15; 28ff.).

Viele der oben erwähnten Faktoren und Belastungen betreffen spezifische Handlungsfelder der sexuellen Gesundheit wie z.B. die reproduktive Gesundheit, HIV und andere STI oder sexuelle Gewalt. Das vorliegende Kapitel befasst sich mit denjenigen Aspekten, die nicht in den entsprechenden Kapiteln beleuchtet werden.

3.1 Situation der sexuellen Gesundheit

Das jüngste Monitoring zur psychischen Gesundheit in der Schweiz zeigt, dass sich knapp 5% der Schweizer Bevölkerung stark, rund 13% mittel **psychisch belastet** fühlen. Frauen fühlen sich häufiger bedrückt als Männer, jüngere häufiger als ältere Personen. Rund 30% berichten über depressive Symptome, wobei es sich mehrheitlich um leichte Symptome handelt (Schuler et al. 2016: 26). Depressionen sind eine wichtige Mitursache von **Suizidversuchen** (BAG 2016b: 17).¹⁸ Wie gross der Einfluss von Stressoren in Zusammenhang mit der Sexualität, der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität (s.o.) auf die psychische Gesundheit und die Suizidalität ist, wurde empirisch bisher noch wenig untersucht.

Zum sexuellen Verhalten, zu den Einstellungen zu und zum Erleben von Sexualität und Partnerschaft in der **Allgemeinbevölkerung** gibt es bislang keine umfassenden repräsentativen Studien (Kunz/Freigang 2016: 35). Auch die Verbreitung von sexuellen Problemen bzw. Störungen und der Einfluss der Sexualität auf die psychische Gesundheit sind für die Allgemeinbevölkerung in der Schweiz kaum dokumentiert (April/Bitzer 2014; CLASS/SGCH 2016: 28). Inwiefern sich Alter, körperliche Beeinträchtigungen oder Phänomene wie z.B. Pornografiekonsum auf die sexuelle bzw. psychische Gesundheit auswirken, ist gemäss Kunz/Freigang (2016: 14 und 31) in Fachkreisen umstritten und wurde bisher kaum untersucht.

Es finden sich hingegen diverse Studien, die eine erhöhte psychische Vulnerabilität von **spezifischen Personengruppen** in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit aufzeigen. Dabei handelt es sich zum einen um homo- und bisexuelle Personen, Transmenschen¹⁹ und Personen mit Geschlechtsvarianten (LGBTI²⁰), zum anderen um Sexarbeits-

¹⁸ Pro Jahr nehmen sich in der Schweiz rund 1000 Personen das Leben; rund 10'000 Personen werden nach Suizidversuchen medizinisch behandelt (BAG 2015a: 4).

¹⁹ Mit Transmenschen werden hier Personen bezeichnet, die sich nicht dem Geschlecht zugehörig fühlen, dem sie bei Geburt zugeordnet wurden. Der Begriff bezieht sich auf die Geschlechtsidentität und hat nichts mit Sexualität oder sexueller Orientierung zu tun ([https://www.transgender-network.ch/information/\[L.etzter](https://www.transgender-network.ch/information/[L.etzter) Zugriff: 15.3.2017]).

rinnen und Sexarbeiter. Deren Situation wird im Folgenden exemplarisch vertieft beleuchtet. Es gilt jedoch zu beachten, dass zahlreiche weitere Gruppen ebenfalls von psychischen Problemen aufgrund einer erhöhten Vulnerabilität in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit betroffen sein können, für die diese Zusammenhänge jedoch weniger gut untersucht sind. Viele solcher Zusammenhänge wurden einleitend bereits aufgelistet. Zusätzlich können sowohl bei Frauen als auch bei Männern Gleichstellungsfragen allgemein oder Unsicherheiten über die Gestaltung von Beziehungen und des Sexuallebens psychische Belastungen auslösen. Bei sozial vulnerablen Migrantinnen und Migranten (vgl. Rüefli 2015) kommen zusätzliche Stressoren hinzu, die zu psychischen Belastungen führen.

3.1.1 LGBTI²¹

In der Schweiz ist die Gesundheit von Männern, die mit Männern Sex haben (MSM) relativ gut untersucht. Zur Situation von lesbischen und bisexuellen Frauen sowie von Transmenschen liegen hingegen kaum gesicherte Informationen vor (BAG 2016a: 29f.; Bize et al. 2011: 1713; Bize et al. 2013: 7; PREOS 2012: 27f.). Bekannt ist insbesondere, dass MSM und Transfrauen ein höheres Risiko für HIV und andere STI aufweisen. In psychischer Hinsicht sind vor allem jugendliche LGBTI besonders vulnerabel. Ablehnung, soziale Isolation, fehlende Unterstützung im Umfeld und normativer Druck können ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen. LGBTI erfahren häufig psychische, verbale und physische Gewalt, sehen sich oft Stigmatisierungen und institutionellen Diskriminierungen²² ausgesetzt und leben dadurch unter belastenden Bedingungen (Bize et al. 2011: 1712; PREOS 2012). Sie leiden häufiger unter Stress und Depression, sind häufiger besorgt und weisen nicht nur ein höheres Suchtrisiko auf als die Allgemeinbevölkerung (Bize et al. 2011; Garcia

²⁰ Das Kürzel LGBTI steht für „lesbian, gay, bi, transsexual, intersexual“. Dabei beziehen sich L, G und B auf die sexuelle Orientierung, während T und I die Geschlechtsidentität betreffen. I steht für „Intersex“ und bezeichnet Menschen, die sich nicht eindeutig als Mann oder Frau definieren. Die Betroffenen lehnen den Begriff „Intersex“ jedoch ab und bevorzugen die Bezeichnung „Menschen mit Geschlechtsvarianten“ (Bundesrat 2016: 10).

²¹ Der Anteil LGBTI in der Schweiz lässt sich nicht exakt beziffern. In der Gesundheitsbefragung 2012 gaben 3.4% der Männer und 5.6% der Frauen an, im Verlauf des Lebens einmal homosexuelle Kontakte gehabt zu haben (Locicero et al. 2016: 36). Die Anzahl Transmenschen in der Schweiz lässt sich kaum verlässlich bestimmen. Gemäss Transgender Network Switzerland beträgt sie je nach Betrachtungsweise wenige hundert bis maximal 40'000 (www.transgender-network.ch), Bize et al. (2013: 30) kommen auf eine vorsichtige Schätzung von 800 bis 8000 Personen, die sich als „Trans“ definieren. In der Schweiz werden pro Jahr zwischen 20 und 100 Kinder mit Geschlechtsvarianten geboren (Kälin/Locher 2015: 23). Es ist davon auszugehen, dass sich LGBTI in den grossen Ballungszentren konzentrieren.

²² Diskriminierungen von LGBTI kommen im Erwerbsleben, beim Zugang zum Wohnungsmarkt oder zu Dienstleistungen, beim Zugang zur Justiz sowie bei der Ausübung elterlicher Rechte vor. Sie erfahren zudem Diskriminierung beim Recht auf sexuelle Freiheit, beim Schutz vor physischer oder psychischer Gewalt (Bundesrat 2016: 11). Eingetragene Partnerschaften von homosexuellen Menschen werden rechtlich nicht vollumfänglich gleich behandelt wie Ehepaare. Homosexuellen Paaren ist u.a. der Zugang zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung verwehrt (Kälin/Locher 2015: 21). Bei Transmenschen und Menschen mit Geschlechtsvarianten können sich administrative Schwierigkeiten in Zusammenhang mit dem Personenstand stellen, aber auch bei der Kostenübernahme von Geschlechtsumwandlungen und der Aufnahme in Zusatzversicherungen (Bundesrat 2016: 11; Recher 2016: 101ff.).

Nuñez/Jäger 2011; Lociciro/Bize 2015: 97f.; Wang et al. 2012), sondern auch eine erhöhte Suizidalität und eine erhöhte Suizidrate (WHO 2014; für die Schweiz Wang et al. 2014): Die Suizidversuchsrate ist bei homo- und bisexuellen männlichen Jugendlichen fünf Mal höher als bei heterosexuellen Teenagern (BAG 2016b: 15; Garcia Nuñez/Jäger 2011). Dies wird vor allem mit verbaler Gewalt (Homophobie) an Schulen in Verbindung gebracht (ECRI 2014: 33). Die Gaysurvey 2014 gibt Hinweise auf Stigmatisierung und Gewalterfahrungen von homosexuellen Männern. Gemäss dieser Erhebung vermeiden 45% der Antwortenden aus Angst vor verbaler oder körperlicher Gewalt Verhaltensweisen, die auf ihre Homosexualität hinweisen. 23% fühlten sich in bestimmten Situationen angestarrt oder bedroht, 15% erlebten verbale Beleidigungen und 1.5% körperliche Gewalt aufgrund ihrer sexuellen Orientierung. Unter 35-Jährige sind besonders betroffen (Lociciro/Bize 2015: 103). Gemäss derselben Studie haben die Antwortenden ein eher schwach ausgeprägtes Zugehörigkeitsgefühl zur LGBTI-Community ihrer Region (Lociciro/Bize 2015: 100ff.). Die psychische Gesundheit ihrerseits beeinflusst andere Faktoren der sexuellen Gesundheit. So kommen bei MSM, die sich stärkeren psychischen Belastungen ausgesetzt sehen, Sexualpraktiken mit erhöhtem HIV-Ansteckungsrisiko häufiger vor als bei MSM ohne oder mit leichten psychischen Belastungen (Lociciro/Bize 2015: 98f.).

Wurden oder werden bei Kleinkindern mit einem biologisch nicht eindeutigen Geschlecht in den ersten Lebensmonaten oder –jahren irreversible medizinische Eingriffe zur Geschlechtsangleichung vorgenommen, kann dies später zu körperlichen Komplikationen, Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, Beeinträchtigungen des Sexuallebens und -erlebens und Unsicherheiten bezüglich der eigenen Geschlechtsidentität und psychischen Folgeerkrankungen bis hin zu Suiziden führen (NEK 2012: 8f.; BAG 2016b: 16).

3.1.2 Sexarbeiterinnen

Sexarbeiterinnen²³ sind von einigen Gesundheitsproblemen stärker betroffen als die Allgemeinbevölkerung (BAG 2016a: 29). Sie sind einem höheren Risiko ausgesetzt, an STI oder HIV zu erkranken, und sie sind überproportional von Suchtproblemen und psychischen Krankheiten wie Depression, emotionale Erschöpfung oder posttraumatische Belastungsstörungen betroffen (Bugnon et al. 2009: 47f.). Besonders betroffen sind suchtkranke Schweizer Frauen, die auf der Strasse arbeiten, und gewaltbetroffene Migrantinnen aus nicht-EU-Staaten. Psychische Gewalt ist im Sexmarkt häufiger als physische Gewalt (Bundesrat 2015a: 53ff.). In Fachkreisen wird die Stigmatisierung der Sexarbeit jedoch als be-

²³ Aktuelle und genaue Zahlen zur Anzahl Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter in der Schweiz gibt es nicht. Für das Jahr 2008 wurde die Anzahl Personen, die in der Schweiz legal der Prostitution nachgehen, auf 13'000-20'000 geschätzt (Bugnon et al. 2009: 13). Es handelt sich dabei zu einem überwiegenden Teil (94.3%) um Frauen; Männer (1.9%) und Transmenschen (3.8%) machen viel kleinere Anteile aus (Bundesrat 2015a: 51). Aus diesem Grund wird hier auf die Verwendung der männlichen Form verzichtet. Die betreffenden Personen sind häufig ausländischer Herkunft. Zum Anteil der Personen mit illegalem Aufenthaltsstatus gibt es unterschiedliche und widersprüchliche Schätzungen.

deutenderer Faktor psychischer Belastung beurteilt als Gewalt. Gemäss Frauenschutzorganisationen erfahren Sexarbeiterinnen Diskriminierung und Stigmatisierung in Zusammenhang mit Sorgerechtsfragen, im Kontakt mit Behörden oder bei der Wohnungssuche (BFM 2014: 36).

Sexarbeiterinnen sind mit Zugangsproblemen zur Gesundheitsversorgung konfrontiert (Bugnon et al. 2009: 50; Bundesrat 2015a: 56f.; Gloor et al. 2011). Bei Schweizerinnen begründen sie sich vor allem mit Diskriminierung, finanziellen Schwierigkeiten und fehlenden Informationen. Bei ausländischen Frauen stellen ein illegaler Aufenthaltsstatus, fehlende Informationen, eine fehlende Krankenversicherung und Sprachprobleme Zugangshürden dar. Abhängigkeitsverhältnisse im Milieu, Gewalt und Armut können auch Zugangsprobleme und Vulnerabilitätsfaktoren bilden.

3.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen

Für die Förderung der sexuellen und psychischen Gesundheit sind in erster Linie die Kantone und die Fachsysteme und Fachorganisationen in den Bereichen Medizin, Bildung, Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie sowie Jugendarbeit zuständig (ESKG 2015). Der Bund hat keine ausdrücklichen Zuständigkeiten, regelt jedoch gewisse Rahmenbedingungen von Determinanten der psychischen und sexuellen Gesundheit – allgemein sowie spezifisch bezogen auf LBGTI und Sexarbeiterinnen.

3.2.1 Bundesebene

Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit allgemein

Auf Bundesebene besteht keine spezialgesetzliche Grundlage mit Bezug auf die psychische Gesundheit oder die Suizidprävention. In Anlehnung an die WHO-Definition des Begriffs Gesundheit ist das Thema jedoch in allen Erlassen und Bestimmungen, in denen die Gesundheit erwähnt wird, implizit eingeschlossen (BAG 2015a: 28). Dies betrifft insbesondere den Schutz der Gesundheit (Art. 118 BV), die medizinische Grundversorgung (Art. 117a BV), und die Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV; KVG²⁴). Die psychische und sexuelle Gesundheit wird auch durch diverse Grundrechte geschützt (vgl. Abschnitt 2.3.1).

LBGTI

Das Bundesrecht befasst sich kaum mit Fragen der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität (Recher 2016). Für homosexuelle Personen sind zwei Bundesgesetze relevant (Grohsmann et al. 2014: 16ff.):

²⁴ Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)

- Das Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare (Partnerschaftsgesetz, PartG) vom 18. Juni 2004 (SR 211.231) regelt die rechtliche Anerkennung gleichgeschlechtlicher Beziehungen.
- Die Anwendbarkeit des Bundesgesetzes vom 24. März 1995 über die Gleichstellung von Frau und Mann (Gleichstellungsgesetz, GlG; SR 151.1) auf Diskriminierungen im Erwerbsleben einzig aufgrund der sexuellen Orientierung ist in der juristischen Lehre noch nicht geklärt (Bundesrat 2016: 12).

Für Transmenschen und Menschen mit Geschlechtsvarianten finden sich in der schweizerischen Rechtsordnung keine spezifischen Bestimmungen (Bundesrat 2016: 12). Das staatliche Zivilrecht anerkennt nur zwei Geschlechter, und Menschen mit Geschlechtsvarianten müssen innert drei Tagen nach Geburt einem dieser beiden Geschlechter zugewiesen werden (Art. 35 Abs. 1 ZStV²⁵).

Die gesetzlichen Grundlagen zum Schutz vor Diskriminierungen (Art. 8 Abs. 2 BV²⁶) und die allgemeinen Bestimmungen zum Schutz der Persönlichkeit (Art. 28-28l ZGB²⁷) und zu Ehrverletzungsdelikten (Art. 173-178 StGB²⁸) sind allgemeingültig und schützen prinzipiell auch LGBTI, erwähnen jedoch die sexuelle Orientierung nicht als potenziellen Diskriminierungsgrund. Die Rechte von LGBTI-Menschen sind nicht explizit festgehalten, und der tatsächliche verfassungsmässige Rechtsschutz ist noch weitgehend ungeklärt (Kälin/Locher 2015: 26; Recher 2016: 98f.). Im europäischen Vergleich der rechtlichen und politischen Situation von LGBTI nimmt die Schweiz mit einem unterdurchschnittlichen Wert von 33%²⁹ Rang 25 von 49 Staaten ein. Lücken zeigen sich insbesondere bei Fachstellen zum Thema der sexuellen Orientierung, bei der Gleichstellung in Bezug auf die Geschlechtsidentität und bei der politischen und rechtlichen Bekämpfung von Homophobie.

Sexarbeit

Die Sexarbeit ist in der Schweiz grundsätzlich legal, solange sie von Volljährigen und selbstbestimmt ausgeübt wird (Recher 2016: 95f.). Der Bund verfügt über kein spezifisches Prostitutionsgesetz. Es bestehen verschiedene Rechtsgrundlagen und internationale Abkommen zur Verhütung von Missbrauch und Straftaten in Zusammenhang mit Menschenhandel und Prostitution (Bundesrat 2015a: 11ff.). Gestützt die Verordnung über Massnah-

²⁵ Zivilstandsverordnung vom 28. April 2004 (SR 211.112.2)

²⁶ Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

²⁷ Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)

²⁸ Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0)

²⁹ <http://ilga-europe.org/resources/rainbow-europe/2016>. Der Durchschnittswert beträgt 39%. Die Höchstwerte weisen Malta (88%), Belgien (82%) und das Vereinigte Königreich (81%) auf, die Tiefstwerte Russland, Armenien (je 7%) und Aserbeidschan (5%).

men zur Verhütung von Straftaten im Zusammenhang mit Prostitution vom 18. November 2015 (SR 311.039.4) kann der Bund Präventionsmassnahmen zum Schutz von Sexarbeitenden finanziell unterstützen. Diese Förderung beschränkt sich jedoch auf die Prävention spezifischer Kriminalitätsphänomene.³⁰ In Bezug auf die Gesundheit kann der Bund gestützt auf das Epidemiengesetz Betreiber und Veranstalter im Bereich der Sexarbeit dazu verpflichten, Informationsmaterial über HIV und andere STI, Präservative und wasserlösliche Gleitmittel abzugeben (Art. 19 Abs. 2 EpG und Art. 27 EpV).

3.2.2 Kantonale Ebene

Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit

In den Kantonen bilden die Gesundheitsgesetze, Gesetze oder Verordnungen zu Gesundheitsförderung und Prävention die rechtliche Grundlage zur Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit. Kantone, in denen die psychische und/oder sexuelle Gesundheit explizit als Themenbereich der Gesundheitsförderung erwähnt ist, sind z.B. Appenzell Ausserrhoden (Art. 15 Gesundheitsgesetz; BGS 811.1), Fribourg (Art. 33 Gesundheitsgesetz; SGF 821.0.1) oder Wallis (Art. 93 Gesundheitsgesetz, 800.1).

LGBTI

Gemäss Hausammann/Schnegg (2013: 66f.) finden sich in einzelnen Kantonsverfassungen (z.B. Zürich, Basel-Stadt, Genf) sowie in Personalgesetzen oder Gesamtarbeitsverträgen ausdrückliche Verbote der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung. Ansonsten liegen keine Hinweise auf kantonale rechtliche Regelungen vor, die sich spezifisch mit LGBTI befassen.

Sexarbeit

Alle lateinischsprachigen Kantone (Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Tessin, Waadt, Wallis) sowie der Kanton Bern verfügen über spezifische kantonale Gesetze über das Prostitutionsgewerbe³¹ (BFM 2014: 11). In Basel-Stadt besteht eine Verordnung, ebenso in der Stadt Zürich. Der konkrete Inhalt der Rechtsgrundlagen variiert von Kanton zu Kanton.

³⁰ Ausnützung der Notlage (Art. 193 StGB), Förderung der Prostitution (Art. 195 StGB), strafbare Handlungen gegen Leib und Leben (Körperverletzung Art. 122-125 StGB, Tötlichkeiten Art. 126 StGB und Gefährdung des Lebens Art. 129 StGB), Nötigung (Art. 181 StGB) sowie Freiheitsberaubung und Entführung (Art. 183 StGB), <https://www.fedpol.admin.ch/fedpol/de/home/kriminalitaet/prostitution.html> [Letzter Zugriff: 4.4.2016].

³¹ Im Kanton Luzern ist ein entsprechendes Gesetz in Arbeit (Gesetz über die Sexarbeit. Entwurf. Botschaft des Regierungsrates an den Kantonsrat, 3. Februar 2015 [B 138]). Eine Übersicht über die gesetzlichen Regelungen in den Kantonen mit Stand 2008 findet sich in Bundesrat (2015a: 117ff.).

Gemäss den Beispielen in Bundesrat (2015a: 35ff.) enthalten u.a. die Gesetze in Bern und Tessin Bestimmungen zur öffentlichen Gesundheit und zu Präventionsangeboten.

3.3 Strategischer Rahmen

3.3.1 Bundesebene

Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit allgemein

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten ist eine Massnahme (1.3.2) der Strategie Gesundheit2020. Sie betrifft nicht nur den Bund, sondern auch die Kantone und weitere Akteure. Die meisten Aktivitäten befinden sich im Aufbau. Die sexuelle Gesundheit wird darin nur marginal thematisiert:

- Ein Bericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz skizziert Handlungsfelder und Massnahmenbereiche und thematisiert die sexuelle Gesundheit (ebenso wie Sucht, Gewalt, Medienkompetenz oder psychosomatische Beschwerden) unter dem Handlungsfeld „Advocacy und Wissensgrundlage“. Inhalte zur psychischen Gesundheit sollen in bestehende Programme und Angebote integriert werden (BAG 2015a: 43).
- Der Aktionsplan Suizidprävention formuliert Ziele, die für die Bevölkerung allgemein von Bedeutung sind. Homosexuelle Jugendliche werden als eine von mehreren Zielgruppen von Massnahmen der selektiven Suizidprävention erwähnt. Es sollen spezifische Hilfsangebote zur Verfügung stehen und bei den Zielgruppen bekannt sein (BAG 2016b: 27 und 47f.).
- Das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz (BAG 2015d) befasst sich bisher nicht konkret mit den Themen Sexualität bzw. sexuelle Gesundheit.

Das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten (NPHS) zielt u.a. darauf ab, die Diskriminierung und Stigmatisierung von Betroffenen zu bekämpfen und so deren psychische Gesundheit sowie die ihrer Angehörigen zu fördern (BAG 2010: 109ff.). Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko wie MSM, Sexarbeiterinnen oder Transmenschen sind spezifische Zielgruppen von Massnahmen im Rahmen des Programms (Urgent Action Plan; BAG 2011) und des ergänzenden Rahmenkonzepts „Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+“ (BAG 2016a) (vgl. Abschnitt 2.3.2 und Kapitel 5).

LGBTI

Neben den bereits erwähnten Grundlagen wird die sexuelle und psychische Gesundheit von LGBTI auf Bundesebene kaum thematisiert, da der Bund hierfür keine expliziten

Kompetenzen hat.³² Eine Ausnahme bilden die Empfehlungen der Nationalen Ethikkommission in der Humanmedizin zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (NEK 2012).

Sexarbeit

Der Bundesrat kam 2015 in einem Bericht u.a. zum Schluss, dass gesetzliche Regelungen den Schutz sich prostituierender Frauen stärken sollen. Er skizzierte darin mögliche Ziele – u.a. die Verbesserung des Zugangs von Sexarbeiterinnen zur Gesundheitsvorsorge – und einen Katalog von Massnahmen in der Schweiz (Bundesrat 2015a: 98ff.).

3.3.2 Kantonale Ebene

Förderung der psychischen und der sexuellen Gesundheit allgemein

Im Jahr 2014 verfügten 13 Kantone über ein umfassendes Programm „Psychische Gesundheit“. In 9 Kantonen finden sich Aktivitäten ohne formelles Programm, 4 Kantone gaben keine Aktivitäten an. 11 Kantone setzen das Aktionsprogramm Bündnis gegen Depression um (BAG 2015a: 29). Die thematischen Schwerpunkte, der Umfang und der Entwicklungsstand dieser Programme variiert jedoch stark unter den Kantonen (vgl. auch Oetterli et al. 2014). In Ergänzung zur allgemeinen Förderung der psychischen Gesundheit verfügen vier Kantone (Waadt, Wallis, Zug und Zürich) über koordinierte Programme zur Suizidprävention (BAG 2016b: 34). Gemäss mündlichen Informationen sind die Sexualität bzw. die sexuelle Gesundheit kaum explizit Gegenstand dieser Programme.

LGBTI / Sexarbeit

In den konsultierten Berichten und Studien fanden sich keine Hinweise auf strategische Grundlagen zur Förderung der sexuellen Gesundheit und Rechte von LGBTI oder Sexarbeiterinnen auf kantonaler Ebene.

3.4 Akteure und Aktivitäten

Die Förderung, der Erhalt und die Wiederherstellung der psychischen und sexuellen Gesundheit beinhalten nicht nur das **Erkennen und Behandeln** entsprechender Probleme, sondern auch die **Prävention und Bekämpfung** von Phänomenen und Belastungen, die psychische Probleme in Zusammenhang mit der Sexualität auslösen können, wie z.B. Stigmatisierung und Diskriminierung, Störungen der psychosexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen etc. (CLASS/SGCH 2016: 29). Diesen Aktivitäten widmen sich

³² Stellungnahme des Bundesrats vom 7.3.2014 auf die Interpellation Rossini „Chancengleichheit für LGBT-Personen im Bereich der Gesundheit“ (13.4229).

primär die *Fachsysteme und Fachorganisationen* in den Bereichen Medizin, Bildung, Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie sowie Jugendarbeit (EKSG 2015). Aufgrund der Vielfalt und grossen Zahl lässt sich keine umfassende Übersicht über *nichtstaatliche Einrichtungen und Fachorganisationen* in diesen Bereichen erstellen. Grob können die folgenden Typen unterschieden werden (vgl. CLASS/SGCH 2016: 30):

- Allgemeine medizinische Versorgungseinrichtungen (Arztpraxen, Spitäler, psychologische, psychiatrische und psychotherapeutische Angebote)
- Medizinische/psychologische/therapeutische Sexualberatung
- Paar- und Familienberatung
- Einrichtungen der Sexualpädagogik
- Beratungsangebote für Jugendliche (z.B. Pro Juventute, www.ciao.ch)
- Anlauf- und Beratungsstellen im Bereich psychische Gesundheit
- Beratungsstellen in den Bereichen Schwangerschaft, reproduktive Gesundheit und Familienplanung
- Beratungsstellen in den Bereichen HIV/Aids/STI (regionale Aids-Hilfen, Checkpoints, Gesundheitsdienste)
- Fachstellen und Angebote im Bereich der Gewaltprävention (Opferhilfestellen, Frauenhäuser etc.)
- Fachstellen und Angebote im Bereich der Sexarbeit
- Fachstellen und Angebote im Bereich des Diskriminierungsschutzes und der Menschenrechte
- LGBTI-Organisationen

Die Auflistung macht deutlich, dass ausgeprägte Schnittstellen zu den anderen, auf spezifische Teilbereiche der sexuellen Gesundheit fokussierte Handlungsfeldern bestehen, d.h. zur Förderung der reproduktiven Gesundheit (Kapitel 4), zur Prävention von HIV und anderen STI (Kapitel 5), zur Prävention sexueller Gewalt (Kapitel 6) und zur Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit (Kapitel 7). Entsprechend beschränkt sich das vorliegende Kapitel auf die Regelstrukturen der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie auf Aktivitäten zugunsten der hier spezifisch betrachteten Zielgruppen.

3.4.1 Sexuelle Gesundheit in der Regelversorgung des Gesundheitswesens

Es besteht nicht nur wenig gesichertes Wissen über die Verbreitung von Problemen der sexuellen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung, sondern auch darüber, wie diese Probleme in der medizinischen Grundversorgung angegangen werden. Experten gehen davon aus, dass solche Fragen in der ärztlichen Praxis selten behandelt werden. Patientinnen und Patienten erwarten offenbar, dass die Initiative dazu von den behandelnden Ärztinnen und

Ärzten³³ ausgeht, diese würden das Thema jedoch selten ansprechen. *Ärztinnen und Ärzte* seien mit den Fragen und Erkenntnissen der Sexualmedizin kaum vertraut, hätten teilweise kein zeitgemässes Verständnis von Sexualität, und diese Themen seien kaum Gegenstand der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Deshalb würden im Bereich der Sexualmedizin Diagnosen häufig verpasst und Störungen bzw. Krankheiten oft unbehandelt bleiben (April/Bitzer 2014; Buffat 2006). Diverse Studien kommen zum Schluss, dass Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen) zu wenig gut gerüstet sind, um die Themen der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität anzusprechen, die spezifischen Bedürfnisse und Gesundheitsprobleme von LGBTI zu erkennen und adäquat auf sie einzugehen (Berrut 2016; Bize et al. 2011; Bize et al. 2013; Garcia Nuñez/Jäger 2011; PREOS 2012).

Die Sexualmedizin gilt in der Schweiz nicht als spezifisches medizinisches Fachgebiet; die ärztliche Weiterbildungsordnung enthält keinen entsprechenden Facharzttitel oder Schwerpunkt (SIWF 2016). Es existiert jedoch eine *Gesellschaft für Sexualmedizin*³⁴, die gemäss eigenen Angaben von den medizinischen und psychologischen Standesorganisationen FMH³⁵ und FSP³⁶ anerkannt ist und den Titel „Spezialist für Sexologie SSS“ verleiht. Gemäss ihren Statuten bezweckt die Gesellschaft u.a. die Verbesserung der Erkennung, der Information und der Behandlung sexueller Störungen bei Frauen, Männern und/oder Paaren. Es gibt ein breites Angebot der medizinischen, psychologischen und (psycho-)therapeutischen Sexualberatung und -therapie. Diese bewegen sich im freien Markt und sind kaum verbandlich organisiert und reguliert. Entsprechend liegen kaum Informationen über die Anzahl, regionale Verbreitung, fachliche Ausrichtung und Hintergrund oder die konkreten Aktivitäten der entsprechenden Personen sowie über die Inanspruchnahme und die Qualität ihrer Angebote vor.

3.4.2 Förderung der psychischen Gesundheit und Suizidprävention allgemein

Auf *Bundesebene* finden sich neben den **strategischen und koordinierenden Aktivitäten** des BAG im Rahmen des Aktionsplans psychische Gesundheit und des Aktionsplan Suizidprävention (vgl. Abschnitt 3.3.1) kaum spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit (BAG 2015a: 28) oder der sexuellen Gesundheit im umfassenden Sinn. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

³³ Grundversorger, aber auch Spezialistinnen und Spezialisten in den Fachgebieten Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Psychiatrie, Dermatologie/Venerologie, Infektiologie und Pädiatrie

³⁴ www.swissexology.com

³⁵ Vereinigung Schweizer Ärztinnen und Ärzte

³⁶ Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen

nimmt sich jedoch im Rahmen kantonaler Aktionsprogramme der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen an.³⁷

In den *Kantonen* sind die Sexualität bzw. die sexuelle Gesundheit kaum explizit Gegenstand von Programmen zur psychischen Gesundheit oder zur Suizidprävention. In der **Suizidprävention**³⁸ sind *NGOs* zentrale Akteure, die hauptsächlich in nicht-medizinischen Settings tätig sind. Es gibt die nationale Dachorganisation *Ipsilon* sowie verschiedene *Vereine*, die vor allem auf regionaler Ebene aktiv sind (Aargau, Bern, Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Wallis, Zürich) und einerseits **Information und Sensibilisierung sowie Beratung und Hilfe** zuhanden der Bevölkerung, andererseits Vernetzung, Sensibilisierung und Informationsmaterial für Fachpersonen anbieten. Des Weiteren gibt es verschiedenste *Hotlines* und *Beratungsdienste* (BAG 2016b: 38f.). Unklar ist, wie gut *Beratungsstellen in Gemeinden* – z.B. Jugend- oder Suchtfachstellen oder Sozialdienste – für die Suizidprävention sensibilisiert sind. Es fehle an niederschweligen Anlaufstellen für ältere Menschen, homo-, bi- und transsexuelle Jugendliche, Migrantinnen und Migranten sowie für Männer (BAG 2016b: 35).

3.4.3 Aktivitäten zugunsten spezifischer vulnerabler Gruppen

LGBTI

Auf *Bundesebene* ist die sexuelle Gesundheit von LGBTI hauptsächlich im Rahmen des NPHS ein Thema (vgl. Abschnitt 2.3.2). Dieses fokussiert in Interventionsachse 2 vor allem auf MSM. Transmenschen wurden 2012 als Zielgruppe in die Umsetzung des NPHS aufgenommen.³⁹ Lesbische Frauen sind hingegen kaum Zielgruppe des Programms (Bize et al. 2011: 1713). Hinsichtlich der Prävention und Bekämpfung von Homophobie ist der Bund nicht gezielt aktiv. Diverse *Bundesstellen* (z.B. die Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB oder das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau EBG) befassen sich im Rahmen ihrer Arbeit teilweise mit LGBTI-Themen, spezialisierte Institutionen und Fachstellen für diese Personen bestehen auf Bundesebene jedoch nicht (Grohsmann et al. 2014: 26 und 29).

Auf *kantonomer Ebene* sind *Behörden und Fachstellen* selten mit LGBTI-Themen konfrontiert (Grohsmann et al. 2014: 35) und bestehen keine auf LGBTI-Themen spezialisierten Institutionen und Fachstellen (Hausammann/Schnegg 2013: 70). Die Kantone Genf und Waadt

³⁷ <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit.html> [Letzter Zugriff: 12.4.2017]

³⁸ Eine Übersicht über verschiedene Formen und Angebote der Suizidprävention findet sich in Fässler et al. (2015).

³⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/zielgruppe-mit-erhoehtem-expositionsrisiko-achse2/transmenschen.html> [Letzter Zugriff: 4.4.2017].

betreiben gemeinsam die **Informationsplattform** www.mosaic-info.ch, um Diskriminierung und Homophobie in der Schule zu bekämpfen (ECRI 2014: 33). Auf *kommunaler Ebene* finden sich in Zürich und Genf Fachstellen, die sich explizit LGBTI-Themen annehmen (Grohsmann et al. 2014: 36ff.). Es gab bzw. gibt punktuell Sensibilisierungskampagnen zum Thema Suizidalität, z.B. die Jugendkampagne „là pour toi“ (BAG 2016b: 47).

In Zusammenhang mit der HIV-Prävention wurden verschiedene spezifische, an LGBTI gerichtete Angebote aufgebaut. So genannte *Checkpoints* in Genf, Zürich, Lausanne und Basel stehen v.a. MSM offen. Sie bieten HIV- und STI-Tests, Beratungs- und Unterstützungsgespräche, Hepatitis-Impfungen, die Beurteilung von psychischen oder Suchtproblemen, Behandlungen von STI und Postexpositionsprophylaxe an (PREOS 2012: 34). Der Checkpoint Zürich bietet auch die Informationsplattform und das Peer-Beratungsangebot www.du-bist-du.ch an, das sich an LGBTI oder junge Menschen, die sich ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität nicht sicher sind, richten.

Zahlreiche *nichtstaatliche Organisationen* setzen sich für die Anliegen von LGBTI ein. Dabei handelt es sich einerseits um Organisationen dieser Personengruppen, die z.T. über Fachgruppen und Informationsangebote zum Thema Gesundheit verfügen, andererseits um Menschenrechtsorganisationen wie Amnesty International, humanrights.ch und ähnliche.

Sexarbeiterinnen

Weder der Bund noch die Kantone betreiben spezifische Präventionsprojekte oder Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Sexarbeit (BFM 2014: 34). **Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote** für Sexarbeiterinnen werden vor allem von *nichtstaatlichen Vereinigungen* getragen (Bugnon et al. 2009: 47). In 9 Kantonen (BE, BS, FR, GE, SG, SO, TI, VD und ZH) finden sich spezialisierte *nichtstaatliche Fachstellen* für Sexarbeiterinnen, die ein **breites und unterschiedliches Spektrum an Leistungen** anbieten (Bugnon et al. 2009: 58; Bundesrat 2015a: 112). Es lassen sich *aufsuchende Unterstützungsorganisationen*, niederschwellige *Anlaufstellen* und spezifische *Vereine* unterscheiden (*APiS-Fachstellen*: vgl. Abschnitt 5.4.2).

3.4.4 Koordination und Zusammenarbeit

Dachorganisation für das Thema der **sexuellen Gesundheit** allgemein ist Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH)⁴⁰. Es handelt sich dabei um einen Zusammenschluss von Beratungsstellen, Fachorganisationen und Fachpersonen, die im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz tätig sind. SGCH engagiert sich insbesondere für die sexuellen Rechte, für die Sexualaufklärung von Kindern und Jugendlichen sowie für den Zugang aller Menschen zu Informationen und Dienstleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die Organisation ist in der Gesundheitsförderung und Präventi-

⁴⁰ www.sante-sexuelle.ch

on von HIV und anderen STI aktiv, ebenso in der Sensibilisierung und Weiterbildung im Bereich sexuelle Gesundheit.

Auf nationaler Ebene werden zahlreiche Aktivitäten im Bereich der **allgemeinen psychischen Gesundheit** (Aktionsplan psychische Gesundheit, Aktionsplan Suizidprävention) durch das BAG, die *Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)* und die *Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz* gemeinsam koordiniert. Mit dem *Netzwerk psychische Gesundheit* besteht zudem eine Plattform für Wissenstransfer, Information- und Erfahrungsaustausch. Das Netzwerk steht unter der Trägerschaft des BAG, des BSV, des SECO⁴¹, der GDK und Gesundheitsförderung Schweiz. Bei seinen Mitglieder handelt es sich um nationale Organisationen (v.a. Verbände), kantonale und kommunale Behördenstellen und Fachorganisationen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen und Unternehmen.

Die zahlreichen Organisationen, die sich für die Belange von **LGBTI** einsetzen, sind in verschiedenen *kantonalen und nationalen Dachverbänden* zusammengeschlossen (Lesbenorganisation Schweiz [LOS], Pink Cross, Transgender-Network, weitere).

Im Bereich der Sexarbeit besteht mit *ProKoRe*⁴² ein nationales Netzwerk von Organisationen, Projekten und Einzelpersonen zur **Vertretung der Interessen der Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter**.

3.5 Einschätzung des Bedarfs

Aus den vorangehenden Ausführungen ergeben sich folgende Feststellungen zum Bedarf im Handlungsfeld „Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit“.

3.5.1 Empirisch dokumentierter Bedarf

In folgenden Bereichen wird gestützt auf die gesichteten Quellen ein Bedarf festgestellt:

Förderung der psychischen Gesundheit von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit, z.B. von LGBTI und Sexarbeiterinnen

Verschiedene Studien zeigen, dass LGBTI und Sexarbeiterinnen in Bezug auf die psychische Gesundheit vulnerabler sind als die Allgemeinbevölkerung, was sich auf verschiedene Stressoren in Zusammenhang mit der Sexualität, der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität zurückführen lässt. Vor allem junge homosexuelle Männer weisen eine markant höhere Suizidalität auf und stellen somit eine wichtige Zielgruppe der Suizidprä-

⁴¹ SECO = Staatssekretariat für Wirtschaft

⁴² www.sexwork.ch

vention dar. Der Schutz vor Homophobie und vor Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität ist in der Schweiz lückenhaft, wodurch die sexuellen Rechte für LGBTI nicht vollständig gewährleistet sind. Insbesondere für Personen mit Geschlechtsvarianten ist das Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Integrität tendenziell eingeschränkt. Sexarbeiterinnen sind aufgrund ihrer Tätigkeit Stigmatisierungen und psychischen Belastungen ausgesetzt und deshalb eine Zielgruppe mit erhöhter Vulnerabilität. MSM und Sexarbeiterinnen sind Zielgruppen des NPHS und weiterer allgemeiner Präventionsaktivitäten. Darüber hinaus finden sich kaum spezifische Hilfsangebote für LGBTI-Personen in den Bereichen der psychischen Gesundheit/Suizidprävention und Diskriminierungsschutz.

Zugang von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit (z.B. LGBTI und Sexarbeiterinnen) zu adäquater Gesundheitsversorgung verbessern

Es liegen verschiedene Hinweise darauf vor, dass für LGBTI und Sexarbeiterinnen Zugangshürden zu adäquater Gesundheitsversorgung bestehen. Diese Hürden unterscheiden sich zwischen den beiden Gruppen. Bei LGBTI-Personen sind es vor allem Hemmnisse, gegenüber behandelnden Medizinalpersonen offen über die sexuelle Orientierung und somatische oder psychische Probleme in Zusammenhang damit zu sprechen. Bei Schweizer Sexarbeiterinnen stehen Diskriminierungserfahrungen, finanzielle Schwierigkeiten und fehlende Informationen als Zugangshürden im Vordergrund, bei ausländischen Sexarbeiterinnen ein häufig illegaler Aufenthaltsstatus, fehlende Informationen über Versorgungsangebote, das Fehlen einer Krankenversicherung und Sprachprobleme. Auch milieubezogene Faktoren wie Abhängigkeitsverhältnisse und Gewalt sowie Armut können der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen entgegenstehen.

Sensibilisierung und Qualifizierung von Gesundheitsfachpersonen für die sexuelle Gesundheit und die Situation von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit

Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Gesundheitsfachpersonen ungenügend für Fragen der sexuellen Gesundheit sowie für spezifische Probleme oder Bedürfnisse, die sich aufgrund des Sexualverhaltens, von Betroffenheit mit einer sexuell übertragbaren Krankheit, der sexuellen Orientierung oder Fragen der Geschlechtsidentität stellen können, sensibilisiert sind und ungenügend darauf vorbereitet sind, diese Fragen und Probleme adäquat angehen zu können oder die betroffenen Personen an geeignete andere Stellen zu verweisen. Werden solche Probleme nicht erkannt und behandelt, kann das der sexuellen und psychischen Gesundheit der betroffenen Patientinnen und Patienten abträglich sein. Sensibilisierungs- und Qualifizierungsbedarf besteht in erster Linie bei Gesundheitsfachpersonen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen) in der Grundversorgung und in den medi-

zinischen Fachgebieten Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Psychiatrie, Dermatologie/Venerologie, Infektiologie und Pädiatrie.

3.5.2 Vermuteter Bedarf

In diesem Abschnitt soll auf Themen eingegangen werden, für die sich in der Situationsanalyse vereinzelte Hinweise auf einen Bedarf ergeben, der aber aufgrund der vorliegenden Information und Studien kaum untermauert werden kann.

Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachpersonen in den Bereichen der psychischen Gesundheit und der Suizidprävention für die sexuelle Gesundheit und die Situation sexuell vulnerabler Gruppen

Anders als für den Bereich der medizinischen Gesundheitsversorgung liegen keine konkreten Informationen oder Einschätzungen über die Kompetenz von Fachpersonen in den Bereichen der psychischen Gesundheit und der Suizidprävention, mit Fragen der sexuellen Gesundheit umzugehen, vor. Inwiefern auch bei diesen Personen Sensibilisierungs- und Qualifizierungsbedarf besteht, lässt sich somit nicht zuverlässig beurteilen. Angesichts des Umstands, dass die sexuelle Gesundheit oder die Bedürfnisse diesbezüglich vulnerabler Gruppen im Rahmen der koordinierten Bemühungen von Bund, Kantonen und NGOs im Bereich der psychischen Gesundheit bisher kaum ein Thema darstellen, bezüglich der psychischen Gesundheit und Suizidalität von jungen Homosexuellen jedoch grosser Handlungsbedarf besteht, ist diesem Aspekt ausreichend Beachtung zu schenken.

3.5.3 Keine Beurteilung des Bedarfs möglich

Die Situationsanalyse zum Handlungsfeld „psychische Gesundheit“ fällt bis zu einem gewissen Grad lückenhaft und fragmentarisch aus, da zu zahlreichen Themenbereichen und Zielgruppen kaum gesicherte Informationen und Daten vorliegen:

- Sexuelle Gesundheit von Lesben, Bisexuellen, Transmenschen und Personen mit Geschlechtsvarianten
- Anzahl und Verbreitung, fachliche Ausrichtung und Hintergrund, konkrete Aktivitäten, Inanspruchnahme und Qualität von Beratungs- und Therapieangeboten zu sexueller und psychischer Gesundheit
- Zusammenarbeit und Koordination von Akteuren, die sich für die sexuelle Gesundheit von LBGTI einsetzen
- Zusammenhänge zwischen sexueller und psychischer Gesundheit allgemein sowie Auswirkungen von Problemen der reproduktiven Gesundheit, Konfrontation mit sexualisierten Bildern und Stereotypen, risikoreichem Sexualverhalten, Beeinträchtigungen der Sexualität (z.B. durch Alter oder körperliche Beeinträchtigungen) auf die psychische Gesundheit

Inwiefern neben LGBTI und Sexarbeiterinnen weitere Gruppen von psychischen Problemen aufgrund sexualitätsbezogener Faktoren betroffen sind, lässt sich mangels entsprechender Daten nicht beurteilen. Die Zusammenhänge zwischen sexueller und psychischer Gesundheit sind in der Schweiz allgemein noch wenig empirisch erforscht. Es besteht somit diesbezüglich Handlungsbedarf zur Schliessung von Daten- und Wissenslücken zur psychischen Gesundheit mit Bezug zur Sexualität.

4 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 2: Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit

Das Handlungsfeld der reproduktiven Gesundheit umfasst gemäss der Definition der EKSG (2015: 4) die folgenden Themen:

- Information, Beratung sowie Zugang zu Familienplanung und Verhütungsmitteln
- Medizinische Versorgung und Beratung bei Schwangerschaften und Geburten
- Information und Beratung im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften
- Zugang zum medizinisch fachgerecht durchgeführten Schwangerschaftsabbruch
- Beratung und Testung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik
- Beratung und Behandlung bei Infertilität

Diese Themen betreffen im Wesentlichen die Fortpflanzung. Gemäss WHO-Definition umfasst das Konzept der reproduktiven Gesundheit die Möglichkeit, eine verantwortliche, befriedigende und sichere Sexualität zu leben und die Freiheit von Menschen, Kinder zu haben, wenn und wann sie dies wollen (CLASS/SGCH 2016: 35).

4.1 Zustand der sexuellen Gesundheit

4.1.1 Verhütung

Empfängnisverhütung ist gemäss der Gesundheitsstatistik des BFS in der Schweiz weit verbreitet (BFS 2014a: 58-59). Demnach benutzen 80% der Personen zwischen 15 und 49 Jahren, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung mindestens eine Partnerin bzw. einen Partner hatten, ein Verhütungsmittel.⁴³ Gemäss einer Befragung von Jugendlichen (Bodmer 2009: 41f.) gaben insgesamt 86% an, beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet zu haben (Jungen: 81%, Mädchen 89%). Bei den 14-Jährigen betrug dieser Anteil 70%, bei den 13-Jährigen 50%.

Gemäss Aussagen aus den geführten Sondierungsgesprächen werden in der Schweiz pro Jahr rund 100'000 „Pillen danach“ abgegeben, was westeuropäischem Durchschnitt entspreche. Im europäischen Vergleich sind Schwangerschaften von Jugendlichen in der Schweiz sehr selten (Bundesrat 2015b). Geburten von jungen Frauen zwischen 15 und 19 Jahren nehmen im Zeitverlauf ab (CLASS/SGCH 2016: 35); in dieser Alterskategorie sind Schwangerschaftsabbrüche fast doppelt so häufig wie Lebendgeburten.

⁴³ Sexuell aktive Frauen verwendeten gemäss Gesundheitsbefragung 2012 am häufigsten die Pille (27%, davon 8% in Kombination mit einem Präservativ). 14% nutzten eine Spirale, 6.1% andere hormonelle und 3.9% natürliche Verhütungsmethoden. 37% der sexuell aktiven Männer zwischen 15 und 49 Jahren verwendeten Präservative. 11% der Befragten gaben an, sie oder ihre Partnerin bzw. ihr Partner hätten sich unterbinden lassen (BFS 2014a: 58-59).

Für Migrantinnen wird in der Schweiz ein erschwerter Zugang zu Verhütungsmitteln vermutet (Merten/Gari 2013: 6). Wolff et al. (2008) zeigen, dass schwangere Migrantinnen ohne Aufenthaltsbewilligung im Vergleich zu Frauen mit einem geregelten Aufenthaltsstatus häufiger nicht über die Notfallkontrazeption informiert waren und dass die Schwangerschaft häufiger ungewollt war. Finanzielle Schwierigkeiten und Sprachbarrieren können dazu führen, dass Asylsuchende nicht regelmässig verhüten und ungewollt schwanger werden (Kurth et al. 2015). Eine Studie zu Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger Behinderung zeigt, dass in der Schweiz regelmässig und über die Zeit hinweg zunehmend Schwangerschaften und Entbindungen bei Frauen mit geistiger Behinderung vorkommen (Inzidenzrate von 0.114 auf 1000 Geburten; Orthmann Bless 2013).

4.1.2 Schwangerschaft und Geburt

Durchschnittsalter bei der Geburt und durchschnittliche Kinderzahl

Das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt hat seit den 1970er Jahren kontinuierlich zugenommen und liegt 2014 bei 31.7 Jahren. Im internationalen Vergleich gehört die Schweiz damit zu den europäischen Ländern mit einem der höchsten Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes (2013: 30.6 Jahre). Die durchschnittliche Kinderzahl je Frau liegt seit einigen Jahren konstant bei 1.5 Kindern (BFS 2014a).

Gesundheit der Mütter und Kinder

Die Säuglingssterblichkeitsrate lag 2014 bei 4 pro 1000 Lebendgeburten. Gemäss CLASS/SGCH (2016: 35) sind Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt selten (Durchschnitt im europäischen Vergleich); insbesondere die skandinavischen Länder weisen bezüglich verschiedener Indikatoren tiefere Werte als die Schweiz auf (vgl. Zeitlin et al. 2013: 125ff.).

Migrantinnen weisen bezüglich verschiedener Indikatoren der Mutter-Kind-Gesundheit schlechtere Werte auf als Schweizerinnen. Dies wird auf verschiedene Ursachen zurückgeführt, die sich bei Frauen und Kindern mit Migrationshintergrund oft kumulieren. Die Auswirkungen einer tiefen Schulbildung oder schlechtere Arbeitsbedingungen verstärken sich durch migrationsspezifische Faktoren wie mangelnde Sprachkenntnisse, fehlende soziale Netzwerke, Unkenntnis des schweizerischen Gesundheitssystems oder prekärer Aufenthaltsstatus (Bundesrat 2015b: 20). Eine besonders verletzte Gruppe sind Migrantinnen ohne Aufenthaltsberechtigung („Sans Papiers“) sowie Frauen aus dem Asylbereich.

Kaiserschnittgeburten

Mit einer Kaiserschnitttrate von über 30% liegt die Schweiz wie viele Industriestaaten weit über der von der WHO empfohlenen Obergrenze von 10–15%. Unter den der OECD⁴⁴-Mitgliedstaaten weist die Schweiz eine deutlich höhere Rate auf als zum Beispiel die nordischen Ländern oder Frankreich, ohne dass hierfür Gründe angegeben werden können (BAG 2013a). Es bestehen bedeutende Unterschiede zwischen den Kantonen wie auch innerhalb eines Kantons. In städtischen Wohnregionen ist die Kaiserschnitttrate eher hoch, in ländlichen Wohnregionen eher tief; Unterschiede zwischen den Sprachregionen konnten keine festgestellt werden. Ein Einflussfaktor auf die Kaiserschnitttrate ist das Alter der Frau bei der Geburt (höhere Kaiserschnitttrate geht mit zunehmendem Alter einher). Weitere Einflussfaktoren zeigen sich bei den Frauen (Herkunft [Südamerika, Afrika, Italien], Versicherungs-kategorie privat, Begleitdiagnosen; zum Wunschkaiserschnitt: keine Daten) und den Versorgungsstrukturen (Privatspitäler, „Spitalkultur“).

Versorgungsangebot für Wöchnerinnen

Mit wenigen Ausnahmen werden das aktuelle Versorgungsangebot (König/Pehlke Milke 2010) und die Qualität der nachgeburtlichen Betreuung (Meier Magistretti et al. 2014) als gut betrachtet. Vereinzelt wird Verbesserungsbedarf festgestellt, u.a. bezüglich der psychosozialen und emotionalen Unterstützung insbesondere von Frauen mit Geburtskomplika-tionen, der Koordination (fragmentiertes Versorgungsangebot, Einbezug der psychosozialen Bedürfnisse in die medizinische Betreuung, klare und widerspruchsfreie Informationen zum Stillen und zur Ernährung) und der Nutzung der Zeit während der Schwangerschaft im Sinne der Prävention und der Gesundheitsförderung. In einzelnen Regionen besteht zudem ein Hebammenmangel. Bedürfnisse und Befindlichkeit der Väter in der Zeit nach der Geburt seien ausserdem zu wenig bekannt.

4.1.3 Schwangerschaftsabbruch

Die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen ist seit der Einführung der Fristenlösung 2002 weitgehend konstant (2002-2012 ca. 7 Schwangerschaftsabbrüche pro 1000 Frauen im Alter von 15-44 Jahren; BFS 2015), mit einer leicht abnehmenden Tendenz seit 2012 (2015: 6.3). Tief (auch im europäischen Vergleich) ist die Rate der Schwangerschaftsabbrüche bei den 15-19-Jährigen. 95% der Abbrüche finden innerhalb der ersten 12 Schwangerschafts-wochen statt.

Auf kantonaler Ebene sind markante Unterschiede zu verzeichnen. Die Kantone GE, VD, NE, TI, BS und ZH weisen überdurchschnittliche Abbruchraten auf; demgegenüber registrieren die Kantone der Zentral- und Ostschweiz unterdurchschnittliche Zahlen (BFS 2015).

⁴⁴ OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Die höchste Schwangerschaftsabbruchrate wird bei Frauen zwischen 20 und 24 Jahren beobachtet. Sowohl in der Schweiz (BFS 2014b, 2015) als auch in anderen europäischen Ländern (Merten/Gari 2013) wird eine erhöhte Rate von Schwangerschaftsabbrüchen bei Migrantinnen beobachtet (Rate der Ausländerinnen ist um den Faktor 2.2 höher als die der Schweizerinnen). Je nach Herkunftsland variiert die Abbruchrate stark (BFS 2015). Bei einem Drittel der Interventionen ist das Motiv für die Intervention bekannt (BFS 2015): 93% erfolgen wegen psychosozialen Gründen (finanzielle Situation; bereits genügend Kinder vorhanden; sich nicht imstande fühlen; Unvereinbarkeit mit Beruf oder Ausbildung; Familienplanung noch kein Thema).

4.1.4 Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Die Inanspruchnahme von Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung und die Anzahl Kinder, die infolge solcher Verfahren geboren werden (Anteil an allen Geburten: mindestens 2%), haben sich nach einem kontinuierlichen Anstieg zwischen 2004 und 2010 stabilisiert (BFS 2014a: 58f.). Im Jahr 2014 haben sich 6'269 Paare mit Kinderwunsch einer In-vitro-Fertilisation unterzogen. Dies führte zu rund 1955 Lebendgeburten. Das Durchschnittsalter der Frauen, die 2014 eine Erstbehandlung begannen, lag bei 36.2 Jahren. Gemäss CLASS/SGCH (2016: 35) liegen die Gründe für den Anstieg der Anzahl der behandelten Frauen im zunehmenden Geburtsalter der Frauen (Altersabhängigkeit der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit), aber auch in der abnehmenden Spermienqualität der Männer. Die Gründe für die abnehmende Spermienqualität sind nicht bekannt.

4.1.5 Pränatale Diagnostik

Zur Nutzung der verschiedenen Möglichkeiten pränataler genetischer Untersuchungen liegen keine genauen quantitativen Daten vor, sondern nur Experteneinschätzungen. Es wird davon ausgegangen, dass eine überwiegende Zahl der schwangeren Frauen solche Möglichkeiten nutzen, jedoch in unterschiedlicher Intensität (Bolliger 2016: 104). Laut interviewten Fachpersonen verzichtet nur eine ganz kleine Minderheit von Frauen auf den diagnostischen Ultraschall in der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche. Fachleute nehmen an, dass 30-40% der schwangeren Frauen keinen Ersttrimestertest auf Trisomie 21 durchführen lassen. In der Westschweiz wird dieser Wert auf lediglich 5-15% geschätzt.

Bedingt durch das höhere Durchschnittsalter von schwangeren Frauen treten in der Schweiz Schwangerschaften mit Trisomie 21 häufiger auf als in anderen europäischen Ländern. Der Anteil an vorgeburtlich diagnostizierten Fällen von Trisomie ist dabei überdurchschnittlich hoch. Gemäss Daten des Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) entscheiden sich die meisten Frauen nach einer pränatalen Diagnose von Trisomie 21 für einen Schwangerschaftsabbruch Brauer et al. (2016: 47ff.).

4.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen

Im Handlungsfeld der reproduktiven Gesundheit verfügt der Bund über diverse Regelungskompetenzen, namentlich im Bereich des Zivil- und Strafrechts und der Fortpflanzungsmedizin sowie hinsichtlich der Kostenübernahme von medizinischen Leistungen. Die Kantone übernehmen vor allem Umsetzungsaufgaben, die sie teilweise an Fachakteure in den Bereichen Medizin, psychosoziale Beratung, sowie Prävention delegieren.

4.2.1 Bundesebene

Auf Bundesebene sind die folgenden gesetzlichen Grundlagen relevant (vgl. Recher 2016 112-136 für einen umfassenden Überblick):

- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) und die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) regeln die **Kostenübernahme von medizinischen Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung**. Diese die Mutterschaft (Schwangerschaft, Geburt und nachfolgende Erholungszeit der Mutter), den legalen Schwangerschaftsabbruch, die Sterilisation, bestimmte pränatale genetische Untersuchungen und fortpflanzungsmedizinische Verfahren. Empfängnisverhütung und Notfallkontrazeption sind keine Pflichtleistungen der Krankenversicherung.
- Das Bundesgesetz über die **medizinisch unterstützte Fortpflanzung** (FMedG) regelt die entsprechenden Verfahren und die Voraussetzungen für deren Einsatz, einschliesslich der Präimplantationsdiagnostik. Ei- und Embryonenspenden sowie die Leihmutterschaft sind in der Schweiz verboten (Art. 4 FMedG).
- Zahlreiche **arbeitsrechtliche Regelungen** dienen dem Schutz von Schwangeren und sollen gesundheitliche Beeinträchtigungen von Schwangeren und Ungeborenen verhindern (Recher 2016: 117f.).
- Die **Mutterschaftsversicherung** wurde am 1. Juli 2005 auf Grund einer Änderung des Bundesgesetzes über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) eingeführt.
- Das Bundesgesetz und die Verordnung über die Schwangerschaftsberatungsstellen (SR 857.5 und SR 857.51) verpflichten die Kantone, „**Stellen für eine umfassende Schwangerschaftsberatung**“ zu errichten. Diese bieten unentgeltliche Beratung und Hilfe in Fragen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, die medizinische Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs und der Schwangerschaftsverhütung an und werden vom Bund anerkannt.⁴⁵

⁴⁵ Gemäss Art. 1 Abs. 3 der Verordnung über die Schwangerschaftsberatungsstellen können diese auch Aufgaben von Stellen der Sexual-, Ehe- und Familienberatung erfüllen oder umgekehrt.

- Das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 8. Oktober 2004 (GUMG; SR 810.12) regelt u.a. **pränatale Untersuchungen**. Während der zweite Abschnitt des Gesetzes die zentralen Grundsätze formuliert (Zustimmung, Recht auf Nichtwissen, Schutz genetischer Daten), enthält der dritte Abschnitt die Bestimmungen zu den genetischen Untersuchungen im medizinischen Bereich. Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass unabhängige Informations- und Beratungsstellen für pränatale Untersuchungen mit fachkundigem Personal bestehen (Art. 17 GUMG); dabei kann es sich auch um die anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen handeln.
- Der **Schwangerschaftsabbruch** ist im Strafgesetzbuch (Art. 119-120 StGB) geregelt. In den ersten 12 Wochen einer Schwangerschaft liegt der Entscheid über deren Abbruch bei der Frau (schriftliches Gesuch, Art. 119 StGB). Nach Ablauf der Frist ist der Abbruch straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, um von der Frau eine schwerwiegende körperliche Schädigung oder eine schwere seelische Notlage abzuwenden. Für junge Frauen unter 16 Jahren ist ein Beratungsgespräch vor dem Schwangerschaftsabbruch bei einer dafür anerkannten Beratungsstelle obligatorisch (Art. 120 Abs. 1 Bst. c StGB).
- In der Verordnung über die Arzneimittel (VAM) sind die Familienplanungsstellen erwähnt (Art. 25c VAM): Der Kanton kann Beraterinnen und Berater von Familienplanungsstellen, die über eine entsprechende kantonale anerkannte Ausbildung verfügen, ermächtigen, im Rahmen ihrer Tätigkeit die „**Pille danach**“ abzugeben.
- Das Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen regelt die Voraussetzungen, unter denen eine **Sterilisation** zu Verhütungszwecken zulässig ist, sowie das anwendbare Verfahren. Zwangssterilisation ist als schwere Körperverletzung (Art. 122 StGB) strafbar.

4.2.2 Kantonale Ebene

Auf kantonaler Ebene sind folgende gesetzliche Grundlagen relevant:

- Die reproduktive Gesundheit ist in einzelnen **kantonalen Gesundheitsgesetzen**, insbesondere französischsprachiger Kantone, als Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung verankert, so. z.B. in den Kantonen Waadt (Art. 28 Loi sur la santé publique), Wallis (Art. 93 Gesundheitsgesetz), Genf (Art. 17 und 25 Gesundheitsgesetz) und Appenzell-Ausserrhoden (Art. 15 Gesundheitsgesetz).
- **Vollzugsverordnungen zu den Schwangerschaftsberatungsstellen** (gestützt auf das Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen) regeln Zuständigkeiten und Aufgaben der kantonalen Beratungsstellen.
- In den meisten Kantonen bestehen gesetzliche Grundlagen der **Mütter- und Väterberatung**. Deren Umsetzung wird aber häufig an die Gemeinden delegiert. Viele Gemeinden wiederum haben den Auftrag privatrechtlichen Körperschaften wie Vereinen übergeben (SVM 2011: 10).

4.3 Strategischer Rahmen

4.3.1 Bundesebene

Auf Bundesebene finden sich wenige konkrete Programme oder strategische Grundlagen die unmittelbar auf die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit abzielen. Die Themen der reproduktiven Gesundheit und der Frühförderung werden jedoch im Rahmen des **Nationalen Programms „Migration und Gesundheit“** angesprochen (BAG 2013b).

4.3.2 Kantonale Ebene

Auch auf kantonaler Ebene ist die reproduktive Gesundheit kaum Gegenstand von Aktionsprogrammen. Die Frühförderung ist ein spezifischer Förderbereich in den **kantonalen Integrationsprogrammen (KIP)**. In verschiedenen Kantonen setzt die Mütter-und Väterberatung Projekte im Bereich der Frühförderung um. Ein direkter Bezug zum Thema reproduktive Gesundheit wird nur in wenigen KIP gemacht, meistens betreffen die Projekte den Schutz von Sexarbeiterinnen (Bundesrat 2015b).

4.3.3 Ebenen übergreifend

Ebenfalls der Frühförderung widmet sich der **TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen“**. Dieser wurde im November 2013 von der Tripartiten Agglomerationskonferenz (TAK) initiiert und wird unter der Leitung der Konferenz der Kantonsregierungen (KdK), des Staatssekretariats für Migration (SEM), des BAG, des Schweizerischen Städteverbands (SSV) und des Schweizerischen Gemeindeverbands (SGV) umgesetzt. Er hat zum Ziel, dass in der Gesundheits- und Integrationspolitik von Bund, Kantonen und Gemeinden gemeinsam dafür gesorgt wird, dass alle Neugeborenen bestmögliche Chancen beim Start ins Leben haben. Empfehlungen des Integrationsdialogs beziehen sich u.a. auf folgende Themen (Aktionsfelder): Gesund in die Schwangerschaft (Gesundheitskompetenz); Gut begleitet durch die Schwangerschaft und die Geburt (Zugänge schaffen); Gut betreut im Wochenbett (Übergang von der Klinik nach Hause sicherstellen).

4.4 Aktivitäten und Akteure⁴⁶

Die medizinischen und pflegerischen Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit werden durch die verschiedenen dafür spezialisierten Fachpersonen und Einrichtungen erbracht. Dabei handelt es sich v.a. um die folgenden:

- Gynäkologinnen und Gynäkologen in Spitälern oder privaten Praxen

⁴⁶ Themen der reproduktiven Gesundheit sind Teil der Sexualaufklärung, vgl. dazu Kapitel 7.

- Apotheken (v.a. Notfallkontrazeption)
- Hebammen und Stillberaterinnen
- Reproduktionsmedizinische Zentren

Verschiedene medizinische Fachgesellschaften und Verbände befassen sich mit Themen im Handlungsfeld der reproduktiven Gesundheit. Sie sind unter anderem in den Bereichen Information, Beratung, Weiterbildung und Prävention aktiv und stellen Empfehlungen, Leitlinien, o.ä. zuhanden der Praxis zur Verfügung:

- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)
- Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM)
- Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM)
- Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
- Berufsverband Schweizerischer Stillberaterinnen (BSS)

Etwas mehr als 100 *Fachstellen* bieten **Informationen** und **psychosoziale Beratung** zu verschiedenen Themen im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit an (Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung/Familienplanung, Schwangerschaftsambivalenz, Schwangerschaftsabbruch, psychosoziale Beratung zu pränataler Untersuchung, Partnerschaft).⁴⁷ Diese Fachstellen sind zum Teil organisatorisch einem Spital angegliedert. Es handelt sich dabei häufig um die kantonalen Beratungsstellen gemäss Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen und/oder GUMG. Sie bieten daneben jedoch auch weitere Beratungsthemen an. Je nach Kanton existiert eine unterschiedliche Anzahl an Beratungsstellen (z.B. Graubünden: 1 Stelle; Waadt: 10 Stellen). Die Trägerschaft, Finanzierung (kantonaler Leistungsauftrag, öffentliche Subventionen, private Trägerschaft) und personelle Ausstattung der Beratungsstellen sind kantonal unterschiedlich. Zur Inanspruchnahme und Qualität der Angebote der Fachstellen sind mangels entsprechender Informationen keine Aussagen möglich.

Eine wichtige nicht-medizinische Organisation im Bereich der reproduktiven Gesundheit ist Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH), der nationale Dachverband der Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung. SGCH „setzt sich dafür ein, dass Frauen bei der Frage eines Schwangerschaftsabbruchs ihr Selbstbestimmungsrecht wahren können und dass sie Zugang zu einem legalen und medizinisch fachgerecht durchgeführten Schwangerschaftsabbruch haben“.⁴⁸ Sie führt eine Arbeitskommission mit ExpertInnen aus dem Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit, die die Umsetzung des Gesetzes auf nationaler Ebene beobachtet, Rückmeldungen sammelt, zu aktuellen Tendenzen Position bezieht und Stellungnahmen herausgibt. Sie ist auch Mitglied und betreut das

⁴⁷ <https://www.sante-sexuelle.ch/beratungsstellen/>

⁴⁸ <https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/sexuelle-rechte/schwangerschaftsabbruch/> [Letzter Zugriff: 12.4.2017]

Sekretariat der *interdisziplinären ExpertInnengruppe Notfallkontrazeption IENK*. Diese vernetzt verschiedene Berufsgruppen (Fachleute der sexuellen Gesundheit, ApothekerInnen, Medizinalpersonen), welche sich mit hormoneller Notfallverhütung (Pille danach) befassen. Sie verfolgt die aktuellen Entwicklungen und Forschungen und erstellt für die Schweiz gültige einheitliche Leitlinien und Formulare zur Abgabe der Pille danach.

4.4.1 Verhütung

Die **Verschreibung von Verhütungsmittel** und die **Beratung zu Verhütungsfragen** gehört zum Kernauftrag von *Frauenärztinnen und Frauenärzten. Fachstellen* für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung in allen Kantonen haben gemäss dem Bundesgesetz über die Schwangerschaftsberatungsstellen dafür zu sorgen, dass unmittelbar an einer Schwangerschaft beteiligte Personen unentgeltliche **Beratung und Hilfe** in Anspruch nehmen können; dies beinhaltet auch die Beratung zur Schwangerschaftsverhütung. Familienplanungsstellen, die unter einer ärztlichen Leitung stehen, können ausserdem die **Pille verschreiben**. Für Jugendliche und junge Erwachsene existieren verschiedene weitere v.a. internetbasierte Informations- und Beratungsangebote zum Thema Verhütung (und Schwangerschaft sowie weiteren Themen mit Bezug zur reproduktiven Gesundheit; vgl. Kapitel 7).

Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist in der Schweiz Privatsache – auch medizinisch verschriebene Verhütungsmittel werden nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen (Recher 2016: 114).⁴⁹ Im Bereich der **Notfallverhütung** führen *Ärztinnen und Ärzte* sowie die *Fachstellen* Beratungen durch. Diese können und können die entsprechenden Mittel – ebenso wie *Apothekerinnen und Apotheker* – abgeben. Verschiedene *Beratungsstellen* verfügen über einen **Notfonds** für Frauen in Notsituationen (Bihl 2009). Dieser Fonds ermöglicht schnelle und unkomplizierte Soforthilfe, wobei die Hilfe zeitlich limitiert ist. Die genannten Fonds werden in den meisten Fällen durch Spenden, sowie in kleinerem Ausmass von der öffentlichen Hand, von kirchlichen Institutionen, aus dem Lotteriefonds und Stiftungen finanziert. Damit wurden auch Verhütungsmittel (v.a. für Personen in finanziell prekären Situationen, v.a. Migrantinnen) finanziert.

4.4.2 Schwangerschaft und Geburt

Schwangere Frauen lassen sich zu verschiedenen Zeitpunkten der Schwangerschaft durch *Frauenärztinnen und Frauenärzte resp. Hebammen* untersuchen. Bei einer normalen Schwangerschaft werden sieben **Kontrolluntersuchungen** wie auch ein **Ersttrimestertest** von der Krankversicherung übernommen. Ultraschallkontrollen sind üblicherweise zwei vorgese-

⁴⁹ Gemäss dem Sondierungsgespräch wird bspw. in Deutschland die Empfängnisverhütung, sofern sie ärztlich verschrieben worden ist, bis zum 20. Lebensjahr von der Krankenversicherung finanziert.

hen. Bei bestimmten Schwangerschaften (Risikoschwangerschaften) sind zusätzliche Leistungen gedeckt (z.B. Nicht-invasiver pränataler genetischer Test).

Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexuaufklärung bieten unmittelbar an einer Schwangerschaft beteiligten Personen unentgeltliche **Unterstützung und Beratung** zu verschiedenen Themen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und auch für die Zeit nach der Geburt. Verschiedene Beratungsstellen leisten auch **direkte finanzielle Unterstützung** für die Zeit nach der Geburt. *Spitäler, Hebammen und weitere Akteure* bieten **Geburtsvorbereitungskurse** sowie **weitere Angebote** (z.B. Informationsabende) für schwangere Frauen, werdende Väter und Paare an. Es existieren verschiedene **Informations- und Beratungsangebote** (z.B. die Website Swissmom).

Nach dem Spitalaustritt erbringen *Hebammen* Leistungen für die **Betreuung im Wochenbett** (Hausbesuche). Mütter haben nach der Geburt des Kindes zudem Anrecht auf Sitzungen **Stillberatung**, sofern diese durch Hebammen oder durch speziell *in Stillberatung ausgebildete Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner* durchgeführt wird. Ein weiteres Unterstützungsangebot besteht in allen Kantonen in Form der *Mütter- und Väterberatung*.

In Zusammenhang mit den Themen Schwangerschaft und Geburt bestehen verschiedene **Angebote**, die sich **spezifisch an die Migrationsbevölkerung** richten (BAG 2013c: 10ff.): Am stärksten verbreitet sind fremdsprachige Informationsmaterialien. Eine gewisse Bedeutung nimmt das interkulturelle Dolmetschen ein. Ungefähr ein Fünftel der Einsätze von interkulturell Dolmetschenden in Schweizer Spitalern und Kliniken betrifft den Bereich „Gynäkologie & Geburt“ (Gehrig et al. 2012).

In einigen Kantonen bestehen im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge spezifische Angebote, so etwa **Geburtsvorbereitungskurse mit interkulturell Dolmetschenden** (GE, BE, VD; private Projektträgerschaften in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Universitäts-spital) oder **Informationsveranstaltungen** zu den Themen Schwangerschaft und Geburt (Caritas Luzern, Frauenklinik Basel). Neben dem TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen“ (vgl. Abschnitt 4.3.3) gibt es weitere verschiedene Projekte oder Aktivitäten spezifisch für die Migrationsbevölkerung, wie z.B. **FamilyStart** (12-Std. Helpline und Nachsorgeorganisation für Wöchnerinnen und Neugeborene durch Hebammen) in den Kantonen ZH, BS und BL.⁵⁰

4.4.3 Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsabbrüche müssen durch zugelassene *Ärztinnen und Ärzten* vorgenommen werden. Die *behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt* hat vorgängig persönlich mit der Frau ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu **beraten** (Art. 119 Abs. 2 StGB). Für schwangere Frauen unter 16 Jahren ist ein **Beratungsgespräch** bei einer für Jugendlichen

⁵⁰ Weitere Beispiele aus der Praxis: http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen/beispiele-aus-der-praxis?category_id=23®ion_id=0 [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

spezialisierten Beratungsstelle obligatorisch. Die *Fachstellen* für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung bieten eine **unabhängige Beratung** zu psychosozialen, rechtlichen, finanziellen und medizinischen Fragen rund um die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs an. In den geführten Sondierungsgesprächen wurde vermutet, dass Fragen im Zusammenhang mit einem möglichen Schwangerschaftsabbruch ein häufiges Thema solcher Beratungen sind. Gemäss den Interviews unterscheiden sich die Beratungsthemen bzgl. des Schwangerschaftsabbruchs: Beratungsstellen, die einem Spital angegliedert sind, würden v.a. von Frauen aufgesucht, die bereits vor der Beratung überzeugt sind, dass sie abtreiben wollen. Frauen, die sich entschieden haben, das Kind auszutragen oder die unsicher sind, würden möglicherweise eher eine spitalexterne Beratungsstelle aufsuchen.

4.4.4 Medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Die *Fachstellen* für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung bieten **Beratung** zur Familienplanung (ungewollte Kinderlosigkeit) an. Das *Betroffenen-Netzwerk* „*Kinderwunsch*“ bietet **Informationen** zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit.

Für Paare mit Kinderwunsch, bei denen eine Schwangerschaft nicht eintritt, gibt es Schweiz weit insgesamt 28 *reproduktionsmedizinische Zentren*⁵¹. In diesen Zentren werden **medizinische Abklärungen** durchgeführt (Bestimmung der Gründe für die ausbleibende Schwangerschaft), das weitere **Vorgehen besprochen** (Therapieplan) und **umgesetzt**.

4.4.5 Pränatale Diagnostik

Im Zusammenhang mit pränatalen genetischen Untersuchungen übernehmen die behandelnden *Ärztinnen und Ärzte* **Informations- und Beratungsaufgaben**. Die schwangere Frau muss auch in bestimmten Situation über die Informations- und Beratungsstellen nach Art. 17 GUMG informiert werden (vgl. Brauer et al. 2016: 120f.).

In den Kantonen bestehen *unabhängige Informations- und Beratungsstellen* (Art. 17 GUMG). Häufig wird diese Aufgabe von den bestehenden Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung erfüllt. Die Stellen **informieren und beraten** in allgemeiner Weise über pränatale Untersuchungen und vermitteln auf Wunsch Kontakte zu *Vereinigungen von Eltern behinderter Kinder* oder zu *Selbsthilfegruppen*. Gemäss Brauer et al. (2016: 121) bieten 49 Beratungsstellen solche (v.a. psychosozialen) Beratungen an. 35 Stellen verfügen über ein Mandat eines Kantons als Beratungsstelle gemäss GUMG. Einzelne Kantone verfügen über keine eigene mandatierte Beratungsstelle.

Gemäss Einschätzungen (Brauer et al. 2016, Sondierungsgespräche) wird das Beratungsangebot der Beratungsstellen gemäss Art. 17 GUMG eher selten wahrgenommen. Als mögliche Gründe wurden genannt: Angebot ist wenig bekannt, auch weil Ärztinnen und Ärzte

⁵¹ <http://www.sgrm.org/wb/pages/de/fivnat-kommission/zentren.php> [Letzter Zugriff: 13.4.2017]

nicht systematisch darauf hinweisen; Bedarf ist nicht vorhanden oder wird nicht gesehen (Belastung von Paaren bei auffälligen Tests ist hoch; die Wahrnehmung eines zusätzlichen Termins ist dieser Situation vielleicht „zu viel“, Gefühl der Überforderung).

4.5 Einschätzung des Bedarfs

Im Folgenden soll für das Handlungsfeld der reproduktiven Gesundheit beurteilt werden, wo Bedarf gesehen wird, der im Rahmen eines künftigen Programms zur sexuellen Gesundheit adressiert werden könnte.

4.5.1 Empirisch dokumentierter Bedarf

In folgenden Bereichen wird gestützt auf die gesichteten Quellen ein Bedarf festgestellt:

Förderung der reproduktiven Gesundheit bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung

In der Situationsanalyse hat sich gezeigt, dass die reproduktive Gesundheit in der Migrationsbevölkerung in verschiedener Hinsicht im Vergleich mit der Schweizer Bevölkerung schlechter ist. So ergaben sich Hinweise auf einen teilweise erschwerten Zugang zu Verhütungsmitteln für Migrantinnen. Die Gesundheit von Müttern und Säuglingen ist bezüglich verschiedener Indikatoren tiefer. Auch wird bei Frauen aus bestimmten Herkunftsländern eine bedeutend höhere Rate an Schwangerschaftsabbrüchen festgestellt. Diese Feststellungen gelten nicht pauschal für die gesamte Migrationsbevölkerung, sondern je nach Thema für bestimmte Gruppen (je nach sozioökonomischen Verhältnissen, Herkunftsregion, Aufenthaltsrechtlichem Status).

Im Bereich der reproduktiven Gesundheit kann somit bilanziert werden, dass die Chancengleichheit für bestimmte Gruppen der Migrationsbevölkerung nicht gewährleistet ist (vgl. auch Bundesrat 2015b: 33). Der Bundesrat sieht auf verschiedenen Ebenen Handlungsbedarf: Es gehe in erster Linie darum, die Chancen jener Personen zu stärken, die gesundheitlich besonders gefährdet sind, sei es, weil sie schwierige ökonomische und soziale Lebensbedingungen, einen prekären Aufenthaltsstatus oder eine belastende Migrationsgeschichte haben oder weil sie sich aus sprachlichen Gründen im Gesundheitssystem nicht zu Recht finden. Zu beachten ist, dass auf verschiedenen Ebenen bereits Aktivitäten bestehen, die auch zu einer besseren reproduktiven Gesundheit der Migrationsbevölkerung beitragen sollten (vgl. Abschnitte 4.3 und 4.4, Bundesrat 2015b: 34f.), so der TAK-Integrationsdialog, das Nationale Programm Migration und Gesundheit oder die kantonalen Integrationsprogramme.

Verbesserung der Zusammenarbeit und Koordination der Akteure im Bereich der reproduktiven Gesundheit

Ein Bereich, in dem die Situationsanalyse teilweise auf einen Bedarf hinweist, ist die Zusammenarbeit und Koordination: Die Leistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit werden von einer Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren erbracht: Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Stillberaterinnen, Mütter- und VäterberaterInnen, Mitarbeitende von Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung; weitere Institutionen und Organisationen sind beispielweise an der Umsetzung von Projekten im Gesundheitsbereich beteiligt. Aufgrund der Vielzahl von Akteure entstehen Schnittstellen sowohl innerhalb der Betreuungskette (z.B. Übergang vom stationären Spitalaufenthalt nach einer Geburt hin zur Wochenbettbetreuung zu Hause) als auch zwischen parallel laufenden Betreuungs- und Versorgungsangeboten (z.B. Koordination der psychosozialen Betreuung mit der medizinischen Behandlung bei Frauen mit Geburtskomplikationen oder bei Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen beabsichtigen). Diese Schnittstellen bedürfen der Koordination zwischen den verschiedenen involvierten Akteuren innerhalb des Gesundheitssystems.

Die vorliegende Situationsanalyse hat einzelne Bereiche aufgezeigt, in denen Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Akteuren bestehen; zu beachten ist dabei, dass dazu nicht systematische Informationsgrundlagen vorhanden sind:

- Bei der Betreuung von Frauen nach der Geburt wird eine zentrale Schwäche in der Zersplitterung des aktuellen Versorgungsangebots gesehen (König/Pehlke Milke 2010): Wöchnerinnen hätten zwar Zugang zu spezialisierten Fachpersonen, eine personelle und inhaltliche Kontinuität sei jedoch nicht gewährleistet.
- Im Bereich der pränatalen Diagnostik ist die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten, welche die pränatale Diagnostik durchführen, und den unabhängigen Beratungsstellen, die für eine unabhängige psychosoziale Beratung zuständig sind, noch verbesserungswürdig (Brauer et al. 2016).
- Der Bundesrat stellt in seinem Bericht zur Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund fest, dass es häufig auch Koordination und Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Angeboten und zwischen den einzelnen Gliedern in der Betreuungskette mangelt (Bundesrat 2015b: 33).

Diese einzelnen Befunde verweisen auf die grundsätzliche Problematik, dass auf der Versorgungsebene zwar zahlreiche Angebote vorhanden sind, aufgrund der Fragmentierung des Gesundheitssystems und der unter Umständen fehlenden Bekanntheit der Angebote bei den Zielgruppen jedoch Zugangshürden zu einer umfassenden Versorgung bestehen können.

4.5.2 Vermuteter Bedarf

In diesem Abschnitt soll auf Themen eingegangen werden, für die sich in der Situationsanalyse vereinzelte Hinweise auf einen Bedarf ergeben, der aber aufgrund der vorliegenden Information und Studien kaum untermauert werden kann.

Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung durch Verbesserung des Wissens von Frauen und Männern

Um das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu verwirklichen, muss das Wissen von Frauen und Männern darüber als zentrale Voraussetzung sichergestellt sein. Es ist aufgrund der vorliegenden Informationen nicht möglich zuverlässig zu beurteilen, inwiefern das vorhandene Informations- und Beratungsangebot zu Themen der reproduktiven Gesundheit in quantitativer und qualitativer Hinsicht genügend hoch ist bzw. welcher Bedarf dafür besteht und in welchem Ausmass es von den Betroffenen überhaupt in Anspruch genommen wird. Es gibt jedoch Hinweise auf fehlende Kenntnisse: So ist beispielsweise gemäss Bauer et al. (2016) aus heutiger Sicht vor allem das begrenzte Wissen der schwangeren Frauen über pränatale Untersuchungen kritisch zu bewerten.

Grundsätzlich sind Strukturen vorhanden, die die Information und Beratung in Ergänzung zur Information und Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte sicherstellen können, insbesondere mit den Fachstellen für sexuelle Gesundheit, Familienplanung und Sexualaufklärung. Deren Tätigkeit beruht auf einer bundesrechtlichen Grundlage; allerdings bestehen in Bezug auf die Ressourcenausstattung grosse kantonale Unterschiede. Die Beratungsthemen umfassen häufig verschiedene Aspekte der reproduktiven Gesundheit (Verhütung, Schwangerschaft im Allgemeinen, Schwangerschaftsambivalenz, Schwangerschaftsabbruch, pränatale Untersuchung, ungewollte Kinderlosigkeit).

4.5.3 Keine Beurteilung des Bedarfs möglich

Für verschiedene Themenbereiche der reproduktiven Gesundheit, etwa die medizinisch unterstützte Fortpflanzung, die Pränataldiagnostik und den Schwangerschaftsabbruch ist die Beurteilung des Bedarfs insgesamt schwierig, da neben von der amtlichen Statistik erhobenen Daten (z.B. Anzahl Schwangerschaftsabbrüche, medizinisch unterstützte Fortpflanzung) wenige Daten und Informationen (z.B. Hinweise auf eventuelle Zugangshürden o.ä.) vorliegen.

5 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 3: Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)

Das Handlungsfeld sexuell übertragbaren Krankheiten umfasst gemäss der Definition der EKSG (2015: 4) die folgenden Themen:

- Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI). Als Public-Health-relevant galten 2010 Gonorrhoe, Syphilis, Chlamydien, Hepatitis B und C, das Humane Papilloma Virus HPV, Herpes und Lymphogranuloma venerum (LGV); BAG 2010: 17).
- Prävention und Früherkennung von durch HPV verursachten Krebserkrankungen

5.1 Zustand der sexuellen Gesundheit

5.1.1 Epidemiologie in der Schweiz

Die neusten verfügbaren Daten zu den sexuell übertragbaren Krankheiten beziehen sich auf das Jahr 2015 (BAG 2016c). Infektionen mit HIV und weiteren STI treten v.a. in den urbanen Zentren auf (CLASS/SGCH 2016: 42; BAG 2016d): So weisen etwa die Kantone Genf, Zürich, Waadt und Basel-Stadt die höchsten Inzidenzen auf.

Eine besonders häufig betroffene Zielgruppe sind **Männer, die Sex mit Männern haben** (MSM). Diese Gruppe macht etwa 3% der sexuell aktiven männlichen Bevölkerung aus (BAG 2016d: 23). MSM sind die in der Schweiz am stärksten von HIV und Syphilis betroffene Gruppe.

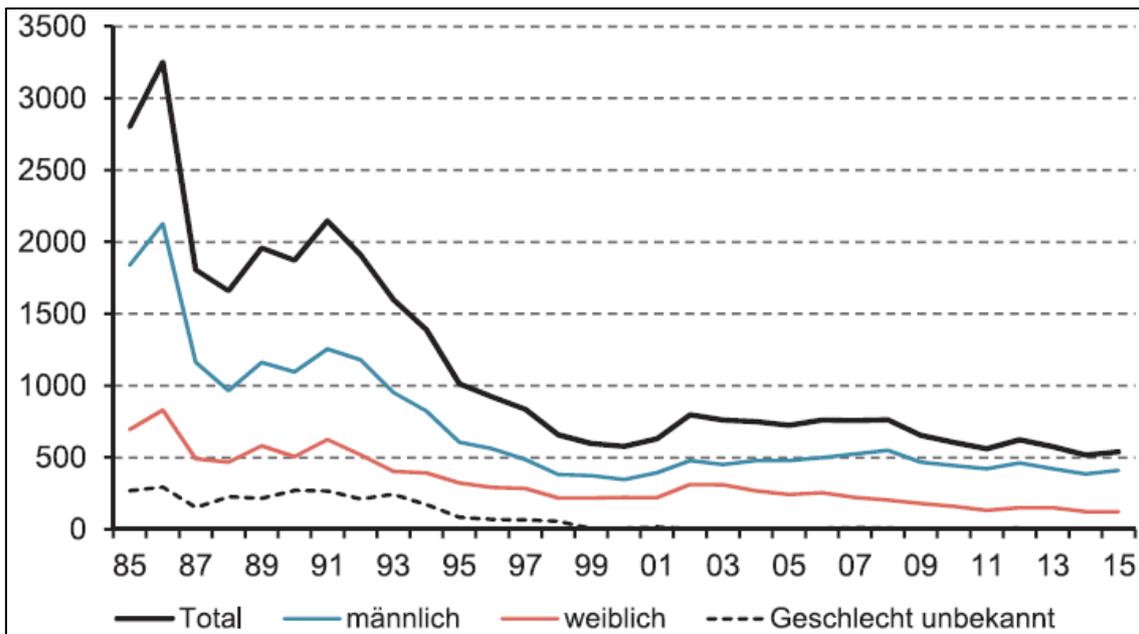
HIV

Gemäss den aktuellsten Berechnungen zur Schweizer HIV-Prävalenz (BAG 2016c) wird die Anzahl der Personen, die in der Schweiz mit HIV infiziert sind, bei geschätzten 15'200 (13'000 bis 19'000) Personen. Bezogen auf die Schweizer Wohnbevölkerung ergibt sich daraus eine Prävalenz von 0.2%. Die HIV-Versorgung in der Schweiz wird als gut beurteilt (BAG 2015a: 4): 91% der HIV-Patienten, die 2012 bei einem Arzt oder einer Ärztin in der Schweiz in Behandlung waren, erhielten eine antiretrovirale Therapie, und bei 96% der Therapierten konnten keine HI-Viren im Blut nachgewiesen werden.

Die Laboratorien meldeten für das Jahr 2015 insgesamt 538 bestätigte neue HIV-Diagnosen. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einer Zunahme von 4%. Allerdings ist die Anzahl neuer HIV-Fälle seit 2008 (ca. 750 Fälle) tendenziell rückläufig (BAG 2016d: 14). Im Vergleich mit EU- und EFTA-Staaten liegt die Schweiz bei den HIV-Neuansteckungen im Jahr 2014 mit einer Rate von 6.3 HIV-Diagnosen pro 100'000 Einwohnern leicht über dem Durchschnitt von 5.9 (ECDC/WHO Regional Office for Europe

2015). Länder mit einer deutlich tieferen Rate sind Österreich (2.8), Finnland (3.3) und Schweden (3.6).

Abbildung 5-1: HIV-Labormeldungen nach Geschlecht und Testjahr seit Beginn der Testungen, 1985 – 2015



Quelle: BAG (2016d: 14)

Der grösste Anteil der Neuansteckungen mit HIV 2015 entfällt auf MSM, sie machen bei den Männern 59% der Fälle aus. Die grosse Mehrheit davon hat sich beim Geschlechtsverkehr mit einem Gelegenheitspartner oder einem anonymen Partner angesteckt. Bei heterosexuellem Ansteckungsweg infizierten sich 45% der Frauen beim festen Partner, bei den Männern dagegen nur 11.7% (BAG 2016d: 19). Über heterosexuelle Kontakte stecken sich mehr ausländische Staatsangehörige (135; 61.6%) an als Schweizerinnen und Schweizer (85; 38.4%), 54.2% davon im Ausland (SchweizerInnen: 21%). Bei den heterosexuellen Frauen fällt der hohe Anteil an Betroffenen auf, die aus einem HIV-Hochprävalenzland (v.a. Sub-Sahara-Region) stammen (34.3% aller HIV-Diagnosen bei Frauen). Es wird vermutet, dass viele davon schon bei der Einreise in die Schweiz infiziert waren (BAG 2016d: 16). Die HIV-Diagnosen bei Drogen injizierenden Menschen (IDU) sind seit einigen Jahren tief: Der Anteil an sämtlichen Diagnosen lag in den letzten 5 Jahren immer unter 5%, im Jahr 2015 sogar unter 2%.

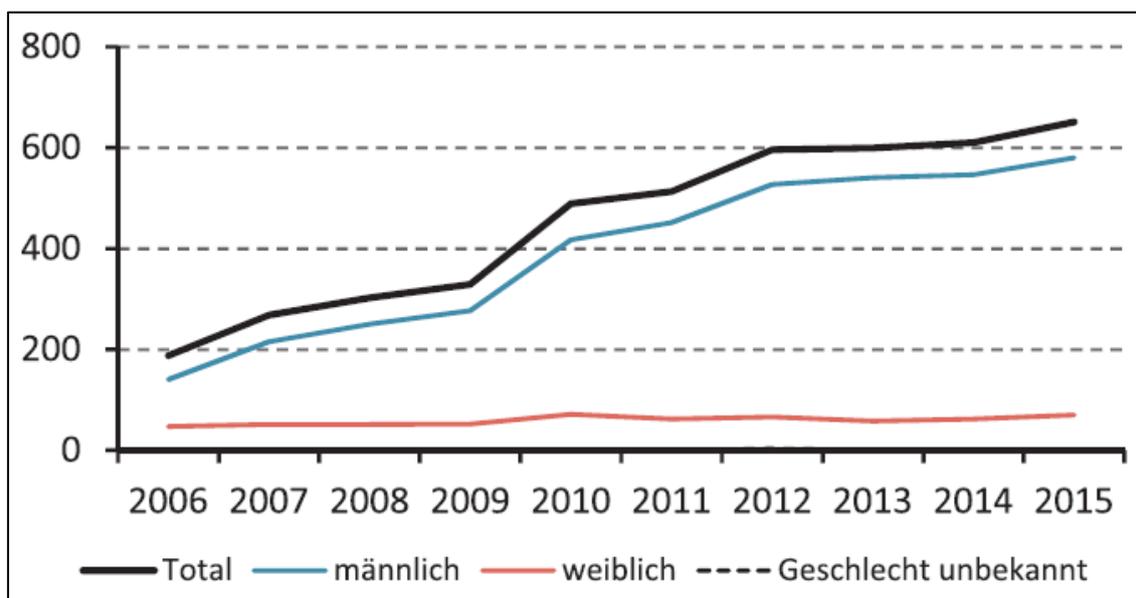
Syphilis

Für das Jahr 2015 wurden 651 bestätigte Syphilis-Fälle gemeldet. Diese Zahl hat seit 2006 um den Faktor 3.5 zugenommen (Männer: Faktor 4, Frauen: Faktor 1.5; BAG 2016d: 22;

Abbildung 5-2). 89% der Fälle betreffen Männer, v.a. MSM. 57% der gemeldeten Ansteckungen beider Geschlechter erfolgten beim sexuellen Kontakt zwischen Männern, 22% bei heterosexuellen Kontakten (bei 21% ist der Ansteckungsweg unbekannt). Männer stecken sich grösstenteils im Kontakt mit anonymen Partnerinnen und Partnern an (51% bei MSM, 47% bei heterosexuellen Kontakten), Frauen mehrheitlich (88%) bei bekannten Partnern (BAG 2016d: 23ff.). Bei den infizierten Frauen fällt der hohe Anteil von Ausländerinnen auf (60%; Männer: 33%; BAG 2016d: 24).

Hervorzuheben ist, dass sich 85 % aller gemeldeten Syphilis-Fälle in einem infektiösen Stadium befanden und somit von einem hohen Risiko der Weiterverbreitung an allfällige Sexualpartner und -partnerinnen auszugehen ist. Deren Information und gleichzeitigen Behandlung kommt somit eine grosse Bedeutung zu (BAG 2016d: 25).

Abbildung 5-2: Bestätigte Syphilisfälle nach Geschlecht und Diagnosejahr, seit Wiedereinführung der Meldepflicht 2006 – 2015

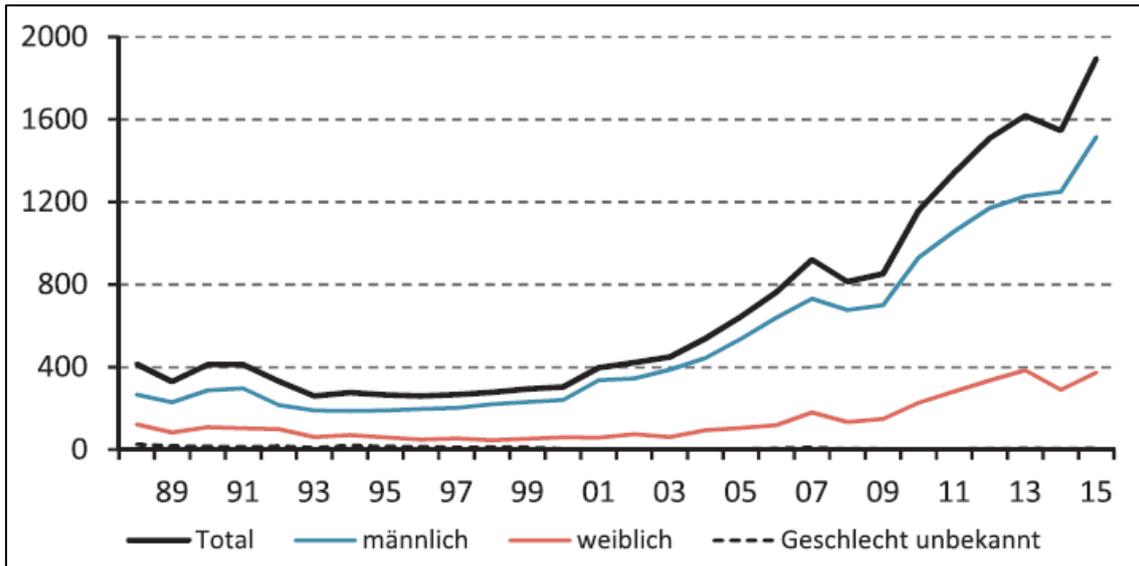


Quelle: BAG (2016d: 22)

Gonorrhoe

Für 2015 lagen 1895 bestätigte Gonorrhoe-Fallmeldungen vor. Im langfristigen Trend ist auch bei dieser Infektion seit ca. 2000 eine weitgehend kontinuierliche und starke Zunahme (Faktor 6.2) festzustellen (BAG 2016d: 27; Abbildung 5-3).

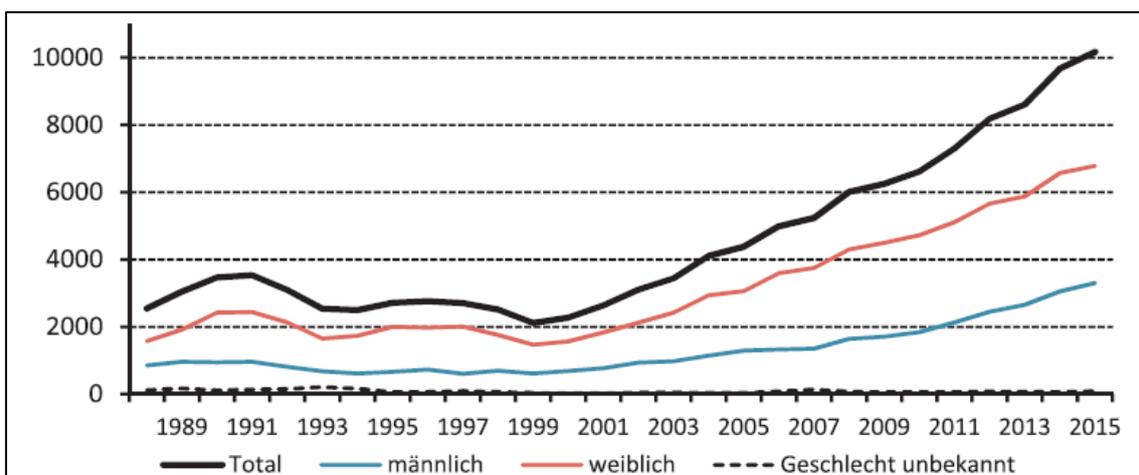
Auch von Gonorrhoe sind hauptsächlich Männer betroffen (80% der bestätigten Fälle). Die Ansteckung erfolgte in 52% aller Fälle beim heterosexuellen Kontakt, in 32% der Fälle bei MSM (bei 16% unbekannt), wobei der Anteil der MSM an den männlichen Fällen seit 2010 stark zunahm. 92% der Frauen steckten sich bei einem bekannten Partner an; bei Männern ist dieser Anteil mit rund 43% tiefer (BAG 2016d: 27ff.).

Abbildung 5-3: Bestätigte Gonorrhoe-Fälle nach Geschlecht und Diagnosejahr seit Beginn der Erfassung, 1988-2015

Quelle: BAG (2016d: 27)

Chlamydiose

Im Jahr 2015 gab es 10'167 bestätigte Chlamydiose-Fälle. Auch hier zeigt sich seit 2000 eine deutliche und kontinuierliche Zunahme um Faktor 4.5 (BAG 2016d: 32; Abbildung 5-4). Chlamydiose betrifft sehr häufig Frauen (diese machten in den letzten 5 Jahren durchschnittlich zwei Drittel aller Meldungen aus); über die Hälfte gehörte zur Altersgruppe der 15-24-Jährigen (BAG 2016d: 32f).

Abbildung 5-4: Bestätigte Chlamydiose-Fälle nach Geschlecht seit Beginn der Erfassung, 1988-2015

Quelle: BAG (2016d: 32)

Hepatitis B und C

An einer akuten **Hepatitis B** erkranken jährlich weniger als 100 Personen⁵²; die Prävalenz beträgt 0.3% (ca. 24'500 chronisch infizierte Personen), was im internationalen Vergleich tief ist. Seit 2012 werden pro Jahr zwischen 1400 und 1500 neue chronische Infektionen gemeldet, was eine leichte Zunahme seit 2004 bedeutet (Richard et al. 2017). Der Durchimpfungsgrad bei 16-Jährigen beträgt 68%, bei älteren Personen dürfte er tiefer liegen (Zahnd et al. 2017: 24).

In der Schweiz sind 0.7 bis 1% der Bevölkerung mit dem **Hepatitis-C**-Virus infiziert, weltweit im Durchschnitt rund 3%. Die Prävalenz von chronischer Hepatitis C ist aufgrund unsicherer Datengrundlagen schwer zu ermitteln. Bisherige Schätzungen gingen von ca. 80'000 Betroffenen aus (Bruggmann 2016); eine aktuelle Situationsanalyse veranschlagt die Anzahl chronisch infizierter Personen bei 36-43'000 (Zahnd et al. 2017: 23). Gemäss BAG-Bulletin werden pro Jahr ca. 1500 neu diagnostizierte Fälle gemeldet (davon rund 50 akut), wobei von einer Dunkelziffer auszugehen ist. Gemäss BAG-Daten von 2011 erfolgen 49% der Ansteckungen mit Hepatitis C in Zusammenhang mit Drogenkonsum, 12% auf sexuellem Weg, 12% über Bluttransfusionen, beruflich oder über Dialyse. Bei 27% der Infektionen ist der Übertragungsweg unbekannt (Bruggmann 2016). Die Sterberate aufgrund von Hepatitis C wird auf jährlich ca. 2.5 pro 100'000 Personen geschätzt und liegt damit fünfmal höher als bei HIV (Zahnd et al. 2017: 22 und 28).

Humane Papillomaviren (HPV)

Nach Schätzungen infizieren sich 70-80% der sexuell aktiven Frauen und Männer im Laufe ihres Lebens mit humanen Papillomaviren (HPV). Hochrisiko-Typen von HPV können jedoch verschiedene Krebsvorstufen und -erkrankungen auslösen, u. a. Gebärmutterhalskrebs. Zudem sind HPV bei anderen Krebsformen, die auch Männer betreffen können, ursächlich beteiligt. In 70% dieser Fälle verschwindet das Virus innerhalb eines Jahres nach der Infektion und in 90% innerhalb von zwei Jahren. Die Häufigkeit der HPV-Infektionen steigt mit der Anzahl Sexualpartner und das Infektionsrisiko ist zu Beginn der sexuellen Aktivität am höchsten.⁵³ Bei jeder fünften Frau, die mit einem Hochrisiko-Typ von HPV infiziert ist, entwickelt sich eine Krebsvorstufe, aus der sich Krebs entwickeln kann. In den letzten Jahren wurden in der Schweiz jährlich rund 250 neue Fälle von Gebärmutterhalskrebs und etwa 5000 Krebsvorstufen diagnostiziert. Das Erkrankungsrisiko beträgt 0.5%, das Sterblichkeitsrisiko 0.2%. Morbidität und Mortalität gingen in der Schweiz seit den 1980er Jahren zurück und sind im internationalen Vergleich tief (BFS 2016: 75f.).

⁵² <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/hepatitis-b.html> [Letzter Zugriff: 19.4.2017]

⁵³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/infektionskrankheiten-a-z/hpv.html> [Letzter Zugriff: 19.4.2017]

5.1.2 Befragungsdaten zum Verhalten

Neben Daten zur epidemiologischen Situation liegen aus verschiedenen Erhebungen auch Informationen zu Wissen und Einstellungen und zum Verhalten der Gesamtbevölkerung und von spezifischen Zielgruppen (MSM, Migrantinnen und Migranten, Sexarbeitende, intravenös Drogen Konsumierende) bezüglich HIV und anderen STI vor.

Wissen zu HIV/STI und Testangeboten

Daten zum Wissen über HIV und andere STI liegen nur für die spezifischen Zielgruppen von Achse 2 des NPHS vor, nicht aber für die Gesamtbevölkerung (Lociciro et al. 2016: 26ff.). 82% der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Ländern und 90% der Sexarbeitenden, die an den Erhebungen teilgenommen haben, wissen, dass sie sich mit Präservativen gegen HIV und andere STI schützen können. 28% der Sexarbeitenden und 54% der MSM kennen die Möglichkeit der Postexpositionsprophylaxe. Diese Werte haben in den letzten 10 Jahren zugenommen. Dagegen ist die Präexpositionsprophylaxe nur bei 26% der MSM bekannt. 70% der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Ländern, 73.5% der MSM und 51.3% der Sexarbeitenden haben über die HIV-Präventionskampagne, Informationsmaterial oder Fachpersonen Informationen zur über die Prävention von HIV und anderen STI erhalten. Der Wissenstand über andere STI ist in den drei Gruppen generell tiefer als bei HIV. HIV-Testangebote sind in allen befragten Gruppen mehrheitlich bekannt (73-90%).

Sexualverhalten

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung werden für die Gesamtbevölkerung einzelne Indikatoren zum Sexualverhalten und zur Inanspruchnahme von HIV-Tests erhoben.⁵⁴ Zum Verhalten der 18-20-Jährigen halten Jeannin et al. (2013) auf Basis der CH-X-Befragungen von 2010 und 2011 folgendes fest: Bei beiden Geschlechtern steigt der Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten eine hohe Zahl von Sexualpartnern (drei oder mehr) hatten. Bei Männern wird zudem der Konsum von bezahltem Sex häufiger. Der Schutz durch Präservative bleibt in dieser Altersgruppe jedoch insgesamt hoch⁵⁵ und ist mit dem im ersten Jahrzehnt der 2000er-Jahre erreichten Niveau vergleichbar. Evaluationsergebnisse der „Love Life“-Kampagne legen jedoch den Schluss nahe, dass in der Altersgruppe der 15-29-Jährigen ein zu geringes Bewusstsein für die eigene Betroffenheit von HIV und STI besteht (vgl. Kunz/Freigang 2016: 12).

Die Synthesestudie von Lociciro et al. (2016: 11) hält fest, dass in der Altersgruppe der 17-45-Jährigen 37% der Personen, die in den letzten 12 Monaten mit 2 zwei oder mehr Part-

⁵⁴ Aus Sicht der Arbeitsgruppe Surveillance fehlen jedoch wichtige Indikatoren (Kübler et al. 2015: 9).

⁵⁵ 63.0% der befragten 18-20-jährigen Männer und 50.1% der Frauen gaben an, beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet zu haben (Jeannin et al. 2013: 856).

nern Geschlechtsverkehr hatten, beim letzten Kontakt kein Präservativ verwendeten. Bei Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Ländern beträgt der Anteil 39%.

Umfrageergebnisse zu spezifischen Zielgruppen (MSM: Gaysurvey, Lociciro/Bize 2015; Migrantinnen und Migranten: ANSWER, Simonson et al. 2015) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bezüglich MSM lässt sich festhalten, dass der ungeschützte Sexualkontakt mit einem Partner mit unterschiedlichem oder unbekanntem HIV-Serostatus seit 1994 ständig zunimmt (2014 sind es 19.5%, + 9 Prozentpunkte). Diese steigende Tendenz betrifft insbesondere die über 30-jährigen Befragten und in einem engen Zusammenhang mit dem Umstand, HIV-positiv zu sein, zahlreiche Partner gehabt (6 oder mehr) und während dem Sex Suchtmittel (Alkohol, Drogen) konsumiert zu haben. Die Studienautoren gelangen zum Schluss, dass das Risiko einer Infektion mit HIV und anderer STI weiterhin besteht. Von den im Laufe der letzten zwölf Monate negativ auf HIV getesteten Befragten hatte ungefähr ein Fünftel ungeschützten Verkehr mit einem Partner mit unterschiedlichem oder innerhalb der letzten zwölf Monate unbekanntem HIV-Serostatus. Dieser Anteil ist hoch, jedoch seit 2004 stabil. Der Anteil der MSM, die beim Analverkehr unter Gelegenheitspartnern kein Präservativ verwenden, hat zwischen 1992 (16%) und 2014 (30%) kontinuierlich zugenommen. Dies betrifft insbesondere Personen mit seropositivem Status (Locociro et al. 2016: 11). Der Anteil der Befragten, der sich im Laufe ihres Lebens auf HIV testen liess, hat seit 2012 zugenommen (+6 Prozentpunkte) und beträgt 81.3%. Die grosse Mehrheit der Befragten (77.5%) hat in ihrem Leben bereits einen Test bezüglich anderer STI gemacht. 2014 wurden die Befragten hauptsächlich positiv auf Syphilis (12.3%), Chlamydien (11.8%) und urogenitale Gonorrhoe (9.6%) getestet. Die Befragung stellt Wissenslücken fest (möglicherweise asymptomatischen Verlauf der Primoinfektion; Symptome, die mit einer HIV-Primoinfektion einhergehen können; Präexpositionsprophylaxe).
- Bezüglich Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika kommen Simonson et al. (2015) zu folgendem Befunden: Festgestellt wird unter anderen ein nicht vernachlässigbarer Anteil an homosexuellen Kontakten mit Risikoverhalten. Bezüglich der Nutzung von Präservativen bei sexuellen Kontakten mit Gelegenheitspartnern wird vor allem bei MSM Verbesserungspotenzial gesehen. Die Kenntnisse von Übertragungswegen sind gering. Die Daten zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Wissenstand über HIV/andere STI und der konsequenten Nutzung von Präservativen bei Gelegenheitspartnern. Die Untersuchung zeigt weiter, dass Personen in prekären Situationen sich weniger häufig auf HIV testen lassen. Auch wird ein tiefer Wissenstand bei Personen festgestellt, die ein tiefes Bildungsniveau aufweisen und die erst seit kurzem in der Schweiz sind.

5.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen

5.2.1 Bundesebene

Artikel 118 der Bundesverfassung (Schutz der Gesundheit) gibt dem Bund u.a. die Kompetenz zur Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten und zum Erlass entsprechender Vorschriften.

Das per 2016 revidierte Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG; SR 818.101) vom 28. September 2012 bildet die Grundlage für Massnahmen des Bundes, um übertragbare Krankheiten frühzeitig zu erkennen, überwachen, verhüten und bekämpfen. Gestützt auf das EpG kann der Bund u.a.:

- unter Einbezug der Kantone themenspezifische nationale Programme zur Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, insbesondere auch hinsichtlich HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheitserreger (...) erarbeiten (Art. 5 EpG),
- die Öffentlichkeit, bestimmte Personengruppen sowie Behörden und Fachpersonen über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und über die Möglichkeiten zu deren Verhütung und Bekämpfung informieren (Art. 9 EpG),
- Systeme zur Früherkennung und Überwachung von übertragbaren Krankheiten betreiben (Art. 11-15 EpG),
- Allgemeine Verhütungsmassnahmen treffen und entsprechende Vorschriften erlassen (Art. 19 EpG),
- Impfempfehlungen in Form eines nationalen Impfplans erarbeiten (Art. 20 EpG),
- Finanzhilfen an öffentliche und private Organisationen ausrichten (Art. 50 EpG)⁵⁶.

Das EpG legt auch die Grundsätze der Zusammenarbeit zwischen dem Bund und den Kantonen fest und ermächtigt die Kantone zu verschiedenen Massnahmen. Der Vollzug obliegt den Kantonen, soweit nicht der Bund zuständig ist (Art. 75 EpG). Der Bund beaufsichtigt den Vollzug und koordiniert bei Bedarf deren Massnahmen. Soweit ein Interesse an einem einheitlichen Vollzug besteht, kann er den Kantonen Massnahmen für einen einheitlichen Vollzug vorschreiben, bei Gefährdungen der öffentlichen Gesundheit die Kantone anweisen, bestimmte Vollzugsmassnahmen umzusetzen, die Kantone verpflichten, ihn über Vollzugsmassnahmen zu informieren und den Kantonen Vorgaben für ihre Vorbereitungs- und Notfallpläne machen (Art. 77 EpG).

Auf Bundesebene wird das EpG durch verschiedene Verordnungen konkretisiert, wobei die Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienerverordnung, EpV; SR 818.101.1) vom 29. April 2015 im Zentrum steht. Für den Bereich

⁵⁶ Gemäss Art. 74 EpG können diese Finanzhilfen „insbesondere gewährt werden, um Vorhaben zu unterstützen, die einen Beitrag zur Umsetzung der nationalen Ziele, Strategien und Programme in den Bereichen Wissenschaft, Forschung und internationale Zusammenarbeit leisten.“

der sexuellen Gesundheit sind darin insbesondere diejenigen Bestimmungen relevant, die Anbieter oder Veranstalter im Bereich des Sexgewerbes zur Abgabe von Informationsmaterial über HIV und andere STI, Präservativen und wasserlöslichen Gleitmitteln verpflichten (Art. 27 EpV) und die Verhütungsmassnahmen in Institutionen des Freiheitsentzugs (Art. 30 EpV) und in Empfangs- und Verfahrenszentren des Bundes und kantonalen Kollektivunterkünften für Asylsuchende (Art. 31) vorsehen.

Die Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; SR 832.112.31) regelt die Voraussetzungen zur Kostenübernahme von medizinischen Leistungen zur Testung und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten (vgl. ausführlicher Recher 2016: 139ff.).

5.2.2 Kantonale Ebene

Auf kantonalen Ebene sind die folgenden gesetzlichen Grundlagen relevant:

- Gesundheitsgesetze
- Vollzugsverordnungen zum Epidemiengesetz

5.3 Strategischer Rahmen

5.3.1 Bundesebene

Mit dem **Nationalen Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011-2017 (NPHS)** existiert für dieses Handlungsfeld eine nationale Strategie, die die Aktivitäten in diesem Bereich bündelt (BAG 2010). Im Rahmen von Interventionsachse 2 des NPHS entwickelte das BAG 2011 den **Urgent Action Plan** (BAG 2011), der sich gezielt an MSM richtet und Grundlage für Aktivitäten mit und für schwule Männer bildet. Eine weitere Konkretisierung des NPHS bildet das **Rahmenkonzept HIV/STI-Prävention – Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+** (BAG 2016a), welches dazu beigetragen soll, die sexuelle Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in der Schweiz zu verbessern. Das NPHS und die konkretisierenden Konzepte wurden in Abschnitt 2.3.2 behandelt.

Seit 2007 wird in der Schweiz die **Impfung gegen HPV** als Basisimpfung für Mädchen und junge Frauen empfohlen, um Gebärmutterhalskrebs und weiteren durch HPV verursachten Krankheiten vorzubeugen. Seit Juli 2016 empfehlen das BAG und die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) die Impfung auch für Jungen und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren, vorzugsweise zwischen 11 und 14 Jahren.

5.3.2 Kantonale Ebene

Die kantonalen Behörden sind im Rahmen des NPHS zuständig für die Umsetzung und Koordination von Massnahmen innerhalb ihres Kantonsgebietes. Mittels Finanzierung und Controlling von lokalen Institutionen (regionale HIV- und STI-Behandlungszentren, Prä-

ventions- und Beratungsstellen) stellen sie Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Diagnose und Behandlung sicher.

Im Rahmen der **kantonalen Impfprogramme** ist die Impfung für 11- bis 14-jährige Mädchen gemäss den Empfehlungen des BAG und EKIF kostenlos. Ab 1. Juli 2016 gilt das auch für Jungen und junge Männer zwischen 11 und 26 Jahren. Für 15- bis 26-jährige Mädchen und Frauen gilt die Kostenübernahme bis Ende 2017 und wird danach neu beurteilt.

5.4 Akteure und Aktivitäten

An der Umsetzung von Massnahmen im Handlungsfeld „Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI)“ sind neben dem Bund und den Kantonen auch die Fachsysteme und zahlreiche Fachorganisationen in den Bereichen Medizin, Prävention und psychosoziale Beratung, Bildung, Pädagogik, sowie Jugendarbeit beteiligt (EKGS 2015; CLASS/SGCH 2016). Eine Übersicht findet sich z.B. im NPHS (BAG 2010: 127ff.).

Zentrale, an der Erarbeitung und Umsetzung des NPHS beteiligte nicht-staatliche Akteure sind die Aids-Hilfe Schweiz (und die regionalen Aids-Hilfen) und Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH). „Die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) ist der Dachverband der 8 regionalen Koordinationszentren (...) und weiterer über 40 im HIV/Aids-Bereich tätigen oder engagierten Organisationen. Die AHS plant, koordiniert und realisiert Präventionsprojekte und Kampagnen in den Bereichen HIV/Aids besonders für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko“ (MSM, Migrantinnen und Migranten, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter). Sie setzt sich für Menschen mit HIV/Aids ein, bietet Informations- und Beratungsleistungen zu medizinischen, rechtlichen und sozialen Themen an, unterhält eine Meldestelle für Diskriminierungen im Bereich HIV/Aids und leistet allgemein Vernetzung und Koordination⁵⁷. Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGCH, vgl. Abschnitt 4.4) ist verantwortlich für die Umsetzung der Prävention und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung im Rahmen des NPHS, informiert über die Leistungen in Bezug auf Test, Beratung und Behandlung und entwickelt und verbreitete Interventionsmaterial für Fachleute.⁵⁸

Im Folgenden werden die wichtigsten Aktivitäten in diesem Handlungsfeld entlang der drei Interventionsachsen des NPHS beschrieben.

5.4.1 Interventionsachse 1: Gesamtbevölkerung

Zur **Sexualaufklärung**: siehe Kapitel 7 zum Handlungsfeld 5 - Bildung zur sexuellen Gesundheit.

⁵⁷ <http://www.aids.ch/de/ueber-uns/index.php> [Letzter Zugriff: 19.4.2017]

⁵⁸ <https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/promotion-und-praevention/hiv-und-stis/> [Letzter Zugriff: 19.4.2017]

Zentrale Massnahme im Rahmen des NPHS in Bezug auf die Gesamtbevölkerung ist die „**Love Life**“-Kampagne, die vom BAG, der *Aids-Hilfe Schweiz* und *Sexuelle Gesundheit Schweiz* geführt wird. Bei der aktuellen Kampagne steht das Lebensgefühl „Love Life - be-reue nichts“ im Mittelpunkt (= das eigene Leben und eine lustvolle und selbstbestimmte Sexualität ohne Reue zu geniessen). Die Website www.lovelife.ch ist die zentrale Drehscheibe der Kampagne. Die Kampagne propagiert einen lust- und verantwortungsvollen Lebensstil, der den Schutz vor HIV und anderen STI beinhaltet. Zentrales Element der aktuellen Kampagne ist ein Manifest: Wer zu diesem Ja sagt, macht gegenüber sich selber das Versprechen, sich beim Sex ausserhalb einer infektionsfreien treuen Beziehung zu schützen, indem sie oder er die Safer Sex-Regeln beachtet.

Verschiedene nationale Organisationen (*Sexuelle Gesundheit Schweiz*, *Aids-Hilfe Schweiz*) sind im Bereich von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in den Bereichen **Sensibilisierung**, **Information** (Websites, Broschüren), **Beratung** und **Weiterbildung** tätig. Gemäss Website von Sexuelle Gesundheit Schweiz fallen darunter Informationen über die Leistungen in Bezug auf Test, Beratung und Behandlung, die Entwicklung und Abgabe von Interventionsmaterial für Fachleute sowie die Aktualisierung und Erarbeitung von Informations- und Sensibilisierungsmaterial für die Gesamtbevölkerung. Weiter gehört die Grundausbildung und die Weiterbildung von Fachleuten, die im Bereich der Tests tätig sind, zu den Aktivitäten und Leistungen.

Auf lokaler Ebene nehmen *kantonale Fachstellen* (kantonale Aids-Hilfen, Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung) einerseits **Informations- und Beratungsaufgaben** im Zusammenhang mit HIV und anderen STI wahr. Konkret gehören hierzu Informationsaktivitäten zu HIV/Aids und weiteren STI, Beratungen zu Präventionsmöglichkeiten, Testangeboten und möglichen Therapien sowie Beratungen von HIV-positiven Menschen und/oder deren Umfeld; z.T. wird auch finanzielle Unterstützung für HIV-positive Menschen gewährt. Andererseits bieten verschiedene dieser Fachstellen **Testmöglichkeiten** zu HIV und (etwas weniger oft) auch zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten an.

Gemäss den jüngsten Jahresberichten des BAG zum NPHS wurden 2014 und 2015 weitere Aktivitäten unterstützt.

5.4.2 Interventionsachse 2: spezifische Zielgruppe

Zentrale Akteure für die Interventionsachse 2 sind die *Aids-Hilfe Schweiz*, die *Checkpoints* sowie die *kantonalen Aids-Hilfen*.

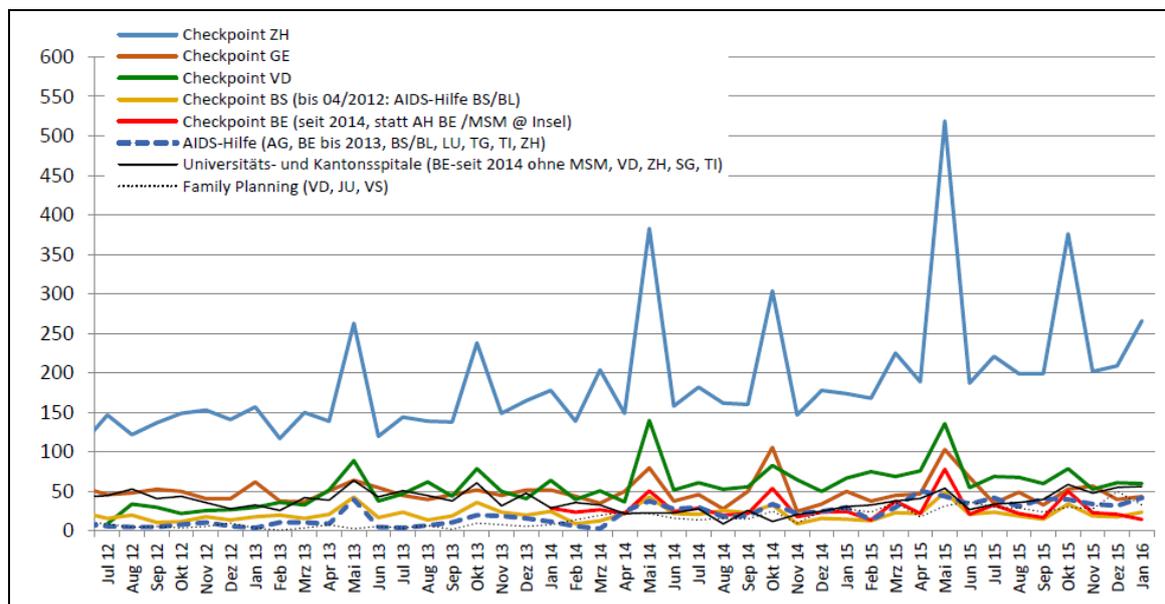
Männer, die Sex mit Männern haben

Bezüglich der Zielgruppe der MSM, sind die beiden **Kampagnen** „Break the chains“ und „Stop Syphilis“ im Rahmen des Urgent Action Plans wesentliche Elemente. Beide Kampagnen finden jährlich wiederkehrend statt. Ziel der Kampagne „Break the chains“ ist es,

den Community Viral Load in der schwulen Community zu senken, indem die Infektionsketten während der Primoinfektionsphase unterbrochen werden sollen. Die Kampagne wird von der *Aids-Hilfe Schweiz* realisiert und von den fünf schwulen Gesundheitszentren in der Schweiz, den *Checkpoints*, durchgeführt. Bei „Stop Syphilis“ besteht während eines Monats die Möglichkeit, gratis einen Syphilis-Test durchzuführen; gleichzeitig wird die MSM-Community ermuntert, sich einmal jährlich auf andere STI testen zu lassen. Die Daten verschiedener Teststellen zeigen deutlich die Auswirkungen der beiden Kampagnen auf die Anzahl HIV-Tests bei MSM (Abbildung 5-5; „Break the Chains“: jeweils im Mai; „Stop Syphilis“: jeweils im Oktober). Auch bei den Syphilis-Tests lässt sich in den Kampagne-Monaten, insbesondere in den Jahren 2014 und 2015 jeweils eine deutliche Zunahme der Anzahl Tests feststellen.

Eine Studie zur Wirksamkeit der Kampagne Break the Chains (Frey et al. 2016) stellte verschiedene positive Befunde fest (gute Reichweite der Kampagne, bei einem kleinen Anteil konnte eine Änderung des Risikoverhaltens im Kampagne-Monat bewirkt werden, vermehrte Tests, Zunahme des Wissens über Primoinfektionsphase). Die Studie hält aber auch fest, dass sich Personen mit Risikoverhalten in den letzten 12 Monaten nur teilweise von der Kampagne betroffen fühlten (Frey et al. 2016: 10).

Abbildung 5-5: Anzahl in BerDa registrierter HIV-Tests bei MSM, 2008–2015 (Stand: 18. Januar 2016)



Quelle: BAG (2016c: 11)

Spezifisch für schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, bestehen fünf *Checkpoints* (in Genf, Waadt, Basel, Zürich und Bern). Checkpoints sind Gesundheitszentren und bieten eine breite Palette an **Dienstleistungen im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich** an. Die Checkpoints Waadt und Zürich beraten auch Transmenschen und ihre Partnerinnen/Partner.

Verschiedene *kantonale Aids-Hilfen* (v.a. in Kantonen mit einem grossen städtischen Zentrum) führen spezifische **Präventionsaktivitäten** für Männer, die Sex mit Männern haben, durch, die im Rahmen des NPHS ebenfalls unterstützt wurden.

Das **Beratungstool Dr. Gay** ist eine online Beratungsplattform für Männer, die Sex mit Männern haben. Die Besucher können sich dabei auch über Themen wie HIV und STI informieren lassen. Die Fragen werden von einem Beraterteam der *Aids-Hilfe Schweiz* beantwortet.

Weitere Aktivitäten bestehen gemäss dem Sondierungsgespräch mit der Aids-Hilfe in der Präsenz an Prides und in Medien der Community.

Migrantinnen und Migranten

Bezüglich der Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus Hochprävalenzländern bietet die *Aids-Hilfe Schweiz* **Informationsmaterial** in 23 Sprachen an.

Um die nötigen **Informationen an die Zielgruppe zu bringen** (inkl. Videoreihe „Think about it!“), setzt die Aids-Hilfe Schweiz zudem *Mediatorinnen und Mediatoren* aus den wichtigsten Herkunftsländern der Zielgruppen ein (Programm Afrimedia). Die Einsätze der MediatorInnen werden von regionalen Aids-Hilfen oder anderen Fachstellen, die dem Verband Aids-Hilfe Schweiz angegliedert sind, geleitet. Die MediatorInnen werden in Einführungskursen und in einer Grundlagenschulung auf ihren Einsatz vorbereitet und besuchen jährliche Weiterbildungen.

Hinsichtlich der Aktivitäten in Asylzentren ergaben sich wenige Hinweise. Aids-Hilfe Schweiz selber ist nicht in den Asylzentren präsent. Gemäss den geführten Interviews sind aber verschiedenen kantonale Aids-Hilfen mit Informations- und Beratungsaktivitäten präsent.

Sexarbeitende

Bezüglich der Zielgruppe der Sexarbeitenden besteht im Netzwerk **Aidsprävention im Sexgewerbe (APiS)**: APiS-Angebote bestehen in 16 Kantone (vgl. BFM 2014: 34) und werden durch die Aids-Hilfe Schweiz koordiniert. *Mediatorinnen mit Migrationshintergrund* suchen regelmässig Sexarbeiterinnen an ihrem Arbeitsplatz, sei dies in Cabarets, Etablissements oder auf dem Strassenstrich auf. Sie **informieren** über HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Krankheiten, vermitteln technisches **Wissen** sowie Anwendung von Verhütungs-/ Schutzmassnahmen und verteilen **Präventions- und Informationsmaterial**. Aktuell stehen 35 Mediatorinnen für das Angebot im Einsatz. Die Aids-Hilfe Schweiz unterstützt das Netzwerk mit Präventionsmaterial, Weiterbildung, Koordination und Vertretung gegenüber anderen Organisationen und Behörden (weitere Angebote für Sexarbeitende: vgl. Abschnitt 3.4.3).

Seitens der *Aids-Hilfe Schweiz* werden die **folgenden Aktivitäten** für die Zielgruppe der Sexarbeitenden umgesetzt:

- Abgabe von Präventionsmaterial an Sexarbeitende
- Bereitstellung von Informationsmaterial (Stella Broschüre) für Sexarbeitende. Das Material enthält Informationen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie Safer Sex, Rechte und Pflichten mit wichtigen Adressen vor Ort.
- Bereitstellung von Informationsmaterial für Gesundheitsfachpersonen: Eine Broschüre richtet sich an Gesundheitsfachpersonen, die HIV-/STI-Tests empfehlen oder anbieten. Das Ziel besteht darin, über die spezifischen Bedürfnisse von Sexarbeitenden im Bereich Gesundheit, Beratung und Prävention zu informieren.

Weitere Zielgruppen

Gemäss den Gesprächen finden bezüglich der beiden Gruppen Gefängnisinsassen und injizierend Drogenkonsumierende (IDU) vergleichsweise wenige Aktivitäten statt. Bezüglich der IDU wird dies damit begründet, dass es auf diesem Ansteckungsweg seit mehreren Jahren kaum mehr zu Neuinfektionen komme.

Bezüglich der Gefängnisinsassen setzte das BAG gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren (KKJPD) das **Projekt „Bekämpfung von Infektionskrankheiten in Gefängnissen“** um. Eine wichtige Erkenntnis aus dem Projekt war das Fehlen einer nationalen und interdisziplinären Dialogplattform zwischen Akteuren des Justizvollzugs und jenen der Gesundheitsversorgung. Auf Empfehlung der KKJPD und der GDK wurde daraufhin die Fachstelle *„Santé Prison Suisse (SPS)“* gebildet. Im Rahmen der Pilotphase wurden unter anderem ein **Vademekum** („Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis“) sowie **Informations-Broschüren** für das Justizvollzugspersonal und für Personen im Freiheitsentzug publiziert. Die KKJPD entschied Ende 2015, SPS in eine definitive Struktur überzuführen.

5.4.3 Interventionsachse 3: infizierte Personen

Die dritte Interventionsachse richtet sich an HIV-Infizierte und deren Partnerinnen und Partner. Das Krankheitsbild hat sich in den letzten 20 Jahren stark verändert: Während früher relativ rasch der Tod eintrat, kann zwar HIV heute noch nicht geheilt werden, doch es kann durch eine antiretrovirale Therapie die Infektion soweit kontrolliert werden, dass sie sexuell nicht mehr infektiös sind und die Lebenserwartung markant steigt. Dies führt dazu, dass sich betroffene Personen vor allem bei spezifischen Problemen wie Benachteiligungen am Arbeitsplatz, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Diskriminierung, Invalidenversicherung (betrifft vor allem Schwierigkeiten bei der Integration von Personen, die sich in den 80er und 90er Jahren infiziert haben) an die *Aids-Hilfe* wenden. Erreicht werden diese Per-

sonen insbesondere zum Zeitpunkt der Diagnose mit **Information, Aufklärung und Beratung**. Dabei werden verschiedene Themen abgedeckt, wie z.B. HIV im Alter.

Ein wichtiges Element im Rahmen der Interventionsachse 3 ist die HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study, SHCS), die 1988 gestartet worden ist. Die Schweizer Mütter- und Kinder-HIV-Kohortenstudie (Swiss Mother and Child HIV Cohort Study (MoCHiV)) ist seit 2003 in die SHCS integriert. Die SHCS erfasst epidemiologische, klinische und laborbasierte Daten in anonymisierter Form von HIV-infizierten Frauen, Männern und Kindern in der Schweiz. Die übergeordneten Ziele der SHCS sind die Verbesserung der Behandlungsstandards für Menschen mit HIV in der Schweiz, die Reduktion von Übertragungen und die Forschung im Bereich von HIV.

Regionale Aids Hilfen sind lokal gut vernetzt, die Zusammenarbeit mit den *Spitälern* ist jedoch unterschiedlich stark ausgebaut: Beispielsweise besteht eine gute Zusammenarbeit mit dem Inselspital Bern, den Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) und dem Kantonsspital St. Gallen, während die Zusammenarbeit zwischen dem Checkpoint Zürich und dem Universitätsspital noch verstärkt werden könnte (Interviewaussagen).

5.5 Einschätzung des Bedarfs

Im Folgenden soll für das Handlungsfeld der sexuell übertragbaren Krankheiten beurteilt werden, wo Bedarf gesehen wird, der im Rahmen eines künftigen Programms zur sexuellen Gesundheit adressiert werden könnte.

5.5.1 Empirisch dokumentierter Bedarf

Im Vergleich mit den anderen untersuchten Handlungsfeldern ist die Ausgangslage im Bereich der sexuell übertragbaren Krankheiten anders: Mit dem NPHS besteht hier eine Strategie auf nationaler Ebene, womit sich die Fragestellung hier anders präsentiert: Gibt es im Handlungsfeld der sexuell übertragbaren Krankheiten weiterhin Bedarf, der es rechtfertigt, dass die Thematik im Rahmen eines Programms berücksichtigt wird?

Weiterführung von Aktivitäten zur Prävention von HIV und anderen STI in der Gesamtbevölkerung (Interventionsachse 1)

Die Sensibilisierung und Vermittlung von Präventionsbotschaften zu HIV und anderen STI in Bezug auf die Gesamtbevölkerung dürfte auch in Zukunft wichtig bleiben. Aus Public Health-Sicht weisen sexuell übertragbare Krankheiten in der Schweiz angesichts der Entwicklung der Anzahl Neuinfektionen nach wie vor Relevanz auf. Vor diesem Hintergrund sind die Information der Gesamtbevölkerung über sexuell übertragbare Krankheiten und die Vermittlung des Wissens, wie man sich wirksam gegen HIV und andere STI schützen kann, auch in Zukunft von Bedeutung. Gemäss Verhaltenssurveillance (Locicero et al. 2016) besteht insbesondere Bedarf an Information über die Primoinfektion (vor allem bei

anderen STI als HIV), an Information über HIV und STI bei Jugendlichen, und an Sensibilisierung von Personen, die sich einem Ansteckungsrisiko ausgesetzt haben für die Bedeutung von Tests auf HIV und andere STI – diese sind die einzige Möglichkeit, Neuansteckungen von HIV und anderen STI zu identifizieren.

Weiterführung von Aktivitäten zur Prävention von HIV und anderen STI in spezifischen Zielgruppen (Interventionsachse 2)

Die Daten zur biologischen Surveillance und zur Verhaltenssurveillance machen deutlich, dass im Bereich der HIV und anderen STI für bestimmte Zielgruppen nach wie vor ein Handlungsbedarf besteht. Gute Informationsgrundlagen bestehen bezüglich der MSM und der Migrationsbevölkerung: Die epidemiologischen Daten wie auch Erhebungen zum Risikoverhalten dieser beiden Gruppen haben gezeigt, dass Präventionsaktivitäten für diese Zielgruppen Sinn machen (Rate an Neuansteckungen, verschiedene Hinweise auf Risikoverhalten). Auch bezüglich Sexarbeitenden dürften Präventionsaktivitäten aufgrund derer besonderer Verletzlichkeit weiterhin Sinn machen. Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass sich der Zugang zu dieser Personengruppe vor allem im Vergleich zu den MSM schwieriger gestaltet.

Im Vergleich dazu ist der Bedarf bei Drogen injizierenden Menschen (IDU) seit einigen Jahren nicht besonders hoch (Anteil an sämtlichen Diagnosen lag 2014 unter 2%, davor mehrere Jahre immer unter 5%). Vor diesem Hintergrund dürfte in diesem Bereich in Zukunft kein besonderes ausgeprägter Bedarf bestehen. Schwierig ist aufgrund der vorliegenden Informationen der Bedarf bezüglich den Gefängnisinsassen zu beurteilen.

Weiterführung von Aktivitäten bezüglich HIV-infizierten sowie deren Partnerinnen und Partnern (Interventionsachse 3)

Der Gesundheitszustand und die Lebenserwartung von Personen, die mit HIV infiziert sind, konnten durch die antiretrovirale Therapie erhöht werden. Damit treten für diese Gruppe verschiedene medizinische und soziale Fragen auf (z.B. gesundheitliche Probleme: HIV und andere Krankheiten, Stigmatisierung und Diskriminierung, z.B. am Arbeitsplatz).

Aktuell leben gemäss Angaben des BAG rund 15'000 infizierte Personen. Die Abdeckung mit der antiretroviralen Therapie ist mit 90% sehr hoch. Mit der Kohortenstudie verfügt die Schweiz über im internationalen Vergleich sehr gute Wissensgrundlagen, die weitere Fortschritte bei der Behandlung von infizierten Personen erlauben.

6 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 4: Prävention von sexueller Gewalt

Bei Anwendung von sexueller Gewalt werden die sexuellen Rechte einer Person verletzt; dies kann langfristige Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben (EKSG 2015). Sexuelle Gewalt kann verschiedene Formen aufweisen: z.B. sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, häusliche Gewalt, sexuelle Handlungen mit Kindern und Jugendlichen, sexuelle Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel und Sexarbeit, Female Genital Mutilation (FGM) und sexueller Missbrauch von Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen.

6.1 Zustand der sexuellen Gesundheit

Die polizeiliche Kriminalstatistik des Bundesamts für Statistik (T 19.02.03.01.01) registrierte für das Jahr 2016 7329 Straftaten gegen die sexuelle Integrität in 5887 Fällen und mit 4277 Geschädigten. Tabelle 6-1 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Straftatbestände (vgl. Kasten 6-1) und den Anteil häuslicher Gewalt.

Tabelle 6-1: Registrierte Straftaten gegen die sexuelle Integrität (Art. 187-199 StGB), 2015

Straftaten gegen die sexuelle Integrität gemäss StGB (Verzeigungen)	Durchschnitt 2009-2016		
	Straftaten	Anteil am Total (in %)	davon häusliche Gewalt ¹
Sexuelle Handlungen mit Kindern (Art. 187)	1235	18.9	30.4%
Sexuelle Handlungen mit Abhängigen (Art. 188)	16	0.2	26.1%
Sexuelle Nötigung (Art. 189)	645	9.9	34.6%
Vergewaltigung (Art. 190)	569	8.7	48.5%
Schändung (Art. 191)	165	2.5	18.8%
Sexuelle Handlungen Insassen (Art. 192)	5	0.1	
Ausnützung einer Notlage (Art. 193)	27	0.4	14.3%
Exhibitionismus (Art. 194)	520	8.0	
Förderung der Prostitution (Art. 195)	105	1.6	
Pornografie (Art. 197)	1058	16.2	
Sexuelle Belästigung (Art. 198)	1100	16.9	7.9%
Unzulässige Prostitution	1070	16.4	
Total Straftaten gegen die sexuelle Integrität	6673		

Quelle: BFS, Polizeiliche Kriminalstatistik

¹ Häusliche Gewalt: Bei der beschuldigten Person handelt es sich um eine(n) aktuelle(n) oder ehemalige(n) Partner(in) oder ein anderes Familienmitglied der geschädigten Person. Durchschnittswerte 2009-2015.

Die Fälle bzw. Straftaten haben seit 2009 leicht zugenommen, die Anzahl Geschädigten blieb ungefähr konstant. Bei den Opfern handelt es sich um rund 85% um Frauen, und rund 53% der Opfer waren weniger als 20 Jahre alt⁵⁹ (Durchschnittswerte 2009-2016).

Die Polizei hat 2013 rund 16'500 Fälle von **häuslicher Gewalt** registriert (CLASS/SGCH 2016: 49f.): In 70% der Fälle elterlicher Paargewalt waren Kinder mit betroffen. In der Schweiz ist gemäss CLASS/SGCH (2016: 49f.) eine von fünf Frauen mindestens einmal im Leben betroffen von physischer und/oder sexueller Gewalt durch ihren Partner. Eine Folge physischer/sexueller Gewalt durch den Partner ist beispielsweise ein erhöhtes Risiko, dass die betroffene Frau ein Kind mit einem unterdurchschnittlichen Geburtsgewicht gebärt (CLASS/SGCH 2016: 49f.). Weiter sind auch Depressionen und Risikoverhalten (z.B. hoher Alkoholkonsum, ungeschützter Geschlechtsverkehr) häufiger. Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Gewalt in jugendlichen Paarbeziehungen ähnlich verbreitet ist wie bei den Erwachsenen und entsprechend bei der Prävention und Bekämpfung von Jugendgewalt berücksichtigt werden muss (Derungs et al. 2014: 93).

Eine **Schülerbefragung** von 9.-Klässlern im Rahmen der Optimus-Studie (Schmid 2012: 28ff.) ergab, dass 22% der Mädchen und 8% der Jungen bereits einmal Opfer einer körperlichen Viktimisierung wurden. Die häufigste Art dabei war, gegen den eigenen Willen in sexueller Absicht berührt oder geküsst worden zu sein (11% der Mädchen, 4% der Jungen). Die schwerwiegendsten Formen sexueller Viktimisierung waren demgegenüber seltener. Häufiger kamen jedoch Viktimisierungsformen ohne Körperkontakt vor (bei 40% der Mädchen und 20% der Jungen), z.B. via Cyberspace, in Form von verbaler oder schriftlicher Belästigung oder Exhibitionismus (Averdijk et al. 2011: 55f.). Ein Teil der Jugendlichen vertraute sich jemandem an, aber nur wenige suchten bei spezialisierten Stellen **Hilfe** (Schmid 2012: 84ff.).

Im Jahr 2010 wurde bei 923 Kindern schweizweit eine Form von **Kindsmisshandlung** diagnostiziert oder zumindest ein diesbezüglicher Verdacht nicht ausgeschlossen (Bundesrat 2012: 17): Davon 271 Fälle (29.4%) einer körperlichen Misshandlung, 233 Fälle (25.2%) eines sexuellen Missbrauchs und 123 Fälle (13.3%) einer psychischen Misshandlung. Registriert wurden zudem 291 Fälle (31.5%) von Vernachlässigung.

Das Ausmass des **Menschenhandels zur sexuellen Ausbeutung** kann nur geschätzt werden (Derungs et al. 2014: 36). Die Opferhilfestatistik des BFS⁶⁰ verzeichnet für die Jahre 2012-2015 zwischen 111 und 190 Beratungen von Opfern von Menschenhandel. Wie viele Personen tatsächlich davon betroffen sind, lässt sich daraus aber nicht ableiten.

Frauen mit (geistiger) Behinderung machen im Verlaufe ihres Lebens oft die Erfahrung, dass ihre Bedürfnisse betreffend Distanz oder Privatsphäre ignoriert werden. Sie werden zudem drei bis vier Mal häufiger Opfer von sexueller Gewalt, als dies bei Frauen

⁵⁹ < 10 Jahre: 11.5%; 10-14 Jahre: 19.5%; 15-17 Jahre: 15.5%; 18-19 Jahre: 6.6%

⁶⁰ <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/251964/master> [Letzter Zugriff: 21.4.2017]

ohne kognitive Beeinträchtigung der Fall ist.⁶¹ Dies hat verschiedene Gründe: Sie leben und arbeiten häufig in Abhängigkeitsverhältnissen; es fällt ihnen schwerer, sich Unterstützung zu holen oder Schuldzuweisungen und Drohungen der Täter einzuordnen; sie wurden lange nicht ernst genommen, wenn sie von Übergriffen berichtet haben; Tabuisierung der sexuellen Gewalt an Behinderten. **Jugendliche mit einer geistigen Behinderung** sind besonders gefährdet.⁶² Ihnen fehlt unter anderem oft das Wissen über angemessene sexuelle Verhaltensweisen, ihre Schulbildung ist schlechter und ihnen fehlt die Möglichkeit, sich zu informieren. Ausser den Daten zu sexuellen Handlungen mit Abhängigen aus der polizeilichen Kriminalstatistik (vgl. Tabelle 6-1) und der Opferhilfestatistik (durchschnittlich 494 Beratungen 2009-2015) sind keine quantitativen Daten zum Ausmass sexueller Übergriffe auf behinderte Personen bekannt.

In der Schweiz leben schätzungsweise ca. 10'000 Mädchen und Frauen die von **weiblicher Genitalverstümmelung (FGM; female genital mutilation)** betroffen sind oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden (Bundesrat 2015b: 17; Bundesrat 2015c: 11). FGM kann zu verschiedenen Risiken in der Schwangerschaft/bei der Geburt führen, beispielsweise einer verlängerten Austreibungsphase, einem höheren Risiko für postpartale Blutungen oder mütterlichen Geburtsverletzungen und einem schlechteren Geburtszustand der Neugeborenen. Die polizeiliche Kriminalstatistik des BFS verzeichnet bisher keine Fälle von Straftaten wegen Verstümmelung weiblicher Genitalien (Art. 124 StGB). Gemäss einer 2012 durchgeführten Umfrage haben 36% von 1053 Fachpersonen (Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Pädiater) von FGM betroffene Frauen behandelt oder beraten, davon 79% der Hebammen und 66% der Gynäkologinnen und Gynäkologen (Bundesrat 2015c: 12f.).

6.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen

6.2.1 Bundesebene

Sexuelle Gewalt ist primär durch das Strafrecht, das Zivilrecht und die Massnahmen im Rahmen der Opferhilfe geregelt. Es bestehen darüber hinaus mit Art. 123a, Art. 123b und Art. 123c BV drei Verfassungsbestimmungen zu Sexualdelikten (Recher 2016: 83f.):

- Das Schweizerische **Strafgesetzbuch** (StGB; SR 311.0) enthält zahlreiche Straftatbestände zum Schutz vor sexueller Gewalt bzw. zum Schutz der sexuellen Integrität (Recher 2016: 143ff.; vgl. Kasten 2-1). Seit 2004 gelten Gewaltdelikte in Ehe und Partnerschaft als Offizialdelikt und werden von Amtes wegen verfolgt (Recher 2016: 151).

⁶¹ <http://www.frauenberatung.ch/fachstelle/zahlen-fakten/> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁶² www.insieme.ch/leben-im-alltag/sexualitaet/missbrauch/ [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

- Art. 28b ZGB⁶³ verankert den zivilrechtlichen Schutz vor häuslicher Gewalt, Drohungen oder Nachstellungen (Recher 2016: 152f.).
- Das **Gleichstellungsgesetz** (GIG; SR 151.1) enthält mit Art. 4 eine Bestimmung betreffend die sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz.

Kasten 6-1: Straftatbestände zum Schutz vor sexueller Gewalt bzw. zum Schutz der sexuellen Integrität

Verstümmelung weiblicher Genitalien (Art. 124 StGB; vgl. Recher 2016: 145ff.)
 Zwangsheirat und erzwungene eingetragene Partnerschaft (Art. 181a StGB; vgl. Recher 2016: 148f.)
 Menschenhandel (Art. 182 StGB)
 Sexuelle Handlungen mit Kindern (Art. 187 StGB)
 Sexuelle Handlungen mit Abhängigen (Art. 188 StGB)
 Sexuelle Nötigung (Art. 189 StGB)
 Vergewaltigung (Art. 190 StGB)
 Schändung (Art. 191 StGB)
 Sexuelle Handlungen mit Anstaltspfleglingen, Gefangenen, Beschuldigten (Art. 192 StGB)
 Ausnützung der Notlage (Art. 193 StGB)
 Exhibitionismus (Art. 194 StGB)
 Förderung der Prostitution (Art. 195 StGB)
 Sexuelle Handlungen mit Minderjährigen gegen Entgelt (Art. 196 StGB)
 Pornografie (Art. 197 StGB)
 Sexuelle Belästigungen (Art. 198 StGB)
 Unzulässige Ausübung der Prostitution (Art. 199 StGB)

Verschiedene Gesetze dienen der Prävention und dem Schutz vor sexueller Gewalt bzw. vor der Konfrontation mit sexuellen Darstellungen:

- Verordnung über **Massnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen** sowie zur Stärkung der Kinderrechte vom 11. Juni 2010 (SR 311.039.1)
- Im neuen **Kinder- und Erwachsenenschutzrecht** (Art. 440 bis 442 ZGB), das seit dem 1. Januar 2013 in Kraft ist, sind die Kantone verpflichtet, eine professionelle Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) einzusetzen.
- Der Bund kann Aufklärungs-, Erziehungs- und weitere Massnahmen ergreifen, die darauf hinzielen, Straftaten zu verhindern und der Kriminalität vorzubeugen (**Prävention**) und solche Projekte oder Organisationen unterstützen (Art. 386 StGB).
- Das **Bundesgesetz über Radio und Fernsehen** (RTVG; SR 784.40) regelt, dass Programmveranstalter durch die Wahl der Sendezeit oder sonstige Massnahmen dafür zu sorgen haben, dass Minderjährige nicht mit Sendungen konfrontiert werden, die ihre körperliche, geistig-seelische, sittliche oder soziale Entwicklung gefährden. Veranstalter von Abonnementsfernsehen müssen es ihren Abonnenten

⁶³ Schweizerisches Zivilgesetzbuch (SR 210)

- und Abonentinnen durch geeignete technische Vorkehrungen ermöglichen, Minderjährigen am Zugang zu jugendgefährdenden Inhalten zu hindern.
- Das **Fernmeldegesetz** (FMG; SR 784.10) vom 30. April 1997 gibt dem Bundesrat die Kompetenz zur Regelung der Mehrwertdienste. Gemäss entsprechender Verordnung müssen Mobilfunkanbieterinnen für Kundinnen und Kunden oder Hauptbenutzerinnen und Hauptbenutzer unter 16 Jahren den Zugang zu Mehrwertdiensten mit erotischen oder pornografischen Inhalten sperren.
 - **Meldungen durch Angehörige bestimmter Berufsgruppen** (z.B. Art. 364 StGB, Art. 75 Absatz 3 StPO⁶⁴, Art. 11 Abs. 3 OHG. Viele kantonale Gesundheitsgesetzgebungen sehen gestützt auf Art. 321 Ziffer 3 StGB weiterreichende Melde-rechte für Gesundheitsfachpersonen vor und zwar auch dann, wenn es sich um erwachsene Opfer handelt.
 - Das **Opferhilfegesetz** (OHG; SR 312.5) gewährleistet den Opfern von Straftaten fachliche Beratung und Unterstützung und sieht zudem vor, dass ihnen unter gewissen Voraussetzungen finanzielle Leistungen wie Soforthilfe, längerfristige Hilfe, Entschädigung und Genugtuung entrichtet werden.

Die Schweiz hat zudem diverse internationale Abkommen ratifiziert:

- Im Rahmen der **Kinderrechtskonvention** (SR 0.107) trat 2006 das **Fakultativprotokoll** betreffend den Verkauf von Kindern, der Kinderprostitution und der Kinderpornografie für die Schweiz in Kraft (SR 0.107.2).
- Europaratskonvention vom 25. Oktober 2007 zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch (**Lanzarote-Konvention**; SR 0.311.40): 2014 ratifizierte die Schweiz die Lanzarote-Konvention, welche die sexuelle Ausbeutung von Kindern, Kinderprostitution, Kinderpornografie und erzwungene Teilnahme von Kindern an pornografischen Vorführungen umfassend verbietet.
- 2012 hat die Schweiz das **Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung von Menschenhandel** ratifiziert, das 2013 in Kraft trat.
- Das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 11. Mai 2011 (**Istanbul-Konvention**) verpflichtet die Vertragsstaaten unter anderem dazu gewisse Formen von Gewalt gegen Frauen sowie häuslicher Gewalt unter Strafe zu stellen und Massnahmen zur Verbesserung des Opferschutzes zu treffen (z.B. Kontakt- und Näherungsverbote, Schutzanordnungen). Die Schweiz hat die Konvention 2013 unterzeichnet; der Bundesrat hat die Botschaft zur Genehmigung am 2. Dezember 2016 zuhanden des Parlaments verabschiedet.⁶⁵

⁶⁴ Schweizerische Strafprozessordnung (StPO; SR 312.0) vom 5. Oktober 2007

⁶⁵ https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2016/ref_2016-12-02.html [Letzter Zugriff: 20.4.2017]

6.2.2 Kantonale Ebene

Auf kantonaler Ebene sind die folgenden rechtlichen Grundlagen von Bedeutung:

- Spezifische **Gewaltschutzgesetze** (GE, NE, NW, OW, SG, ZH) regeln z.B. den Einsatz von Massnahmen, deren konkreten Vollzug und den Datenaustausch zwischen verschiedenen Akteuren (z.B. zur Ermöglichung der Täteransprache) (BJ 2015a: 17; Reber 2013).
- **Polizeigesetze** (Bestimmungen zu Wegweisung und Fernhaltung, Polizeigewahrsam, Kontaktverbot, Anordnung einer Pflichtberatung etc.; BE, TG, SG, AG) (BJ 2015b: 12).
- **Einführungsgesetze zum ZGB** (z.B. FR, LU) (BJ 2015b: 12)
- Gesetzliche Grundlagen zur **Regelung der Weitergabe der Daten** von Opfer- und Tatpersonen an die zuständigen Beratungsstellen sowie von Personendaten von Opfern mit oder ohne Einwilligung durch Personen aus dem Gesundheitsbereich an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
- Gesetzliche Grundlagen zum **Betrieb einer Anlaufstelle** zur Beratung von Opfern und/oder Tätern sowie von Frauenhäusern
- Gesetze zur **Prostitution**

6.3 Strategischer Rahmen

6.3.1 Bundesebene

Auf Bundesebene sind in diesem Handlungsfeld die folgenden Programme und Strategien relevant:

- Gesamtschweizerisches Präventionsprogramm Jugend und Gewalt (auf Ende 2015 beendet: Mit dem Programm „Jugend und Gewalt“ (2011 – 2015; reduzierte Weiterführung durch die Schweizerische Kriminalprävention [SKP]) unterstützte der Bund die Präventionsbemühungen der Kantone, Städte und Gemeinden im Bereich jugendlichen Gewaltverhaltens (Bundesrat 2015d).
- Nationales Programm Jugend und Medien (seit 2011): Der Bund lancierte 2011 das nationale Programm „Jugend und Medien“, in dessen Rahmen u.a. Fragen der sexuellen und psychischen Gewalt an Kindern mittels neuer Informations- und Kommunikationstechnologien angesprochen werden (Bundesrat 2015d).
- Nationales Programm Alkohol 2013 bis 2016: Im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol 2008-2012 hat das BAG Massnahmen zum Schutz von Angehörigen vor alkoholbedingter Gewalt entwickelt und setzt diese um (Sensibilisierung von Fachleuten für die Probleme alkoholbelasteter Familien und Bekanntmachung von spezifischen Angeboten für Kinder und Jugendliche). Diese Aktivitäten werden weitergeführt (Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, [BAG/GDK 2016] und Strategie Sucht [Bundesrat 2015f.]).

- Aktionsplan Schweiz zur Gleichstellung von Mann und Frau
- Nationaler Aktionsplan gegen Menschenhandel (2012-2014)

6.3.2 Kantonale Ebene

Verschiedene Kantone verfügen über eine Gesamt- oder Teilstrategie zur Prävention von Jugendgewalt oder haben Massnahmen zur Gewaltprävention in Aktivitäten anderer Politikbereiche integriert (Bundesrat 2015d).

Auf der kommunalen Ebene bestehen zum Teil Aktionspläne, die Massnahmen zur Prävention von häuslicher Gewalt vorsehen, z.B. Aktionsplan für die Gleichstellung von Frau und Mann (Stadt Zürich), Aktionsplan der Stadt Bern (BJ 2015a: 34).

6.3.3 Fachorganisationen

Verschiedene Fachorganisationen haben strategische Grundlagen erarbeitet, z.B.:

- Die NGO Kinderschutz Schweiz erarbeitete Leitfäden für Fachpersonen zur Früherkennung von Kindsmisshandlung.⁶⁶
- Im Medienbereich bestehen Selbstregulierungsmassnahmen der Branchen, insbesondere bei Filmen, Computerspielen sowie Mehrwertdiensten, Telekommunikation und Internet (Bundesrat 2015e).
- Von insieme Schweiz – der Dachorganisation der Elternvereine für Menschen mit einer geistigen Behinderung – wurde eine Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen erstellt, der sich zahlreiche weitere Verbände und Institutionen angeschlossen haben (z.B. Pro Infirmis, Curaviva Schweiz, Heimverband Bern).⁶⁷
- Sexuelle Gesundheit Schweiz hat 2013 den Leitfaden „Beratung von Migrantinnen und Migranten“ für Fachpersonen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit herausgegeben. FGM ist darin ein Kapitel gewidmet⁶⁸.

6.4 Akteure und Aktivitäten

Sexuelle Gewalt lässt sich nicht immer trennscharf von anderen Gewaltformen abgrenzen und ist deshalb auch nicht a priori Gegenstand spezifischer Aktivitäten, sondern wird häufig im Rahmen allgemeiner präventiver Programme und Massnahmen, straf- und zivilrechtlicher Inverantwortungnahme, Schutz und Hilfe adressiert. Nachfolgend werden die

⁶⁶ <https://www.kinderschutz.ch/de/fachpersonen.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁶⁷ http://insieme.ch/wp-content/uploads/2011/11/Charta_zur_Praevention.pdf [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁶⁸ <https://www.sante-sexuelle.ch/shop/de/fuer-fachpersonen/beratung-von-migrantinnen-und-migranten-zu-sexueller-und-reproduktiver-gesundheit> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Hauptaktivitäten und -akteure im Bereich der Prävention, Ahndung und Opferhilfe im Bereich der sexuellen Gewalt, sexuellen Übergriffe und Häuslichen Gewalt dargelegt. Die spezifischen Teilbereiche Kinder und Jugendliche, sexuelle Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel und Sexarbeit, sexueller Missbrauch von Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen sowie weibliche Genitalverstümmelung/FGM werden separat behandelt.

6.4.1 Sexuelle Gewalt, sexuelle Übergriffe und Häusliche Gewalt

Die **Prävention von Gewalttaten** und deren **Ahndung** sowie der Vollzug des **Opferhilfegesetzes** fallen weitgehend in den Zuständigkeitsbereich der Kantone (BJ 2015a: 35). Zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen und den unterschiedlichen betroffenen Disziplinen bestehen zudem verschiedene **Zusammenarbeitsformen**.

Prävention

Die Finanzierung von allgemeinen Präventionsprogrammen und präventiven Interventions- und Behandlungsprogrammen ist in erster Linie Aufgabe der *Kantone*. Zahlreiche Kantone verfügen über *Koordinations-, Interventions- und Fachstellen* gegen häusliche Gewalt sowie *Beratungsstellen* und Programme für gewaltausübende Männer oder Frauen (BJ 2015a: 35).

Es bestehen verschiedene **Sensibilisierungs- und Bildungsaktivitäten** (BJ 2015a: 34), bspw. der Stadt Zürich (Sensibilisierung und Ausbildung von Schulen, Spitälern, Kindertagesstätten, Spitex-Organisationen, Gesundheitsdiensten für die Früherkennung und Prävention häuslicher Gewalt; vgl. Aktionsplan für die Gleichstellung von Frau und Mann) oder der Abteilung für Gewaltmedizin des Universitätszentrums für Rechtsmedizin in Lausanne (Weiterbildungen für das medizinische Personal und die Polizei zum Thema Erkennung von Gewalt sowie Beratung und Unterstützung der Opfer).

Einige Kantone haben ein **kantonales Bedrohungsmanagement** aufgebaut, das das Erkennen, Einschätzen und Entschärfen von Bedrohungen zum Ziel hat, z.B. die Kantone Solothurn und Zürich (BJ 2015a: 63; SKP 2015).

Im Rahmen der Täterarbeit bestehen in zahlreichen Kantonen die Möglichkeit der **Gefährder- oder Täteransprache** (z.B. TG, SG, SO), sowie **Lernprogramme für gewaltausübende Personen** (z.B. BL/BS, ZH); vgl. Reber 2013).

Das Opferhilfegesetz (Art. 31 OHG) erlaubt dem Bund, Finanzhilfen für die **Fachausbildung** des Personals der Beratungsstellen und der mit der Opferhilfe Betrauten zu gewähren: Der Bund unterstützt daher zahlreiche Lehrgänge, Kurse und Seminare von privaten und kantonalen Anbietern (insbesondere *Fachhochschulen*). Bei der Polizei ist das Thema Häusliche Gewalt schweizweit in die Grundausbildung integriert. Zur Sensibilisierung der Gerichtsbehörden für die Problematik der häuslichen Gewalt hat die *Universität* St. Gallen

auf Veranlassung des Bundesamts für Justiz und des EBG ein Weiterbildungsseminar für junge Richterinnen und Richter sowie Staatsanwältinnen und Staatsanwälte konzipiert (Derungs et al. 2014: 38; BJ 2015a: 33).

Inverantwortungnahme von Tatpersonen

Die **Strafverfolgung** ist im Wesentlichen eine kantonale Aufgabe, zu nennen sind insbesondere die *Polizei*, die *Staatsanwaltschaften* und *Gerichte* (Zwangsmassnahmengerichte, Zivilgerichte). Besonders in Fällen, in denen Kinder involviert sind, spielen zudem kantonale/regionale *Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB)* eine wichtige Rolle (Kindeschutzmassnahmen). Des Weiteren führen die *Bewährungshilfen* und *Gewaltberatungsstellen* **Täterberatungen** durch.

Schutz und Hilfe für gewaltbetroffene Personen

Bei häuslicher Gewalt sind **Sofortmassnahmen** zum Schutz der gewaltbetroffenen Person vorgesehen, z.B. die Ausweisung der verletzenden Person aus der gemeinsamen Wohnung (vgl. BJ 2015a: 62).

Für die Einrichtung von **Schutzunterkünften** sind die Kantone zuständig. Es besteht ein entsprechendes Angebot an Frauenhäusern, wobei dieses in den einzelnen Kantonen unterschiedlich ausgebaut ist (Stern et al. 2014). 2015 standen in der Schweiz 18 Frauenhäuser mit insgesamt rund 299 Betten bereit. Aufgrund von Vollbelegung konnten gemäss der Studie rund 600 Frauen kurzfristig nicht im Frauenhaus in der eigenen Region aufgenommen werden und mehr als die Hälfte davon (300–350 Frauen) konnte auch nicht in einem anderen Frauenhaus platziert werden.

Schweizweit bestehen 60 Opferhilfe-Beratungsstellen, davon sind einzelne interkantonal organisiert (Karlegger et al. 2014: 1). Sie erbringen eine breite Palette an kurz- und langfristigen Dienstleistungen für die Opfer (BJ 2015a: 42): Persönliche Beratung, Soforthilfe für die dringendsten Bedürfnisse (z.B. Notunterkunft, medizinische Massnahmen, erste anwaltliche Beratung), längerfristige Hilfe, Kostenbeiträge für längerfristige Hilfe Dritter (z.B. *Psychiater*). Teilweise bieten Opferhilfen auch Paarberatungen an. Das Opfer wird zudem von *Sozial-* und oft auch *Privatversicherungen* unterstützt (BJ 2015a: 63). Im Jahr 2012 verzeichneten die Opferhilfe-Beratungsstellen schweizweit rund 32'000 Beratungsfälle.⁶⁹ Trotz Anstrengungen seitens der Kantone, den Bekanntheitsgrad der Opferhilfe zu erhöhen, sollte der Wissensstand insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sowie bei

⁶⁹ Für die Jahre 2009-2015 registrierte die Opferhilfestatistik des BFS pro Jahr durchschnittlich 3936 Beratungen von Opfern von sexuellen Handlungen mit Kindern, 494 wegen sexuellen Handlungen mit Abhängigen, 3595 wegen sexueller Nötigung oder Vergewaltigung und 1075 wegen anderen Straftaten gegen die sexuelle Integrität (BFS, Opferhilfestatistik, T 19.05.01.02).

Personen, die sich erst seit kurzem in der Schweiz aufhalten, erhöht werden (Karlegger et al. 2014).

Einzelne Kantone haben der *Dargebotenen Hand* ein spezielles Mandat erteilt, um ein durchgehendes Angebot der Opferhilfestellen ausserhalb der Bürozeiten zu gewährleisten. Für die Jugendlichen bietet die private Stiftung *Pro Juventute* über Telefon, Internet und SMS den Dienst „Beratung + Hilfe 147“ an. Der Bundesrat hat am 27. Februar 2013 in Erfüllung des Postulats Fehr dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement einen Prüfungsauftrag betreffend Einführung einer **schweizweiten telefonischen Beratung** erteilt (BJ 2015a: 41).

Zusammenarbeit und Koordination

Auf **Bundesebene** besteht eine ständige *interdepartementale Arbeitsgruppe* unter der Leitung des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann, in der sieben weitere Bundesämter vertreten sind (Justiz, Polizei, Migration, Gesundheit, Sozialversicherungen, Statistik, auswärtige Angelegenheiten) zur Koordination der Umsetzung der 20 Massnahmen, die im Bericht des Bundesrats vom 13. Mai 2009 über Gewalt in Paarbeziehungen (Bundesrat 2009) vorgesehen sind (BJ 2015a: 17).

Der *Fachbereich Häusliche Gewalt des EBG* arbeitet im Bereich der Prävention und Bekämpfung häuslicher Gewalt regelmässig mit **kantonalen Konferenzen** zusammen (vgl. BJ 2015a: 17). Eine kontinuierliche Zusammenarbeit besteht auch mit der *Dachorganisation der Frauenhäuser der Schweiz (DAO)* und dem *Fachverband Gewaltberatung Schweiz (FVGS)* (BJ 2015a: 17).

Auf **kantonalen, regionaler oder kommunaler Ebene**, bestehen *Runde Tische* und *Arbeitsgruppen*, z.B. mit unterschiedlichen Akteuren. Für Fälle mit Kindern bestehen zudem verschiedene interdisziplinäre kantonale/regionale *Kinderschutzgruppen*.

6.4.2 Sexuelle Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

In erster Linie sind die Kantone mit zivilrechtlichen Massnahmen und dem strafrechtlichen Kinderschutz für den Kinderschutz zuständig (Averdijk et al. 2011: 17). Ergänzend dazu können fallbezogen Massnahmen durch *Schulpsychologische Dienste*, staatliche Dienste für *Kinder- und Jugendpsychiatrie* und *Opferhilfeorganisationen* ergriffen werden. **Präventionsaktivitäten** finden in verschiedenen Bereichen statt:

- **Jugendmedienschutz:** Der Vollzug der strafrechtlichen Bestimmungen, die präventiven verdeckten Fahndungen und Ermittlungen zur Bekämpfung der Internetkriminalität und die Regulierungsverantwortung im Film- und Computerspielbereich liegen vorwiegend bei den Kantonen. Auf gesamtschweizerischer Ebene führt die nationale *Koordinationsstelle zur Bekämpfung der Internetkriminalität (KOBİK)* im Auftrag der Kantone Recherchen zu Websites mit strafrechtlich relevanten Inhalten

(z.B. Kinderpornografie) durch und führt auch präventive verdeckte Fahndungen/Ermittlungen durch. Bezüglich für Kinder und Jugendliche ungeeignete Filme und Computerspiele sind zudem Selbstregulierungsmassnahmen der Branchen von Bedeutung. Neben der Medienbildung in der *Schule* werden Massnahmen (Kampagnen, Projekte, Schulungen) vor allem im Rahmen der kantonalen Gesundheitsförderung, Kriminalprävention oder Kinder- und Jugendarbeit umgesetzt. *Private Akteure*, wie Stiftungen, Kinder- und Jugendschutzorganisationen und Unternehmen der Privatwirtschaft leisten zudem einen Beitrag zur Sensibilisierung, Schulung und Beratung.

- **Jugendgewalt:** Die Hälfte der Kantone verfügt über eine ständige *Steuer- oder Koordinationsgruppe*, in der in der Regel die Bereiche Bildung, Soziales (Jugend) und Sicherheit (Polizei, Justiz) vertreten sind. In neun Kantonen bestehen speziell ausgebildete Mitarbeitenden in den *Jugenddiensten der Polizeikorps*. Einige Kantone haben zudem Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu Themen wie Zivilcourage, Zusammenleben, Respekt lanciert, die in einem Zusammenhang mit Gewaltprävention stehen. Weiter sind Dienstleistungen wie Erziehungsberatung, Mütter-/Väterberatung und Suchtprävention, die in vielen Kantonen und Gemeinden bestehen, wichtige ergänzende Leistungen in der Gewaltprävention. Im Bereich der Frühintervention bestehen teilweise spezifische Programme (Hausbesuchsprogramme, sozialpädagogische Familienbegleitung, Fach- und Beratungsstellen), zudem spielen die *Schulsozialarbeit*, die in der Deutschschweiz weit verbreitet ist, und die (*aufsuchende/offene*) *Jugend- und Sozialarbeit* eine wichtige Rolle (vgl. dazu auch BJ 2015a).
- **Vernachlässigung und Missbrauch:** Für die Prävention von Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern hat der Bundesrat (2012: 39ff.) einen Katalog an Grundleistungen definiert, die in einem modernen Kinder- und Jugendhilfesystem verfügbar sein sollen, u.a. Kinder- und Jugendarbeit, Elternbildung, Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche, Schulsozialarbeit, Aufsuchende Familienarbeit. Das BSV betreibt seit 2016 eine online-Plattform mit einer Übersicht dieser Leistungen.⁷⁰ Das *Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG)* nimmt auf Bundesebene die Koordination und Vernetzung im Bereich von Gewalt in Paarbeziehungen und in Trennungssituationen wahr. Verschiedene interkantonale Gremien bestehen zur Förderung des Informationsaustauschs und der Koordination zwischen den Kantonen. Im Bereich des zivilrechtlichen Kindesschutzes stellt die *Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES)*, ehemals Konferenz der Kantonalen Vormundschaftsbehörden VBK) das Verbindungsorgan zwischen den vormundschaftlichen Aufsichtsbehörden der Kantone dar.
- **Suchtprävention:** Das *Bundesamt für Gesundheit (BAG)* ist zuständig für die Suchtprävention und die Gesundheitsförderung, insbesondere auch im Kinder- und Ju-

⁷⁰ <https://www.kinderjugendpolitik.ch/>

gendbereich (Bundesrat 2012: 39ff.). Das BAG hat als Bestandteil des dritten Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme Massnahmen zur Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen ergriffen (u.a. Pilotprojekte zur Entwicklung eines Früherkennungs- und Frühinterventions Management in Schulen und Gemeinden; vgl. auch neu in der Strategie Sucht: Bundesrat 2015f: 55).

- **Migration und Integration:** Das *Staatssekretariat für Migration (SEM)* ist unter anderem für die Förderung der Integration der ausländischen Bevölkerung zuständig und fördert zusammen mit der *Eidgenössischen Kommission für Migrationsfragen (EKM)* die Integration im Bereich Kinder- und Jugendhilfe. Die Beseitigung gesundheits-schädigender traditioneller Praktiken zum Nachteil von Mädchen wurde in den letzten Jahren intensiviert (Derungs et al. 2014: 93): Im Zentrum standen dabei FGM (vgl. Abschnitt 6.4.5) und Zwangsheiraten. Das SEM und das EBG setzen zwischen 2013 und 2017 das Bundesprogramm „Bekämpfung Zwangsheiraten“ um.⁷¹

Finanzhilfen

Im Rahmen der Umsetzung des Kinder- und Jugendförderungsgesetzes (KJFG) fördert das BSV Einzelorganisationen und Dachverbände der verbandlichen und offenen ausserschulischen Arbeit (Art. 7 KJFG), Aus- und Weiterbildungsangebote für Jugendliche in ehrenamtlichen leitenden, beratenden oder betreuenden Funktionen (Art. 9 KJFG), sowie Modellvorhaben und Partizipationsprojekte von privaten und öffentlichen Trägerschaften (Art. 8 und 11 KJFG).

Aus- und Weiterbildung

In den meisten *Kantonen* bestehen besondere Schulungen für Polizistinnen und Polizisten zum Thema Kinderhandel und Methoden der Befragung und Betreuung von Opfern im Kindesalter (Derungs et al. 2014: 93). Seit 2005 bietet das *Institut international des Droits de l'Enfant* Weiterbildungen zum Thema Kinderrecht und Kinderschutz an (Derungs et al. 2014: 34). Auch *NGOs* bieten Schulungen zum Thema Prävention von sexuellem Missbrauch und der Misshandlung von Kindern an. Bei der *höheren Berufsbildung*, den *Universitäten* und (höheren) *Fachhochschulen* gibt es verschiedene Bildungsgänge und Nachdiplomstudien, die sich mit dem Thema befassen (BJ 2015a: 35).

Vernetzung und Zusammenarbeit

Auf Stufe Bund ist das *Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)* für die Kinder- und Jugendpolitik, die Rechte des Kindes sowie den Schutz und die Förderung der Kinder und Ju-

⁷¹ <http://www.gegen-zwangsheirat.ch/>

gendlichen zuständig (BJ 2015: 28f.). Unter Einbezug der Kantone koordiniert das BSV die Umsetzung der UNO-Kinderrechtskonvention, die von der Schweiz Anfang 1997 ratifiziert wurde, und richtet finanzielle Beiträge an Partnerorganisationen und an einzelne Projekte aus.⁷² Zudem bestehen zahlreiche für Kinder und Jugendliche spezialisierte Organisationen (Averdijk et al. 2011: 17): in 20 von 36 Kinderspitälern bestehen interdisziplinäre *Kinderschutzgruppen*, zudem gibt es interdisziplinäre regionale oder kantonale Kinderschutzgruppen (z.B. Kinderpsychiaterinnen und -psychiater oder Kinderpsychologinnen und -psychologen, Sozialarbeitende, Kinderärztinnen und -ärzte, Juristinnen und Juristen).

6.4.3 Sexuelle Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel und Sexarbeit

2003 nahm die *Koordinationsstelle Menschenhandel und Menschenschmuggel* zur Bekämpfung und Verhütung von Menschenhandel und –schmuggel ihre Arbeit auf. Zudem wurde 2012 der erste Nationale Aktionsplan gegen Menschenhandel (2012-14) verabschiedet, der Massnahmen in **Prävention, Strafverfolgung und Opferschutz** sowie eine Zusammenarbeit mit dem Ausland vorsah. Die *Polizei- und Strafbehörden* wurden zudem in den letzten Jahren aktiv zur Thematik des Menschenhandels geschult (BFM 2014: 46).

Im Bereich **Erotikgewerbe** hat eine Gruppe von Expertinnen und Experten im März 2014 einen Bericht mit Massnahmenempfehlungen zur Verbesserung des Schutzes der betroffenen Personen zuhanden des Bundesrates verabschiedet (Derungs et al. 2014: 39). Der seit 1995 geltende Cabaret-Status, wurde daraufhin am 1. Januar 2016 aufgehoben. Weitere Angebote für Sexarbeitende wurden in anderen Handlungsfeldern behandelt (Beratungsstellen für Sexarbeitende: vgl. Abschnitt 3.4.3; APiS-Angebote: vgl. Abschnitt 5.4.2).

6.4.4 Sexueller Missbrauch von Menschen mit kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen

Hinsichtlich sexuellen Missbrauchs von Menschen mit Einschränkungen bestehen Studien zu Risikofaktoren bei Frauen sowie Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen (vgl. Abschnitt 6.1); mit **Präventionsaktivitäten** sollen Missbräuche verhindert werden:

Insgesamt zwölf *Verbände, Organisationen und Institutionen* präsentierten Ende 2011 infolge eines bekannt gewordenen Missbrauchsfalls eine **Charta zur Prävention** von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen bei Behinderung. Die unterzeichnenden Organisationen verpflichten sich dabei, Konzepte, Strategien und Massnahmenpläne auszuarbeiten, die das Vorgehen bei einem Verdacht auf Missbrauch oder einem Fall von sexuellem Missbrauch regeln. Sie beinhalten zudem eine strengere Prüfung von

⁷² <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/kinder-und-jugendfragen.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Stellenbewerberinnen und -bewerbern. Diese müssen zudem allen Mitarbeitenden, den betreuten Personen und den Angehörigen bekannt sein.⁷³

6.4.5 Weibliche Genitalverstümmelung (FGM)

Zum Thema Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) bestehen allgemeine **Präventionsaktivitäten** sowie solche, die spezifisch auf den **Asylbereich** ausgerichtet sind. **Aus- und Weiterbildung** sowie **Vernetzungs- und Koordinationsaktivitäten** ergänzen diese:

Allgemeine Präventionsaktivitäten

Das *Bundesamt für Gesundheit (BAG)* engagiert sich seit 2003 mit Präventions- und Sensibilisierungsarbeit gegen die weibliche Genitalverstümmelung (www.bag.admin.ch; Birri 2014): 2003 wurde das Thema weibliche Genitalbeschneidung im Rahmen der **Strategie „Migration und Gesundheit 2002 – 2007“** erstmals vom BAG aufgegriffen und Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen (Fachpersonen, Migrantinnen und Migranten) entwickelt.

Das **Engagement der Kantone** betreffend FGM ist heterogen; in den meisten aktiven Kantonen ist die *kantonale Integrationsstelle* federführend (Birri 2014): Die Kantone Genf⁷⁴, Neuenburg⁷⁵, Waadt⁷⁶ und Freiburg⁷⁷ setzen eine kantonale Strategie oder Kampagne um. Die anderen Kantone führen lediglich punktuell oder keine Aktivitäten zu diesem Thema durch.

Eine wichtige **Anlaufstelle** ist die von Caritas Schweiz seit 2006 betriebene *Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidungen*⁷⁸. Sie wird vom BAG und vom SEM finanziell unterstützt. Ihre Dienstleistungen umfassen Beratung, partizipative Präventionsarbeit, Programme und Arbeitshilfen, Wissenstransfer in die Kantone.

Universitäts- oder Kantonsspitäler sowie *Beratungsstellen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit* weisen oft Erfahrung im Umgang mit betroffenen Frauen auf und haben sich daher teilweise als eine Art **Kompetenzzentren** in den Kantonen etabliert (Birri 2014: 13-14):

⁷³ http://insieme.ch/wp-content/uploads/2011/11/Charta_zur_Praevention.pdf [Letzter Zugriff: 15.3.2017]; oder <https://www.myhandicap.ch/pflege/pflegekraefte/missbrauch-menschen-mit-behinderung/praevention-sensibilisierung-kontrolle/> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁷⁴ <http://www.ge.ch/egalite/violence/mutilations-genitales-feminines/welcome.asp> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁷⁵ <http://www.ne.ch/autorites/DEAS/COSM/mf/Pages/accueil.aspx> [Letzter Zugriff: 21.4.2017]

⁷⁶ <http://www.vd.ch/themes/vie-privee/violence-domestique/en-savoir-plus/mutilations-genitales-feminines/> [Letzter Zugriff: 21.4.2017]

⁷⁷ www.fr.ch/imr/fr/pub/campagnes/mgf.htm [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁷⁸ <https://www.caritas.ch/de/was-wir-tun/engagement-schweiz/asyl-und-migration/maedchenbeschneidung/> [Letzter Zugriff: 15.3.2017] und www.bag.admin.ch

- 7 Frauenkliniken (u.a. des Inselspitals Bern, des Spitals Neuenburg und des Universitätsspital Genf) verfügen über ein spezifisches Angebot für von FGM betroffene Frauen und Mädchen.
- Einige Beratungsstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit (beispielsweise in den Kantonen FR, NE oder VD), greifen das Thema aktiv auf und arbeiten dabei mit interkulturellen Dolmetscherinnen und Vermittlerinnen zusammen.

Mehrere *Organisationen und Vereine* (z.B. Verein Wissen und Gesundheit in Zürich oder die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, Aargau) bieten **Informationsveranstaltungen** zum Thema sexuelle Gesundheit für Migrantinnen an (Birri 2014: 14). FGM wird dabei im Rahmen von anderen Themen besprochen wie beispielsweise der Aufklärung über den weiblichen Körper, Verhütung, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Sexualität und sexuell übertragbare Krankheiten. Bei der Organisation SOS Ticino/Antenna MayDay geht es neben der Vermittlung der Kenntnisse über sexuelle Gesundheit auch darum, das Angebot der Beratungsstellen für sexuelle und reproduktive Gesundheit bekannt zu machen und den Zugang dazu zu erleichtern. Der Verein Mamamundo bietet Geburtsvorbereitungskurse für Migrantinnen in verschiedenen Sprachen an, u.a. auch in Somali und Tigrinya. Einzelne *MigrantInnenorganisationen* im Kanton Neuenburg (z.B. Communauté africaine des montagnes, Association Loucha) leisten Präventionsarbeit; sie werden dabei vom Kanton unterstützt. Die Aids-Hilfe Zürich leisten sowie die Fachstelle Aids- und Sexualfragen St. Gallen/Appenzell via interkulturelle Mediatorinnen und Mediatoren in aufsuchender Beratung Aufklärungsarbeit bei Migrantinnen und Migranten, u.a. zu FGM.

Prävention im Asylbereich

In den Erstaufnahme- und Verfahrenszentren des Bundes (EVZ) wird seit 2011 die Broschüre „Weibliche Genitalbeschneidung – Wir schützen unsere Töchter“ zur Information aufgelegt. Im Tessin setzt die Organisation SOS Ticino/Antenna MayDay ein Projekt um, in dessen Rahmen Veranstaltungen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Frauen im EVZ organisiert werden, bei denen auch FGM thematisiert wird (Birri 2014: 14). Nach dem Transfer der asylsuchenden Personen in die Kantone finden verschiedentlich Informationsveranstaltungen zu FGM statt (z.B. in einzelnen Asylzentren in JU, OW, SG oder SO; vgl. Birri 2014: 18ff.).

Aus- und Weiterbildung

Das Thema FGM wird in den **Aus- und Weiterbildungen für Gesundheitsfachpersonen** – mit Ausnahme der Hebammenausbildung – nicht flächendeckend unterrichtet. In der Hebammen- und Pflegeausbildung sowie in der Ausbildung zur Beraterin/zum Berater der sexuellen und reproduktiven Gesundheit an der *Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV)*, der *Haute Ecole de Santé Genève (HES-GE)*, der *Höheren Fachhochschule Gesundheit Zentralschweiz*

und durch die *Association Romande et Tessinoise des Conseillères et Conseillers en Santé Sexuelle (ARTCOSS)* wird FGM in der Grundausbildung umfassend und für alle obligatorisch thematisiert (Birri 2014: 12). In drei **Studiengängen Soziale Arbeit** (zwei an der *HES-SO Valais-Wallis*, einer an der *Hochschule für Soziale Arbeit der FHNW*) wird FGM in verschiedenen Vertiefungsmodulen thematisiert (Birri 2014: 12). Der Kanton Neuenburg sensibilisiert im Rahmen der kantonalen Kampagne die sich in Ausbildung befindenden **Leiterinnen und -leiter von Kindertagesstätten** die Mitarbeitenden und Betreuungspersonen zum Thema (Birri 2014: 12).

Vernetzung und Koordination

Anfang 2012 wurde die *Nationale Arbeitsgruppe gegen weibliche Genitalbeschneidung (AG FGM)* gegründet, in der Bundesstellen, Nichtregierungsorganisationen und akademische Institute vertreten sind (www.bag.admin.ch). Die Arbeitsgruppe bezweckt die **Koordination und Vernetzung** sämtlicher Akteure.

Das BAG und das Staatssekretariat für Migration unterstützen von seit 2016 Informations-, Beratungs- und Präventionsaktivitäten eines *Netzwerkes gegen weibliche Genitalverstümmelung*, das durch Caritas Schweiz, Terre des Femmes, Sexuelle Gesundheit Schweiz und dem Schweizerischen Kompetenzzentrum für Menschenrechte getragen wird. Das Netzwerk soll künftig für eine koordinierte Umsetzung von Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung sorgen.⁷⁹

6.5 Beurteilung des Bedarfs

Im Folgenden soll für das Handlungsfeld der sexuellen Gewalt beurteilt werden, wo Bedarf gesehen wird, der im Rahmen eines künftigen Programms zur sexuellen Gesundheit adressiert werden könnte.

6.5.1 Empirisch dokumentierter Bedarf

In folgenden Bereichen wird gestützt auf die gesichteten Quellen ein Bedarf festgestellt:

Sexuelle Gewalt: Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen für die Thematik

Aus Dunkel- und Hellfelduntersuchungen ist die Prävalenz von Gewalterfahrungen von Männern, Frauen, Jugendlichen und Kindern relativ gut untersucht (vgl. Abschnitt 6.1). Die Zusammenhänge zwischen Gewalt/Misshandlung und gesundheitlichen Folgen sowie mit

⁷⁹ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/massnahmen-gegen-weibliche-genitalverstuemmelung.html> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Viktimisierung in einem Zusammenhang stehendes Risikoverhalten hinsichtlich Tabak, Alkohol, Drogen und Medikamenten wurden in verschiedenen Untersuchungen aufgezeigt (vgl. Abschnitt 6.1). Bekannt sind auch Risikofaktoren für die Viktimisierung, bei denen in der Prävention angesetzt werden kann (z.B. hoher Alkohol- und Drogenkonsum des Opfers oder der Tatperson). Es bestehen zahlreiche Angebote an kurz- und längerfristigen Massnahmen und Angeboten zum Schutz und zur Hilfe für gewaltbetroffene Personen (vgl. Abschnitt 6.4.1). Faktisch bestehen aber noch zahlreiche Hindernisse in der Inanspruchnahme durch gewaltbetroffene Personen, bspw. Unkenntnis des Angebots an Opferhilfestellen (z.B. Karlegger et al. 2014) oder sich selbst nicht als Opfer einer Straftat sehen (z.B. Reber 2013). Bekannt ist zudem, dass gewaltbetroffene Kinder und Jugendliche sich selten an spezialisierte Stellen, an medizinische Fachpersonen oder an die Polizei wenden (vgl. Schmid 2012) – für die Gründe dafür haben die Recherchen jedoch keine Ergebnisse zu Tage gefördert.

Es bestehen bereits heute verschiedene Massnahmen zur Prävention von Gewalt, die umgesetzt werden (z.B. Massnahmenpaket [Bundesrat 2009], Präventionsprogramme des Bund [vgl. Abschnitt 6.3.1]) sowie zahlreiche Untersuchungen, die verschiedene spezifische Defizite eruiert haben (bspw. Platzmangel in geeigneten Schutzunterkünften [Stern et al. 2014]) oder weitergehenden Bedarf erkennen sollen (z.B. schweizweite telefonische Beratung vgl. BJ 2015a). Gewaltformen im sozialen Nahraum (bspw. Gewalt in Ehe und Partnerschaft) sind aber weiterhin tabuisierte Formen der Gewalt und daher mit ambivalenten Haltungen aller beteiligten Personen und Behörden verbunden (Reber 2013). In den Sondierungsgesprächen wurde angemerkt, dass es notwendig wäre, verschiedene Berufsgruppen, die mit der Thematik in Berührung kommen – insbesondere im Gesundheitswesen – stärker dafür zu sensibilisieren, damit diese gewaltbetroffene Personen an die geeigneten Stellen weiterleiten können.

Intensivierung und Koordination der Aktivitäten im Bereich der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM)

In der Schweiz leben ca. 10'000 Mädchen und Frauen, die von FGM betroffen oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden. Die Situationsanalyse hat einen Bedarf für Aktivitäten in diesem Programm ergeben: Zwar liegen keine Informationen zu allfälligen Zugangshürden vor, es ist jedoch unklar, ob sich betroffene oder gefährdete Mädchen und Frauen an mögliche Hilfsangebote (z.B. Opferberatungsstellen) wenden. Auch kann davon ausgegangen werden, dass die Aktivitäten in diesem Bereich aufgrund ihres punktuellen Charakters die Zielgruppe nicht vollständig erreichen.

Im Bereich von FGM laufen verschiedene Aktivitäten durch das BAG, einzelne Kantone, einzelne Spitäler sowie von privaten Organisationen (Präventionsarbeit, Anlaufstelle, Koordination [Netzwerk gegen weibliche Genitalverstümmelung]). Eine Studie von 2014 zeigt verschiedene Defizite auf (Birri 2014): Beratungsangebote und Massnahmen seien nur

punktuell vorhanden, häufig nicht institutionalisiert und oft nicht nachhaltig. Die Massnahmen gehen kaum über die reine Informationsvermittlung hinaus, Männer werden zudem kaum in der Präventionsarbeit adressiert und eingebunden. Der Zugang für asylsuchende, vorläufig aufgenommene oder abgewiesene Frauen zu FGM-spezialisierten Angeboten sei ausserdem nicht gewährleistet. Lücken bestehen gemäss Birri (2014) des Weiteren bei der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen zum Thema. Der Bundesrat hält fest, dass Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt haben, dass Patientinnen mit FGM in der Schweiz nicht immer eine adäquate Behandlung erhalten (Bundesrat 2015c).

6.5.2 Vermuteter Bedarf

In diesem Abschnitt soll auf Themen eingegangen werden, für die sich in der Situationsanalyse vereinzelte Hinweise auf einen Bedarf ergeben, der aber aufgrund der vorliegenden Information und Studien kaum untermauert werden kann.

Massnahmen bezüglich sexueller Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel

Es bestehen keine gesicherten Daten über die Zahl der von sexueller Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel und Sexarbeit betroffenen Personen, daher können keine Angaben zur Prävalenz des Phänomens gemacht werden; bekannt werden Fälle beispielsweise, wenn sich die betroffenen Personen an eine Opferberatungsstelle wenden (vgl. Derungs et al. 2014). Die Recherche hat keine Informationen darüber zu Tage gefördert, ob die betroffenen Personen Kenntnis von geeigneten Beratungsstellen haben. Einzelne betroffene Personen wenden sich an Opferberatungsstellen (vgl. Derungs et al. 2014). Gemäss einer 2014 durchgeführten Studie (BFM 2014) haben in 18 Kantonen die betroffenen Frauen keinen Zugang zu niederschwelliger Beratung. Die gleiche Studie stellte zudem fest, dass die bestehenden Beratungsstellen mit mangelnden Ressourcen zu kämpfen haben und daher Frauen, die Beratung suchen, abgewiesen werden oder einen Termin erst Monate später erhalten. Die aufsuchende Sozialarbeit sei zudem aufgrund mangelnder Ressourcen oft kaum möglich.

Die Datenlage zur Prävalenz dieses Phänomens ist ungenügend. Das Thema wird koordiniert bearbeitet durch die dem Fedpol angegliederte Koordinationsstelle Menschenhandel und Menschenschmuggel, die sich aus den mit der Bekämpfung des Menschenhandels betrauten Behörden und Stellen von Bund, Kantonen sowie Nichtregierungs- und zwischenstaatlichen Organisationen zusammensetzt (vgl. Abschnitt 6.4.3). Aufgrund des Umstands, dass es sich dabei um Straftatbestände handeln kann, sind Untersuchungen bspw. zur Prävalenz nicht ganz einfach zu bewerkstelligen, was zur relativ dürftigen Datenlage führt. Dies macht es schwierig, den Bedarf zu beurteilen. Das Thema wird jedoch durch die dafür kompetenten Stellen auf internationaler sowie Bundes- und Kantonsebene im Rahmen der Koordinationsstelle Menschenhandel und Menschenschmuggel koordiniert angegangen und Defizite v.a. hinsichtlich des bestehenden Beratungsangebots wurden erkannt.

Massnahmen bezüglich sexuellen Missbrauchs von Menschen mit geistiger Behinderung

Die Datenlage zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung kann als dürftig beurteilt werden. Zwar haben einzelne aufgedeckte Fälle ein breiteres Bewusstsein für die Thematik geschaffen, es kann aber nicht beurteilt werden, wie viele Personen letztlich davon betroffen sind. Die Recherche hat keine Hinweise darauf ergeben, inwiefern gewaltbetroffene Personen mit geistiger Behinderung von den regulären Angeboten erreicht werden.

Verschiedene Verbände, Organisationen und Institutionen haben Massnahmen ergriffen – zur Umsetzung dieser ergab die Recherche keine Informationen (vgl. Abschnitt 6.4.4). Es wird von Fachpersonen festgehalten, dass sexuelle Gewalt an Behinderten – wie sexuelle Gewalt allgemein – noch stark tabuisiert sei. Die Organisation Insieme Schweiz postuliert, dass Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung oft das Wissen über angemessene sexuelle Verhaltensweisen fehle, ihre Schulbildung schlechter sei und ihnen die Möglichkeit fehle, sich zu informieren.

Zwar bestehen Studien zu Risikofaktoren der Viktimisierung von Frauen und Jugendlichen mit kognitiven Einschränkungen (vgl. Abschnitt 6.4.1), Daten zur Prävalenz konnten aber nicht re recherchiert werden. Durch die Erarbeitung der Charta sind gewisse Koordinationsbestrebungen zum Thema entstanden – unklar ist, inwiefern diese über die Charta hinaus fortgeführt werden (vgl. Abschnitt 6.4.4).

Aufgrund der dürftigen Datenlage ist es schwierig den Bedarf zu beurteilen. Offen bleibt zudem, ob es spezielle Angebote (z.B. Beratungsangebote) für betroffene Personen oder ihre Angehörigen braucht. Aus den Informationen der Fachorganisationen lässt sich ein gewisser Bedarf ableiten bei der Information und Bildung zur sexuellen Gesundheit.

7 Situation und Bedarf in Handlungsfeld 5: Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit

Bildung zur sexuellen Gesundheit trägt gemäss EKSG (2015) dazu bei, dass Menschen über die nötigen Informationen und Kompetenzen verfügen, um selbstbestimmt und informiert Entscheidungen über ihre Sexualität und im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität zu treffen. Bildung zur sexuellen Gesundheit in allen Lebensphasen ist ein wichtiger Teil der allgemeinen Bildung und dient der Prävention von sexueller Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung, der Chancengleichheit und der Prävention von ungewollten Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Infektionen. Die Bildung zur sexuellen Gesundheit beschränkt sich nicht auf die schulische Sexuaufklärung, sondern umfasst auch Angebote in ausserschulischen Settings, für Erwachsene und unter Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse (z.B. von Menschen mit Behinderung).

7.1 Zustand der sexuellen Gesundheit

Zum Wissensstand über Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Bevölkerung liegt kaum konkretes Wissen vor. Gemäss Studien zu Jugendsexualität werden Kinder in der Schweiz in der Regel zwischen 10 und 13 Jahren aufgeklärt und fühlen sich meist gut informiert (Bodmer 2009 und 2013; Kunz/Bürgisser 2007: 10). Es ist jedoch davon auszugehen, dass in bestimmten Themen Wissenslücken und Unsicherheiten bestehen und dass der Wissensstand mit steigendem Bildungsniveau zunimmt (Kunz/Bürgisser 2007: 11). In der Zielgruppe des sexualkundlichen Schulunterrichts – vor allem Jugendliche zwischen 13 und 16 Jahren – bestehen insbesondere hinsichtlich ungewollter Schwangerschaften und einem ungeeigneten Verhütungsverhalten potenzielle Risiken. Vulnerabilitätsfaktoren diesbezüglich sind u.a. instabile Familienverhältnisse, Einelternfamilien, ungünstige sozioökonomische Verhältnisse, Bildungsferne sowie personale Faktoren (tiefes Selbstbewusstsein, sich nicht durchsetzen können, Abhängigkeitsverhältnis, Ausgrenzungserfahrungen, Behinderung) (Block/Matthiesen 2007).

Eine Befragung der Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ 2008) zeigte, dass die meisten Jugendlichen zwischen 12 und 20 Jahren ihr Wissen über sexuelle Inhalte überschätzen: Ein kleiner Anteil (rund 20%) gibt an, schon zwischen 12 und 14 Jahren sexuell aktiv gewesen zu sein. Die Jungen dieser Gruppe sind kaum aufgeklärt und verhüten nicht.⁸⁰ Die meisten Jugendlichen gaben an, von der Schule aufgeklärt worden zu sein. Eine wichtige Rolle spielen zudem die Mütter, vor allem bei Mädchen,

⁸⁰ Gemäss der HBSC-Studie von 2014 (Archimi et al. 2016), verwendeten rund 80% der befragten Jugendlichen beim letzten Geschlechtsverkehr ein Präservativ – allein oder in Kombination mit der Pille.

gefolgt von den Gleichaltrigen. 16% gaben an, überhaupt nicht aufgeklärt zu sein. Gemäss einer Studie zum Kanton Zürich nutzen Jungen vor allem das Internet als Quelle der sexuellen Aufklärung, Mädchen hingegen Bücher und Zeitschriften. Bei Mädchen spielen auch die Ärztin bzw. der Arzt eine wichtige Rolle als Aufklärungsinstanz (Kunz/Freigang 2016: 7). Laut einer Studie aus Deutschland spielen für Jugendliche mit Migrationshintergrund „der beste Freund“ bzw. „die beste Freundin“ die wichtigste Rolle bei der Sexualaufklärung (BZgA 2010, zitiert in Kunz/Freigang 2016: 7). Offenbar sind sexualpädagogisch arbeitende Beratungsstellen für Jugendliche keine relevanten Quellen von Basiswissen über Sexualität. Diese würden eher bei sehr individuellen oder komplexeren, weiterführenden Fragen konsultiert (Bodmer 2013: 95).

Gemäss Bodmer (2009: 45 und 2013: 94f.) würden sich sowohl Mädchen als auch Jungen ein stärkeres Engagement ihrer Eltern in der sexuellen Aufklärung wünschen, oder aber eine unpersönliche Aufklärung, z.B. durch Internetberatung.

Zur Frage, inwiefern Erwachsene über die notwendige Bildung zur sexuellen Gesundheit verfügen, um selbstverantwortliche Entscheide im Bereich der sexuellen Gesundheit treffen zu können, sind keine Daten bekannt.

7.2 Zuständigkeiten und rechtlicher Rahmen

Die primäre Verantwortung für die Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen liegt in der Schweiz bei den Eltern. Ein stufengerechter, wertneutraler sexualkundlicher Unterricht ist allerdings auch Teil des allgemeinen Bildungsauftrags der Schule (Bundesrat 2014: 718f).⁸¹ Die Zuständigkeit dafür liegt im Rahmen der verfassungsmässig verankerten Schulhoheit (Art. 62 BV) bei den Kantonen. Der Bund verfügt im obligatorischen Schulbereich über keine Regelungskompetenzen, kann aber auf nationale Präventionsziele ausgerichtete Grundlagen und Kampagnen mitfinanzieren oder lancieren, die er z.B. den Schulen zur Verfügung stellen kann. Er verfügt zudem über beschränkte Kompetenzen in der Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Der Bund ist jedoch für die Allgemeinbildung an den Berufsschulen zuständig (Art. 63 BV).

7.2.1 Bundesebene

Gestützt auf das Bundesgesetz über die Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (**Kinder- und Jugendförderungsgesetz, KJFG**; SR 446.1) kann der Bund an Kantone und Gemeinden Finanzhilfen zur Förderung der ausserschulischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausrichten.

⁸¹ Art. 19 BV verankert den Anspruch jedes Kindes auf Grundschulunterricht (Recher 2016: 73), der „die Schüler auf ein selbstverantwortliches Leben im Alltag vorzubereiten“ hat (BGE 130 I 352 E. 3 S. 354 f.). Dieser Anspruch besteht auch für Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung (Recher 2016: 155).

Für den Bereich der Berufsschulbildung hat der Bund Mindestvorschriften erlassen. Sexualekundeunterricht ist im entsprechenden Rahmenlehrplan hingegen nicht explizit festgelegt (Recher 2016: 155).

7.2.2 Kantonale Ebene

In den Bildungs- oder Gesundheitsgesetzen verschiedener Kantone finden sich Bestimmungen zur schulischen Sexualaufklärung: So legt z.B. das Gesundheitsgesetz des Kantons Nidwalden fest, dass der Kanton und die Gemeinden unter anderem im Rahmen der Sexualpädagogik Gesundheitsförderung und Prävention betreiben sollen (Art. 64 GesG, 711.1, vom 30. Mai 2007) und Sexualität ein Thema der Weiterbildung von Lehrpersonen im Bereich Gesundheitsförderung darstellt (§ 128 Vollzugsverordnung zum Gesetz über die Volksschule, 312.11, vom 1. Juli 2003). Appenzell-Ausserrhoden definiert Sexualekunde als Teil des Gesundheitsunterrichts (Art. 18 Verordnung zum Gesundheitsgesetz, 811.11, vom 11. Dezember 2007). Der Kanton Freiburg kennt eine Genehmigungspflicht für Projekte an Ausbildungsstätten für Kinder und Jugendliche, die Sexualerziehung (sic!), Verhütung von sexueller Ausbeutung und weitere Themen betreffen; darunter fällt auch der Beizug externer Fachpersonen, die im Unterricht für diese Themen eingesetzt werden (Art. 14 Reglement über Gesundheitsförderung und Prävention, 821.0.11, vom 14. Juni 2004). Der Kanton Genf legt fest, dass Informationen der sexuellen Bildung in der Schule behandelt werden müssen (Art. 69 Règlement de l'enseignement primaire, C 1 10.21, vom 7. Juli 1993); der Kanton Waadt legt in seinem Gesundheitsgesetz fest, dass die sexuelle Bildung durch die Fondation Profa (www.profa.ch) durchgeführt wird (Art. 31 Loi sur la santé publique, 800.01, vom 29. Mai 1985).

Mit dem Fokus einer stärkeren Harmonisierung des Bildungsbereichs zwischen den Kantonen ist zudem die Interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat) vom 14. Juni 2007 zu nennen.

7.3 Strategischer Rahmen

7.3.1 Bundesebene

Auf Bundesebene wird die sexuelle Bildung im NPHS thematisiert. In Interventionsachse 1 soll in Zusammenarbeit mit den Kantonen darauf hingewirkt werden, dass „im Rahmen der Gesundheitsförderung eine stufengerechte Sexualaufklärung⁸² in die Lehrpläne der obligatorischen und nachobligatorischen Schule integriert wird“ (BAG 2010: 95). Diese soll Aufklärung vermitteln, Wissen über sexuelle Gesundheit verankern und der Diskriminierung und Stigmatisierung von infizierten Menschen entgegenwirken, wertfrei verschiedene

⁸² Im NPHS wird noch der Begriff „Sexualerziehung“ verwendet.

Ausrichtungen der sexuellen Orientierung und Gender-Identität behandeln und Jugendliche dabei unterstützen, ihre eigene zu finden.

7.3.2 Kantonale Ebene

Auf kantonaler Ebene sind kantonale/regionale **Lehrpläne** wichtige strategische Grundlagen für die Bildung in der Volksschule. Dabei präsentiert sich die Situation je nach Sprachregion unterschiedlich:

- Die **französischsprachigen Kantone** verfügen über einen gemeinsamen kantonsübergreifenden Lehrplan, den Plan d'études romand (PER; <https://www.plandetudes.ch>). Dieser wurde durch die *Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin* (CIIP) ausgearbeitet und legt Grundsätze der Sexualkunde fest. Der PER enthält verschiedene Bildungsziele zur sexuellen Gesundheit, die die Thematik in den einzelnen Bildungsstufen verankern. Themen sind z.B. Sexualität und Verhütung, sexuell übertragbare Krankheiten oder Prävention von Misshandlungen.
- Die **deutschsprachigen Kantone** verfügten bisher über jeweils eigenständige Lehrpläne, die mehr oder weniger weitreichende Vorgaben für einen sexualkundlichen Unterricht enthalten. Im Herbst 2014 hat die *Deutscheschweizer Erziehungsdirektoren-Konferenz* (D-EDK) den Lehrplan 21 freigegeben (<http://www.lehrplan21.ch>), über dessen Einführung nun jeder Kanton in eigener Kompetenz entscheidet. Der Lehrplan 21 enthält unter anderem Vorgaben für die sexuelle Bildung. Eine der Kompetenzen, die die Schülerinnen und Schüler erlangen sollen, betrifft Beziehungen und Sexualität, konkret: Die Schülerinnen und Schüler können Beziehungen, Liebe und Sexualität reflektieren und ihre Verantwortung einschätzen. Wichtige Teilkompetenzen stellen Gleichberechtigung der verschiedenen sexuellen Orientierungen und Respekt, Rechte im Umgang mit Sexualität sowie Schutz vor Übergriffen und Missbrauch dar.
- Im Lehrplan des Kantons **Tessin** (<http://www.pianodistudio.ch/>) ist die Thematisierung der Sexualität zum einen im Rahmen des Themenbereichs „Gesundheit und Wohlbefinden“ vorgesehen, zum anderen unter dem Dach des Begriffs „Diversität“.

In einigen Kantonen bestehen zudem **Leitfäden**/Planungshilfen zur sexuellen Bildung, z.B. BS (Leitfaden Lernziel sexuelle Gesundheit; www.jfs.bs.ch), ZH (z.B. Planungshilfe Mittelstufe; www.vsa.zh.ch).

7.3.3 Fachorganisationen

In der Schweiz setzt sich vor allem die Fachorganisation Sexuelle Gesundheit für die Bildung zur sexuellen Gesundheit ein. Sie hat eine öffentliche Erklärung und verschiedene

Empfehlungen dazu verfasst, darunter auch eine spezifische Empfehlung für die Bildung zur sexuellen Gesundheit von Menschen mit Behinderungen (<https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/sexualaufklaerung>).

Die beiden Westschweizer Fachverbände der Fachpersonen für sexuelle Gesundheit, ARTCOSS und ARTANES, haben im Hinblick auf die Qualitätssicherung einen **Aufgaben- und Kompetenzenkatalog** für die Bildung und Beratung in der sexuellen Gesundheit erstellt.⁸³

Das WHO-Regionalbüro für Europa hat gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010 **Grundsätze für die Sexualaufklärung** verfasst; so soll diese z.B. altersgerecht, rechteorientiert und ganzheitlich sein, auf die Gleichstellung der Geschlechter und Anerkennung der Vielfalt zielen und auf wissenschaftlich korrekten Informationen basieren (vgl. <http://www.bzga-whocc.de>). In der Schweiz haben sich 2015 unter der Federführung von SGCH 40 Organisationen in der Allianz für Sexualaufklärung zusammengeschlossen, um diese Grundsätze zu fördern.⁸⁴ Dieser Allianz gehören u.a. Pro Juventute, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände (SAJV), die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, der Dachverband Lehrerinnen und Lehrer Schweiz (LCH), Kinderschutz Schweiz und Pro Familia Schweiz an.

7.4 Aktivitäten und Akteure

Bildung zur sexuellen Gesundheit kann in verschiedenen Settings stattfinden, durch Eltern oder Peers, in der Schule, ausserschulisch beispielsweise in Jugendtreffs sowie in der nachobligatorischen Schulzeit z.B. durch Beratungsstellen.

Die Fachpersonen für sexuelle Gesundheit sind in *Fach- und Berufsverbänden* zusammengeschlossen: In der Deutschschweiz besteht der Fachverband sexuelle Gesundheit in Beratung und Bildung (FASEG), in der lateinischsprachigen Schweiz die Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs, en santé sexuelle et reproductive (ARTANES) und die Association romande et tessinoise des conseillères et conseillers en santé sexuelle (ARTCOSS).

7.4.1 Bildung zur sexuellen Gesundheit durch Erziehungsberechtigte und Peers

Die Sexualaufklärung von Kindern und Jugendlichen liegt primär in der Verantwortung der *erziehungsberechtigten Personen* bzw. Eltern. Um diese dabei zu unterstützen, bieten einige *Elternbildungsorganisationen* und *Fachstellen der Sexualpädagogik* spezifisch auf Eltern zugeschnittene Kurse zur Sexualaufklärung an. In einigen Kantonen finden gemäss Sondierungsgesprä-

⁸³ http://www.artcoss.ch/data/web/artcoss.ch/uploads/Internet/2%20Notre%20profession/referenciel_de_competences_web.pdf [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

⁸⁴ <http://www.allianz-sexualaufklaerung.ch/web.php/1/de/home/aktuelles> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

chen vor der schulischen Sexualaufklärung Elternabende durch die *Schule* statt, in denen Informationen zur sexuellen Gesundheit vermittelt werden, entweder systematisch (z.B. französischsprachige Kantone, Kanton Graubünden), in Abhängigkeit des Engagements der Schule (z.B. Stadt Zürich) oder auf Anfrage der Schulgemeinde beim Kanton, der spezialisierte *Fach- und Beratungsstellen* mit der Durchführung solcher Elternabenden beauftragt (z.B. Kanton Luzern). Zudem gibt es verschiedene *Elternorganisationen* – Elternmitwirkung, Elternräte etc. – die selbst die Initiative ergreifen, solche Anlässe zu organisieren. *Weitere Organisationen* führen Aktivitäten durch, die sich an Eltern richten z.B. verschickt Pro Juventute Elternbriefe zu verschiedenen Themen und stellt Kinderschutz Schweiz einen Ratgeber zur Sexualerziehung bei Kleinkindern und Prävention von sexueller Gewalt zur Verfügung. In Zürich bietet die Fachstelle Lust und Frust Elternabende an, im Kanton Freiburg die Education familiale - Familienbegleitung Freiburg einen Elterntreff, Workshops, individuelle Begleitung oder Beratung per Telefon oder Email (SGCH 2016: 51f.). Für Migrantinnen besteht vielerorts das Projekt „*Femmes-Tische*“ (<http://femmetische.ch>), in dessen Rahmen Fragen der sexuellen Gesundheit aufgegriffen werden.

Wie in Abschnitt 7.1 erwähnt, spielt der Austausch mit *Gleichaltrigen* bzw. *Freundinnen und Freunden* („Peer-Education“), eine wichtige Rolle bei der Bildung zur sexuellen Gesundheit. Im Rahmen der Situationsanalyse ergaben sich jedoch keine Hinweise auf konkrete Akteure oder organisierte Aktivitäten in diesem Bereich.

7.4.2 Schulische Sexualaufklärung

Die schulische Sexualaufklärung wird primär durch die *Kantone* (Lehrpläne) sowie *Schulen* und *Lehrpersonen* selbst organisiert. In der Schweiz bestehen zwischen den Kantonen und auch innerhalb der Kantone grosse Unterschiede hinsichtlich der Inhalte, Breite und Tiefe der schulischen Sexualaufklärung (Bundesrat 2014: 719ff; EKKJ 2009: 73ff.). Durchgeführt wird sie entweder direkt durch Lehrpersonen oder durch bzw. unter Einbezug von *externen Fachpersonen*. Zwischen den verschiedenen Sprachregionen haben sich **unterschiedliche Organisationsmodelle** der schulischen Sexualaufklärung ausgebildet (Bundesrat 2014: 719ff.): Im französischsprachigen Teil der Schweiz werden der Unterricht zur Prävention von sexuellem Missbrauch ab Kindergarten und der sexualkundliche Unterricht ab der zweiten Hälfte der Primarschule nach einem einheitlichen Modell im Rahmen von Blockkursen von externen Fachpersonen (*éducatrices/éducateurs* und *formatrices/formateurs en santé sexuelle et reproductive*) durchgeführt. Zudem werden Kenntnisse über die menschliche Fortpflanzung im schulischen Biologieunterricht vermittelt. In der Deutschschweiz ist der sexualkundliche Unterricht kein eigenes Fach, vielmehr sind sexualkundliche Themen Teil von übergeordneten Fachbereichen (wie z. B. Natur, Mensch und Gesellschaft). Dort werden sie in einem biologischen und in einem breiteren lebenskundlichen Kontext behandelt. Dieser Unterricht wird von den für das konkrete Fach zuständigen Lehrpersonen erteilt. Es obliegt in der Regel ihnen zu entscheiden, welche Themen sie in welcher Tiefe behandeln. Es kann davon ausgegangen werden, dass biologische Aspekte der Sexualität

und sexuell übertragbare Krankheiten in allen Schulen thematisiert werden. Im Kanton Tessin wird seit den 1970er-Jahren ein gemischter Ansatz praktiziert: Die Lehrpersonen erteilen den sexualkundlichen Unterricht in Zusammenarbeit mit externen Spezialistinnen und Spezialisten. Er findet im Rahmen interdisziplinärer Projekte, der täglichen Bildungsaktivitäten oder in Reaktion auf Fragen von Schülerseite statt. Der sexualkundliche Unterricht ist im Tessin keinem spezifischen Fach und auch keinem übergeordneten Fachbereich zugeordnet, ausser in der neunten Klasse den Naturwissenschaften. Die Sexualkunde liegt in der Verantwortung aller Lehrpersonen.

Es gibt keine gesicherten Informationen darüber, welche **Inhalte** in der schulischen Sexualaufklärung vermittelt werden oder in welchem Umfang und welcher Qualität diese erfolgt. Gemäss durchgeführten Gesprächen bestehen bezüglich der vermittelten Inhalte Unterschiede. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alle Schülerinnen und Schüler Informationen zu Themen der reproduktiven Gesundheit (Anatomie, Verhütung von Schwangerschaften etc.) und zu sexuell übertragbaren Krankheiten (insbesondere HIV/Aids sowie Prävention von STI) erhalten. Vom Engagement der Lehrperson, den Kompetenzen, Einstellungen und allfälligen Berührungspunkten von Lehr- oder Fachpersonen ist es abhängig, ob weitere Themen, wie z.B. Stereotypen, Rollenbilder, Pornografie, Gewalt, sexuelle Praktiken oder sexuelle Vielfalt behandelt werden. Die Frage, welcher Platz dem Thema der Gleichstellung von Frauen und Männern im Schulunterricht einzuräumen ist, wird diskutiert. Die Bildungsdepartemente der französischsprachigen Kantone realisieren seit 2006 zusammen mit den Westschweizer Gleichstellungsbüros das Projekt „L'école de l'égalité“, in dem den Lehrpersonen eine Dokumentation mit Basisinformationen und Lehrmittel zur Gleichstellung von Frauen und Männern zur Verfügung gestellt werden (BJ 2015a: 30).

7.4.3 Auserschulische Bildung zur sexuellen Gesundheit

Ausserhalb der obligatorischen Schule erfolgt Bildung zur sexuellen Gesundheit v.a. über Projekte mit punktuellen Charakter im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit (Mädchen-, Jungen- oder Jugendtreffs, Projekte im Rahmen von Freizeit- und Sportangeboten, kirchliche Angebote etc.). Eine Übersicht über die Angebote, deren Inhalte und Nutzung existiert nicht.⁸⁵ Bildungsinhalte zu sexueller Gesundheit werden auch mittels Präventionskampagnen privater Organisationen (z.B. Pro Juventute) zu verschiedenen Themen wie beispielsweise Risiken im Umgang mit Kommunikationstechnologien (Pornografie etc.) primär an Kinder und Jugendliche, teilweise auch an Eltern. Des Weiteren existieren zahlreiche Internetseiten und –portale unterschiedlichster Ausrichtung mit – meistens zielgruppenspezifischen – Informationen und Bildungsinhalten zu verschiedenen Themen der sexuellen Gesundheit (z.B. www.sex-i.ch, www.lilli.ch, www.ciao.ch, www.omg-sex.ch). Eine systemati-

⁸⁵ Einzelne Beispiele von Programmen und Interventionen bei Kleinkindern oder in der Schule aus den Kantonen Genf, Graubünden, Tessin und Waadt werden in SGCH (2016) vorgestellt.

sche Übersicht der verschiedenen Angebote, deren Trägerschaften, Inhalte und Zielgruppe besteht hingegen nicht.

7.4.4 Bildung zur sexuellen Gesundheit nach der obligatorischen Schule/für Erwachsene

Gemäss den Sondierungsgesprächen gibt es ausser bei spezifischen Präventionsthemen, die sich an die ganze Bevölkerung richten (z.B. „Love Life“-Kampagne durch das BAG, vgl. Kapitel 5), sowie Angeboten, die sich an Eltern richten (vgl. Abschnitt 7.4.1), keine Bildungsangebote der sexuellen Gesundheit, die sich generell an Erwachsene richten. Erwachsene holen sich Informationen in der Regel in der spezialisierten Beratung (Websites/Telefonberatung der spezialisierten Beratungsstellen oder im Rahmen ärztlicher Konsultationen). Informationsquellen sind auch Bücher und Seminare verschiedenster privater Anbieter. Für Migrantinnen und Migranten bestehen Informationen in verschiedenen Sprachen (z.B. via www.migesplus.ch oder auf www.sante-sexuelle.ch). Gemäss den durchgeführten Gesprächen bestehen noch kaum Informationen zur sexuellen Gesundheit in leichter Sprache für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Für junge Erwachsene besteht in einzelnen Kantonen ein Auftrag an die Berufsschulen, bestimmte Themen der sexuellen Gesundheit zu behandeln, so z.B. im Kanton Zürich, in dem alle Berufsschulen zwei Lektionen zum Thema STI/HIV unterrichten müssen; die Schulen können dies selbst machen oder externe Personen engagieren.

7.4.5 Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen

Bildungsaufgaben im Bereich der sexuellen Gesundheit übernehmen insbesondere Lehrpersonen, Sozialarbeitende im Jugendbereich und Fachpersonen in der spezialisierten Beratung bzw. aus dem Gesundheitsbereich.

An verschiedenen Pädagogischen Hochschulen (PH) umfasst die Lehrerinnen- und Lehrerausbildung Module zur Sexualpädagogik (z.B. PH Luzern: Pflichtmodul von 5 Halbtagen, PH Zürich: Pflichtmodul für Sekundarstufe, Wahlpflichtmodul für Primarstufe). Gemäss einer Untersuchung der EKKJ (2009) bereitete im Jahr 2007 nur ein Drittel der Lehrerausbildungsstätten zukünftige Lehrpersonen auf die Thematik Sexualität bzw. Erteilung sexuellkundlichen Unterrichts vor. Weiterbildungsangebote zu diesen Themen werden zudem nur im geringen Masse beansprucht. Der Umstand, dass die Sexualpädagogik im Lehrplan 21 enthalten ist, dürfte nach Einschätzungen von Fachpersonen dazu führen, dass die Thematik systematischer in die Ausbildung von Lehrpersonen aufgenommen wird.

In verschiedenen Ausbildungen zur Sozialen Arbeit besteht ein Modul zur Sexualpädagogik, das in der Regel als Wahlmodul besucht werden kann, so z.B. an der Hochschule Luzern (HSLU) oder an der Berner Fachhochschule (BFH).

An verschiedenen Fachhochschulen können Fachtitel zur sexuellen Gesundheit erlangt werden, z.B. an der Haute école de travail social Genève (HETS), an der HSLU und am Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster (Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen).

Im Kanton Waadt bietet die Stiftung Profa massgeschneiderte Bildungsangebote für Fachpersonen in Institutionen der Kinderbetreuung (auch Schulen) an, in denen auch Themen in Zusammenhang mit Sexualität und Intimität behandelt werden (SGCG 2016: 57ff.).

7.5 Einschätzung des Bedarfs

7.5.1 Empirisch dokumentierter Bedarf

Vermittlung der für die jeweilige Altersstufe wichtigen Inhalte der Sexuaufklärung an alle Jugendliche durch qualifizierte Personen sicherstellen.

Ein WHO-Indikator für sexuelle Bildung von Jugendlichen ist, dass schulische Sexuaufklärung in umfassender Weise und obligatorisch durchgeführt wird (WHO 2010b: 13). Um sicherzustellen, dass alle Kinder und Jugendlichen für Themen der sexuellen Gesundheit gut gerüstet sind, ist ein systematischer Ansatz unumgänglich; die elterliche Sexualerziehung kann dies nicht leisten. Die schulische Sexuaufklärung ist das wichtigste Instrument der sexuellen Bildung, da sie als einzige die Chancengleichheit prinzipiell gewährleisten und die rollenbedingten Grenzen der elterlichen Sexualerziehung auffangen kann. Nur die Sexuaufklärung im Rahmen der obligatorischen Schule gewährleistet, dass die Sexualerziehung auf wissenschaftlich korrekten Grundlagen, kompetent und rechtebasiert erfolgt und dass alle Kinder und Jugendlichen die notwendige Gesundheitskompetenz für Themen der Sexualität erlangen.

In der Schweiz besteht in erster Linie Bedarf darin sicherzustellen, dass alle Jugendlichen in der Schweiz laufend bis zum Ende der obligatorischen Schule die für die jeweilige Altersstufe wichtigen Inhalte der Sexuaufklärung durch entsprechend qualifizierte Personen vermittelt erhalten. Die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Kantonen sollten verringert werden.

Die Ausgestaltung der schulischen Sexuaufklärung liegt in der Kompetenz der Kantone. Dadurch bestehen unterschiedliche Voraussetzungen für Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, Bildung über sexuelle Gesundheit zu erhalten. Aktuell ist die Sexuaufklärung weder systematisch in den Lehrplänen verankert, noch in allen Kantonen für obligatorisch erklärt, zudem bestehen auch innerhalb der Kantone grosse Unterschiede hinsichtlich der Inhalte und der Qualität der Sexuaufklärung – der Entscheid, ob und was vermittelt wird obliegt zumindest in der Deutschschweiz in der Regel den einzelnen Lehrpersonen (vgl. CLASS/SGCH 2016; Bundesrat 2014; EKKJ 2009). Faktisch ist deshalb davon auszuge-

hen, dass die Chancengleichheit gegenwärtig nicht gewährleistet ist – einige Schülerinnen und Schüler erhalten eine gute Bildung, andere nicht. Dies betrifft insbesondere die Deutschschweiz. Hier ist der Handlungsbedarf grösser als in der Westschweiz oder im Kanton Tessin. Inwiefern Harmonisierungsbestrebungen in der Schulbildung (v.a. Lehrplan 21) zu Verbesserungen führen werden, kann gegenwärtig noch nicht beurteilt werden.

Bedarf besteht auch darin, die Lehrpersonen ausreichend für die Vermittlung des Sexualunterrichts zu qualifizieren.

Zugang zu Bildung über sexuelle Gesundheit für Personen mit Behinderung stärken.

Während Bildungs- und Informationsangebote zur sexuellen Gesundheit für die breite Bevölkerung sowie für spezifische Zielgruppen (Jugendliche, Informationen in Fremdsprachen) vorhanden sind, wird verschiedentlich bemängelt, dass kaum spezifische Angebote für Personen mit Behinderung zur Verfügung stehen. Deren Rechte und Bedürfnisse nach Informationen zum Thema Sexualität bzw. sexuelle Gesundheit sind aktuell nicht umfassend abgedeckt. Entsprechend besteht Bedarf darin, an die verschiedenen Einschränkungen angepasste Bildungs- und Informationsangebote zu schaffen.

7.5.2 Vermuteter Bedarf

Es scheint unbestritten, dass die ausserschulische Bildung zur sexuellen Gesundheit eine wichtige Ergänzung zu den anderen Kanälen ist und insbesondere verschiedene mit Jugendlichen tätige Berufspersonen (z.B. Jugendarbeiterinnen und Jugendarbeiter, Fachkräfte der familienexternen Kinderbetreuung) mit Themen der sexuellen Gesundheit konfrontiert werden (vgl. SGCH 2016). Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht alle Sozialarbeitenden im Jugendbereich, die mit der Thematik konfrontiert werden, dafür auch gut gerüstet sind. Daher wäre es erstrebenswert, wenn diese Berufspersonen für diese Situation im Rahmen von Aus- oder Weiterbildungen gut gerüstet werden.

7.5.3 Keine Beurteilung des Bedarfs möglich

Es bestehen keine Informationen dazu, inwiefern Erziehungsberechtigte über das notwendige Wissen und die Gesundheitskompetenz verfügen, um ihre Verantwortung in der Sexualerziehung wahrzunehmen. Es ist daher schwierig, Aussagen zum Bedarf zu formulieren. Unklar bleibt daher, inwiefern ein Bildungsbedarf besteht, der über einzelne Themen der Krankheitsprävention (z.B. HIV/andere STI) hinausgeht. Gegenwärtig ist unklar, ob Bedürfnisse bestehen, die durch das bestehende Angebot an online verfügbaren Informationen, Angeboten von Beratungsstellen und im Rahmen ärztlicher Konsultationen nicht abgedeckt werden können und falls es solche gibt, worauf sie sich beziehen.

Es bestehen keine gesicherten Informationen darüber, welche Inhalte in der schulischen Sexualaufklärung vermittelt werden oder in welchem Umfang und welcher Qualität diese erfolgt.

Des Weiteren liegen keine Informationen über die Qualität und Ausrichtung von Bildungs- und Informationsangeboten zur Unterstützung von Erziehungsberechtigten bei der Sexualerziehung vor. Es wurden auch keine Hinweise auf Qualitätssicherungsaufgaben gefunden.

Der Stellenwert der sexuellen Bildung in ausserschulischen Settings ist unklar – die Recherche hat keine Informationen dazu ergeben, inwiefern Kinder und Jugendliche im Rahmen ausserschulischer Aktivitäten vom Thema erreicht werden und ihre Gesundheitskompetenzen gestärkt werden.

8 Fazit zur Situation der sexuellen Gesundheit in der Schweiz

Das vorliegende Kapitel fasst die Befunde zur Situation und die Einschätzung des Bedarfs in denen einzelnen Handlungsfeldern der sexuellen Gesundheit zusammen und nimmt eine Situationsbeurteilung aus handlungsfeldübergreifender Sicht vor.

8.1 Wichtigste Ergebnisse der Situationsanalyse und Bedarfsabklärung

Die nachfolgende Tabelle 8-1 fasst die Kernbefunde der Situationsanalyse in den einzelnen Handlungsfeldern der sexuellen Gesundheit (Kapitel 3-5) gemäss Definition der EKSG (2015) zusammen. Jedes Handlungsfeld ist in verschiedene Unterthemen gegliedert. Für jedes dieser Themengebiete werden in einzelnen Spalten jeweils die wichtigsten Befunde stichwortartig aufgelistet und der massgebliche rechtliche und strategische Rahmen angegeben. Im Hinblick auf die Ableitung von Handlungsbedarf und allfälliger künftiger Massnahmen interessiert spezifisch, ob das jeweilige Thema im aktuellen NPHS 2011-2017 auf der Ebene der Ziele und Massnahmen bereits adressiert wird oder nicht. Weitere Spalten fassen die wichtigsten Befunde zu Aktivitäten und Akteuren sowie zu vulnerablen Zielgruppen im jeweiligen Themenbereich zusammen.

(Für eine Einschätzung zu den Grenzen der Aussagekraft der Situationsanalyse und Bedarfsabklärung vgl. Abschnitt 1.2.)

Tabelle 8-1: Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse der Situationsanalyse

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
HF 1 – Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit					
Psychische Gesundheit, Suizidalität allgemein	Zusammenhänge zwischen Sexualität bzw. sexueller Gesundheit und psychischer Gesundheit kaum untersucht, wenig Wissen zur Situation in der Allgemeinbevölkerung. Bestimmte Gruppen mit spezifischen Stressoren in Zusammenhang mit der Sexualität, der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität identifiziert (LBGTI, Sexarbeiterinnen).	Keine expliziten rechtlichen Grundlagen zur Förderung der psychischen Gesundheit auf Bundesebene, strategische Grundlagen vorhanden (Aktionsplan psychische Gesundheit, Aktionsplan Suizidprävention), sexuelle Gesundheit darin jedoch kein explizites Thema. Förderung der sexuellen und psychischen Gesundheit Thema in einzelnen kantonalen Gesundheitsgesetzen und Strategien/Programmen/Aktionsplänen	Das psychische Wohlbefinden wird im Rahmen von Oberziel 2 (Prävention von HIV und anderen STI) und von Achse 2 (Unterstützung für Personen, deren sexuelle Gesundheit und Schutzfähigkeit durch psychische Probleme gefährdet ist) angesprochen.	Zahlreiche staatliche und private Aktivitäten und Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit und der Suizidprävention allgemein, sexuelle Gesundheit vermutlich selten thematisiert. Fachsysteme und Fachorganisationen in den Bereichen Medizin, Bildung, Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie sowie Jugendarbeit. Wenig Wissen über Anzahl und Verbreitung, fachliche Ausrichtung und Hintergrund, konkrete Aktivitäten, die Inanspruchnahme und Qualität von Angeboten sowie darüber, ob und wie sexuelle Gesundheit thematisiert und behandelt wird.	Spezifisch untersucht: LBGTI: mangelnde Unterstützung im Umfeld, soziale Isolation, Diskriminierung, Homophobie Personen mit Geschlechtsvarianten: Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Integrität eingeschränkt Sexarbeiterinnen: Stigmatisierung, psychische Belastung aufgrund Tätigkeit Vulnerabilität weiterer Gruppen plausibel, aber bisher kaum spezifisch untersucht:
Sexuelle und psychische Gesundheit von LBGTI	Höhere Prävalenz von HIV/STI und Suchterkrankungen. Psychische Gesundheit eingeschränkt: mangelnde Unterstützung im Umfeld, soziale Isolation, Diskriminierung, Homophobie. Erhöhte Suizidrate bei jungen homo-	Keine spezifischen Rechte oder strategische Grundlagen. Kein ausdrücklicher Schutz vor Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung oder der Geschlechtsidentität auf Bundes- oder Kantonebene NEK-Empfehlung zu Menschen mit	Psychische Gesundheit nicht explizit adressiert, MSM sind Zielgruppe in Achse 2 (+ Urgent Action Plan MSM) und gemäss Rahmenkonzept Migration	GrundversorgerInnen wenig mit Themen sexueller Gesundheit, sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität vertraut. Checkpoints (Fokus HIV-Prävention, auch andere Fragen)	LBGTI: schlechtere psychische Gesundheit, Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung nicht gewährleistet. Lesbische Frauen und Transmenschen werden von Prävention kaum

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
	sexuellen Männern. Personen mit Geschlechtsvarianten: Recht auf Selbstbestimmung und körperliche Integrität eingeschränkt Diskriminierungen von LGBTI kommen in verschiedenen Lebensbereichen vor, sexuelle Rechte nicht vollständig gewährleistet	Geschlechtsvarianten LGBTI als spezifische Zielgruppe im Aktionsplan Suizidprävention	und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+	Diskriminierung/Homophobie: Kaum spezifische Beratungsstellen zu LGBTI-Themen verfügbar, v.a. LGBTI-Organisationen und Menschenrechtsorganisationen aktiv. Vereinzelte Informationsplattformen und Fachstellen.	erreicht. Personen mit Geschlechtsvarianten.
Sexarbeit	Erhöhte Vulnerabilität (STI/HIV, Sucht, psychische Probleme, Gewalt), Diskriminierung und Stigmatisierung in verschiedenen Lebensbereichen	Bund: Epidemien-gesetz als Grundlage für Prävention in der Sexarbeit Kantone: v.a. in W-CH gesetzlicher Rahmen für Prostitutions-gewerbe, vereinzelt Bestimmungen zu Gesundheit/Prävention.	Sexarbeiterinnen sind Zielgruppe in Achse 2 und gemäss Rahmenkonzept Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+	Keine spezifische öffentliche Präventionsprojekte oder Öffentlichkeitsarbeit. Nicht-staatliche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, Fachstellen mit unterschiedlichen Angeboten (u.a. HIV-Prävention)	Ausländerinnen mit illegalem Aufenthaltsstatus
HF 2 – Reproduktive Gesundheit					
Verhütung	Empfängnisverhütung ist in der Schweiz gemäss Umfragen weit verbreitet, auch unter Jugendlichen. Im internationalen Vergleich gibt es in der Schweiz wenige Schwangerschaften von Jugendlichen. Gemäss Schätzungen werden in der Schweiz pro Jahr rund 100'000 „Pillen danach“ abgegeben, was westeuropäischem Durchschnitt entspricht.	Im Grundsatz: Privatsache. Andere Länder kennen Modelle der staatlichen Finanzierung der Empfängnisverhütung.	Verhütung mit Kondom zentrale Botschaft von Informationsaktivitäten des NPHS.	Bildung: Gegenstand des schulischen Sexualunterrichts Beratung: Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Gynäkologinnen und Gynäkologen, diverse weitere Angebote (Internet). Medizinische Versorgung: Gynäkologinnen und Gynäkologen. Im Bereich der Notfallkonzeption: Interdisziplinäre Exper-	Migrantinnen und Migranten sowie Personen in prekären sozioökonomischen Verhältnissen werden in verschiedenen in Forschungsberichten als in Bezug auf die Empfängnisverhütung als vulnerabel bezeichnet.

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
	In Untersuchungen finden sich Hinweise, dass die Verhütung für Migrantinnen und Migranten sowie Personen in prekären sozioökonomischen Verhältnissen teilweise ungenügend ist.			tengruppe Notfallkontrazeption (IENK).	
Schwangerschaft und Geburt	Im internationalen Vergleich hohes Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt (31.7 Jahre). Indikatoren der reproduktiven Gesundheit (z.B. Säuglingssterblichkeit, Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt) in der Schweiz: durchschnittlich im europäischen Vergleich. Hoher Anteil an Kaiserschnittgeburten im internationalen Vergleich (Rate von über 30%). Versorgungsangebot und medizinische Betreuung von Wöchnerinnen wird als gut beurteilt; psychosoziale und emotionale Unterstützung von Frauen mit Geburtskomplikationen wird als teilweise noch ungenügend erachtet.	Leistungen teilweise über KVG finanziert Bundesgesetz sowie kantonale Gesetze und Verordnungen über Beratungsstellen Schutzvorschriften (Gesundheitsschutz, Arbeitsrecht) Mutterschaftsversicherung Reproduktive Gesundheit teils in kantonalen Gesundheitsgesetzen verankert TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen“	Eher gering: Massnahmen (Information, medizinische Versorgung) für Schwangere, die von HIV und/oder anderen STI betroffen sind.	Information und Beratung während Schwangerschaft und Wochenbett): Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung; Frauenärztinnen und -ärzte, Hebammen, Stillberatung, Mütter- und Väterberatung, weitere Angebote (z.B. Geburts- und Säuglingspflegekurse; teilweise spez. Angebote für Migrantinnen und Migranten). Medizinische Versorgung: Frauenärztinnen und -ärzte, Hebammen (Kontrolluntersuchungen, Geburt) Diverse Verbände und medizinische Fachorganisationen „Zersplitterung des Angebots“ und teils ungenügende Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren der Versorgungskette.	Migrantinnen aus spezifischen Herkunftsländern weisen eine schlechtere Mutter-Kind-Gesundheit
Schwangerschaftsabbruch	Rund 10'000 pro Jahr (2015: 6.3 Schwangerschaftsabbrü-	Strafgesetzbuch (Fristenregelung). Bei straflosem Abbruch Kostenüber-	Nein.	Beratung: Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und	Migrantinnen und Migranten aus spezifischen

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
	<p>che pro 1'000 Frauen). Die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen ist seit mehreren Jahren stabil; wenige Schwangerschaften bei Jugendlichen.</p> <p>Erhöhte Rate an Schwangerschaftsabbrüchen bei Migrantinnen aus bestimmten Herkunftsländern.</p> <p>Gründe: v.a. psychosoziale Motive.</p> <p>Wenige Informationen über Zugangsmöglichkeiten, allfällige Hürden.</p>	<p>nahme durch Krankenversicherung</p>		<p>Familienplanung, behandeln- de Ärztinnen und Ärzte Durchführung des Schwangerschaftsabbruch: zugelassene Ärztinnen und Ärzte</p>	<p>Herkunftsländern, Personen in prekären sozioökonomischen Verhältnissen</p>
Pränatale Diagnostik	<p>Nutzung verbreitet und unterschiedlich; Wissen über pränatale Diagnostik ist eher gering; geringe Nutzung des Beratungsangebots.</p> <p>Gemäss einer Auswertung entscheiden sich die meisten Frauen nach einer pränatalen Diagnose von Trisomie 21 für einen Schwangerschaftsabbruch.</p>	<p>Bundesgesetz über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMG)</p>	<p>Nein.</p>	<p>Information und Beratung: unabhängige Beratungsstellen gemäss GUMG; Ärztinnen und Ärzte Umsetzung: Ärztinnen und Ärzte Vereinigung von Eltern behinderter Kinder, Selbsthilfegruppen</p>	<p>Keine konkreten Angaben</p>

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
Medizinisch unterstützte Fortpflanzung	Jahr 2014: 6'269 Paare mit Kinderwunsch unterzogen sich einer In-vitro-Fertilisation. Zahl ist seit mehreren Jahren konstant (Zunahme zweite Hälfte der Nuller-Jahre).	Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung.	Nein.	Information und Beratung: Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Betroffenen-Netzwerk Kinderwunsch Abklärungen und Behandlungen: 28 Kinderwunschzentren.	Keine konkreten Angaben
HF 3 – HIV und andere STI					
HIV	Prävalenz von Personen mit HIV in der Bevölkerung: 0.2% (15'200 Personen). 2015: 538 neue HIV-Diagnosen; abnehmender Trend seit dem Jahr 2008, im internationalen Vergleich (EU-/EFTA-Staaten) leicht über dem Durchschnitt. Urbane Zentren besonders betroffen. Zielgruppen mit erhöhter Prävalenz und Risikoverhalten: MSM, Migrantinnen und Migranten aus HIV-Hochprävalenz-Ländern.	Epidemiengesetz. NPHS. Urgent Action Plan Rahmenkonzept HIV/STI-Prävention: Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+ NPHS: Koordination durch Bund, Umsetzung durch Bund, Kantone und Fachsysteme im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten	Ja.	Information, Sensibilisierung und Beratung: Kampagnen (Love-Life, Break the Chains); Aktivitäten Aids Hilfe Schweiz und Sexuelle Gesundheit Schweiz; Aktivitäten kantonale Aidshilfen und Beratungsstellen; Beratungsangebot Dr. Gay Zielgruppenspezifische Aktivitäten (MSM, Migrantinnen und Migranten, Sexarbeitende, Gefängnisinsassen): z.B. Mediatorinnen, Beratungsstellen für Sexarbeitende, Bekämpfung Infektionskrankheiten in Gefängnissen. Teststellen Medizinische Versorgung: Spitäler. HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study, SHCS), Schweizer Mütter- und Kin-	MSM, Migrantinnen und Migranten aus HIV-Hochprävalenz-Ländern, Sexarbeitende

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
				der HIV-Kohortenstudie (Swiss Mother and Child HIV Cohort Study (MoCHiV))	
Weitere STI	<p>Syphilis: 651 gemeldete Fälle (2015); Zunahme um Faktor 4 seit 2006.</p> <p>Gonorrhoe: 1'895 gemeldete Fälle (2015); Zunahme um Faktor 6.2 seit 2006.</p> <p>Chlamydiose: 10'167 gemeldete Fälle (2015); Zunahme um Faktor 4.5 seit dem Jahr 2000.</p> <p>Hepatitis B: jährlich werden rund 1300-1400 Fälle gemeldet, davon rund 40 akut.</p> <p>Hepatitis C: etwa 1500 neue Fälle pro Jahr, davon rund 50 akut.</p> <p>HPV: Bei jeder fünften Frau, die mit einem Hochrisiko-Typ von HPV infiziert ist, entwickelt sich eine Krebsvorstufe, aus der sich Krebs entwickeln kann. Jährlich rund 250 neue Fälle von Gebärmutterhalskrebs und etwa 5000 Krebsvorstufen diagnostiziert.</p>	<p>Epidemiengesetz.</p> <p>NPHS.</p> <p>Urgent Action Plan.</p> <p>Rahmenkonzept HIV/STI-Prävention: Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+.</p> <p>NPHS: Koordination durch Bund, Umsetzung durch Bund, Kantone und Fachsysteme im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten</p> <p>Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Impffragen und BAG</p> <p>Kantonale Impfprogramme</p>	Ja.	<p>Information, Sensibilisierung und Beratung: Kampagne („Stop Syphilis“); Aktivitäten Aids Hilfe Schweiz und Sexuelle Gesundheit Schweiz; Aktivitäten kantonale Aidshilfen und Beratungsstellen; Beratungsangebot Dr. Gay Teststellen</p> <p>Medizinische Versorgung: Spitäler Impfungen</p>	<p>Syphilis: MSM am stärksten betroffene Gruppe (57% der Diagnosen).</p> <p>Gonorrhoe: MSM stark betroffen (32% der Diagnosen).</p> <p>Chlamydiose: Hauptbetroffene sind junge Frauen (2/3 aller Diagnosen in den letzten fünf Jahren).</p>

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
HF 4 – Sexuelle Gewalt					
Häusliche Gewalt	2013: 16'500 Fälle von häuslicher Gewalt. Folgen u.a. tieferes Geburtsgewichts des Kindes bei Geburt, Depressionen, Risikoverhalten.	Strafgesetzbuch, Zivilgesetzbuch, Opferhilfegesetz. Istanbul-Konvention. Aktionsplan Schweiz zur Gleichstellung von Mann und Frau.	Nein.	Kantone: Prävention und Ahndung von Straftaten, Vollzug Opferhilfe. Prävention: Präventionsprogramme, Sensibilisierungs- und Bildungsaktivitäten, Bedrohungsmanagement, Täterarbeit. Strafverfolgung. Schutz und Hilfe für gewaltbetroffene Personen: Frauenhäuser, Opferhilfe-Beratungsstellen, Zusammenarbeit und Koordination: interdepartementale Arbeitsgruppe Bund, Dachorganisation der Frauenhäuser, Fachverband Gewaltberatung Schweiz.	
Sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen	Gewalt unter Jugendlichen ähnlich verbreitet wie bei Erwachsenen. Körperliche Viktimisierung bei Schülerinnen und Schülern: 22% der Mädchen, 8% der Jungen. Kindsmisshandlung: Diagnose bzw. Verdacht bei 923 Kin-	<i>Siehe auch „Häusliche Gewalt“.</i> Verordnung über Massnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen Lanzarote-Konvention, Kinderrechtskonvention. Jugendschutzprogramme (Medien, Gewalt)	Nein.	Prävention: - Jugendmedienschutz: präventive verdeckte Fahndung: Kantone; KOBIK; Sensibilisierung/Prävention: Medienbildung in der Schule, Aktivitäten der Kantone und von Privaten.	

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
	dern, davon 25% sexueller Missbrauch (2010)			<ul style="list-style-type: none"> - Jugendgewalt: diverse Aktivitäten in den Kantonen und Gemeinden. - Vernachlässigung und Missbrauch: diverse Aktivitäten in den Kantonen und Gemeinden: Plattform für 2016 vorgesehen. - Suchtprävention: Aktivitäten BAG - Migration und Integration: Aktivitäten SEM <p>Finanzhilfen: Förderung von Einzelorganisationen und Dachverbänden im Rahmen des Kinder- und Jugendförderungsgesetz.</p> <p>Aus- und Weiterbildung: diverse Angebote</p> <p>Vernetzung und Zusammenarbeit</p>	

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
Menschenhandel zur sexuellen Ausbeutung	Schätzungen: 98 Opfer von Menschenhandel von einer Opferberatungsstelle beraten (2013)	Übereinkommen des Europarats zur Bekämpfung von Menschenhandel. Nationaler Aktionsplan gegen Menschenhandel.	Nein.	Verhütung und Bekämpfung: Koordinationsstelle Menschenhandel und Menschen schmuggel (seit 2003) Aktionsplan gegen Menschenhandel: Prävention, Strafverfolgung, Opferschutz. Prävention und Beratung: Beratungsstellen (wie z.B. Xenia oder Fleur de Pavé), APiS-Angebote	
Sexuelle Gewalt an Behinderten	Frauen mit einer geistigen Behinderung sind häufiger Opfer von sexueller Gewalt als Frauen ohne kognitive Beeinträchtigung; Jugendliche mit einer geistigen Behinderung sind besonders gefährdet.	<i>Siehe auch „Häusliche Gewalt“.</i>	Nein.	Präventionsaktivitäten: Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen (12 Verbände, Organisationen und Institutionen)	
Weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation; FGM)	In der Schweiz leben ca. 10'000 Frauen und Mädchen, die von einer FGM betroffen sind oder der Gefahr ausgesetzt sind, beschnitten zu werden.	Strafgesetzbuch, Ausländergesetz. Nationales Programm Migration und Gesundheit	Nein.	Prävention: Strategie Migration und Gesundheit, Informationsmaterialien für verschiedene Zielgruppen; Informationsveranstaltungen verschiedener Vereine und Organisationen; Prävention im Asylbereich Vermittlungsstelle für die Prävention von Mädchenbeschneidungen: u.a. Beratung.	

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
				Engagement der Kantone: unterschiedlich intensiv; teils kantonale Strategien/Kampagnen Aus- und Weiterbildung: Hebammen, Pflege, Beraterinnen sexuelle Gesundheit. Nationale Arbeitsgruppe gegen weibliche Genitalverstümmelung.	
HF 5 – Bildung im Bereich sexuelle Gesundheit					
Bildung von Kindern und Jugendlichen (Erziehungsberechtigte, Schule, ausserschulisch, Peers) und von jungen Erwachsenen in Ausbildung	50% der 11-Jährigen sind aufgeklärt, 16% der 15-18-Jährigen noch nicht. Die Sexualaufklärung erfolgt bei den meisten Jugendlichen durch die Schule, gefolgt von Müttern und Peers. Inhalte zu reproduktiver Gesundheit und sexuell übertragbaren Krankheiten werden in der Schule mutmasslich flächendeckend vermittelt, weitere Themen (z.B. Gewaltprävention, Genderfragen, sexuelle Identität, Stigmatisierung/Diskriminierung etc.) in Abhängigkeit der Lehrpersonen.	Kantone für schulische Sexualaufklärung zuständig (Bildungs- und Gesundheitsgesetze, Lehrpläne). In F-CH harmonisiert, in D-CH noch nicht. Bund hat via EpG Kompetenz zur HIV/STI-Prävention Kinder- und Jugendförderungsgesetz kann ausserschulische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unterstützen Fachverbände in W-CH haben Aufgaben- und Kompetenzkatalog für Bildung und Beratung in sexueller Gesundheit erstellt.	NPHS erwähnt stufengerechte Sexualaufklärung und Standards für Sexualerziehung an den Schulen und in der ausserschulischen Jugendbetreuung.	Obligatorische Schule: drei verschiedene Modelle der Organisation und Inhalte der Sexualaufklärung. In F-CH einheitliches Modell und gemeinsamer Lehrplan, in D-CH Form und Inhalte abhängig von Kanton/Gemeinde, Schule und Lehrperson → grosse Unterschiede Keine gesicherten Informationen zu Umfang, Qualität und Inhalten der schulischen Sexualaufklärung. Verschiedene punktuelle Projekte zum Thema sexueller Gesundheit in ausserschulischen Settings Diverse Informations-, Bera-	Menschen mit Behinderung Hinweise auf Zielgruppen mit ungeeignetem Verhütungsverhalten. Vulnerabilitätsfaktoren: instabile Familienverhältnisse, Einelternfamilien, ungünstige sozioökonomische Verhältnisse, Bildungsferne, personale Faktoren wie tiefes Selbstbewusstsein, sich nicht durchsetzen können, Abhängigkeitsverhältnis, Ausgrenzungserfahrungen

Themengebiet	Wichtigste Befunde der Situationsanalyse	Grundsätzlicher Rahmen (rechtlich, strategisch)	Gegenstand des NPHS? Ziele und Massnahmen	Aktivitäten & Akteure Sensibilisierung; Beratung; Information; Bildung; Versorgung	Vulnerable Zielgruppen
				tungs- und Präventionsangebote vorhanden. Nutzungsgrad und Qualität unbekannt.	
Bildung von Erwachsenen / Erziehungsberechtigten	Keine gesicherten Informationen zu Wissensstand und Kompetenz von Erwachsenen zu sexueller Gesundheit.	Privatsache	NPHS: Love Life-Kampagne (Interventionsachse 1)	Love Life-Kampagne Kurse zur Sexualaufklärung von Elternbildungsorganisationen, in einzelnen Kantonen Elternabende der Schule. Informationsangebote wie z.B. Pro Juventute-Elternbriefe.	
Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen	Nur ca. 1/3 der Lehrerausbildungsstätten bereiten zukünftige Lehrkräfte auf Sexualpädagogik vor. Keine gesicherten Informationen zum Wissensstand und Kompetenz in diesem Thema. Geringe Nachfrage nach Weiterbildungsangeboten zum Thema	Hochschulgesetzgebung	NPHS sieht Fortbildung für Lehrpersonen zum Thema Sexualunterricht vor	Module zu Sexualpädagogik an verschiedenen Pädagogischen Hochschulen und in Ausbildungen zur sozialen Arbeit. Verschiedene Angebote von Studiengängen/Fachtitel in sexueller Gesundheit Berufsverbände FASEG (D-CH), ARTANES und ART-COSS (W-CH/TI)	

In den Kapiteln zu den einzelnen Handlungsfeldern wurde der Bedarf pro Handlungsfeld aus der Sicht der Autoren jeweils auf Basis der Situationsanalyse eingeschätzt. Kasten 8-1 fasst die Feststellungen dazu zusammen.

Kasten 8-1: Bedarf im Bereich der sexuellen Gesundheit gemäss Situationsanalyse

Empirisch dokumentierter Bedarf:

Handlungsfeld 1 (Abschnitt 4.5):

- Förderung der psychischen Gesundheit von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit, z.B. von LGBTI und Sexarbeiterinnen
- Zugang von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit (z.B. LGBTI und Sexarbeiterinnen) zu adäquater Gesundheitsversorgung verbessern
- Sensibilisierung und Qualifizierung von Gesundheitsfachpersonen für die sexuelle Gesundheit und die Situation von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit

Handlungsfeld 2 (Abschnitt 5.5):

- Förderung der reproduktiven Gesundheit bestimmter Gruppen der Migrationsbevölkerung
- Verbesserung der Zusammenarbeit und Koordination der Akteure im Bereich der reproduktiven Gesundheit

Handlungsfeld 3 (Abschnitt 6.5):

- Prävention von HIV und anderen STI in der Gesamtbevölkerung (Interventionsachse 1)
- Prävention von HIV und anderen STI in spezifischen Zielgruppen (Interventionsachse 2)
- Aktivitäten bezüglich HIV-infizierten sowie deren Partnerinnen und Partnern (Interventionsachse 3)

Handlungsfeld 4 (Abschnitt 7.5):

- Sensibilisierung der Gesundheitsfachpersonen für die Thematik der sexuellen Gewalt
- Intensivierung und Koordination der Aktivitäten im Bereich der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM)

Handlungsfeld 5 (Abschnitt 8.5):

- Vermittlung der für die jeweilige Altersstufe wichtigen Inhalte der Sexualaufklärung an alle Jugendliche durch qualifizierte Personen sicherstellen
- Zugang zu Bildung über sexuelle Gesundheit für Personen mit Behinderung stärken

Vermuteter Bedarf:

- Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachpersonen in den Bereichen der psychischen Gesundheit und der Suizidprävention für die sexuelle Gesundheit und die Situation von Personen mit erhöhter Vulnerabilität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit
- Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung durch Verbesserung des Wissens von Frauen und Männern
- Massnahmen bezüglich sexueller Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel
- Massnahmen bezüglich sexuellen Missbrauchs von Menschen mit geistiger Behinderung
- Qualifizierung von Sozialarbeitenden im Jugendbereich zum Thema sexuelle Gesundheit

8.2 Beurteilung der Situation

Im Folgenden erfolgt eine Beurteilung verschiedener Aspekte der Situation der sexuellen Gesundheit in der Schweiz. Dafür liefern die Handlungsfelder und Ziele von Gesundheit2020 (EDI 2013) Orientierungspunkte. Aus dieser umfassenden Strategie für das schweizerische Gesundheitswesen können die folgenden Kriterien bzw. Prüffragen abgeleitet werden:

- Lebensqualität sichern:
 - Prävalenz bzgl. Infektionen und Krankheiten bzw. Problemen und Einschränkungen der sexuellen Gesundheit allgemein (auch Diskriminierung, Gewalt etc.) → Problemlast (Wo möglich: Wie hat sie sich entwickelt? Wo steht die Schweiz bezüglich Indikatoren im europäischen Vergleich?)
 - Wie steht es um die sexuellen Rechte?
- Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken:
 - Wie ist die Chancengleichheit in Bezug auf die sexuelle Gesundheit zu beurteilen? Bei welchen Bevölkerungsgruppen zeigen sich welche Probleme der sexuellen Gesundheit?⁸⁶
 - Gibt es Probleme mit dem Zugang zu Angeboten/Leistungen (Prävention/Gesundheitsförderung, Information, Beratung/Versorgung, Bildung)? Für wen stellen sich welche Zugangshürden? Wer wird von welchen Angeboten/Leistungen schlecht erreicht?
 - Wie präsentiert sich die Effizienz der Angebote/Leistungen?
 - Wie steht es um die Selbstbestimmung der Betroffenen?
- Versorgungsqualität sichern und erhöhen:
 - In welchen Handlungsfeldern fehlen Angebote?
 - Wie ist die Qualität der verschiedenen Angebote/Leistungen zu beurteilen?
 - Wie ist die Qualifikation der Personen in den verschiedenen Einrichtungen zu beurteilen?
- Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren:
 - Wie sind Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Akteuren zu beurteilen?
 - Wie sind Datenlage und Wissen über sexuelle Gesundheit zu beurteilen? Wo bestehen Lücken?
 - Wie betten sich die schweizerischen Aktivitäten in den internationalen Kontext ein?

⁸⁶ Die EKSG (2015: 3) nennt verschiedene Zielgruppen, für die es spezifische, für die entsprechende Gruppe konzipierte Angebote brauche, wie z.B. Jugendliche, Migrantinnen und Migranten, Menschen mit HIV, LGBTIQ, Sexworkerinnen und Sexworker, Menschen in prekären Lebenssituationen, Menschen mit physischen und/oder psychischen oder kognitiven Einschränkungen und/oder chronischen Krankheiten.

Die Situationsanalyse und Bedarfsabklärung war nicht darauf ausgerichtet, all diese Fragen für alle Themenbereiche und Zielgruppen der sexuellen Gesundheit systematisch und umfassend zu beurteilen. Dies war aufgrund der gewählten Vorgehensweise (vgl. Abschnitt 1.2) und teilweise fehlender Informationen auch nicht möglich.

8.2.1 Lebensqualität: Situation der sexuellen Gesundheit in der Bevölkerung

Die wichtigsten Befunde zur Situation der sexuellen Gesundheit sind anhand verschiedener Indikatoren in Tabelle 8-1 zusammengestellt. Aus methodischen und konzeptionellen Gründen sowie aufgrund teilweise fehlender Daten sind vor allem Aussagen zu einzelnen Phänomenen und spezifischen Bevölkerungsgruppen möglich, aber keine systematische Beurteilung der Situation (Betroffenheit, Problemlast) auf der Ebene der Gesamtbevölkerung oder Vergleiche über die verschiedenen Handlungsfelder bzw. deren Unterthemen hinweg. Besonders vulnerablen Gruppen werden in Abschnitt 8.2.2 unter dem Aspekt der Chancengleichheit spezifisch diskutiert.

Die Hauptbefunde zu den fünf Handlungsfeldern lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der sexuellen Gesundheit als Teil der psychischen Gesundheit: Zum psychischen Wohlbefinden in Zusammenhang mit der sexuellen Gesundheit liegt wenig Wissen für die Gesamtbevölkerung vor. Für bestimmte Gruppen, namentlich LGBTI⁸⁷ (v.a. junge Männer: Suizidalität) und Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter ist bekannt, dass sie stärker von psychischen Belastungen und gewissen Gesundheitsproblemen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung. Inwiefern dies auch auf weitere Personengruppen zutrifft, lässt sich nicht beurteilen.

Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der reproduktiven Gesundheit: Im Bereich der reproduktiven Gesundheit kann die Situation mit Blick auf die Allgemeinbevölkerung grundsätzlich als gut und stabil bezeichnet werden. Bezüglich der meisten Indikatoren bewegen sich die Werte für die Schweiz im europäischen Durchschnitt. Auffallend sind ein relativ hohes Durchschnittsalter der Mütter bei der ersten Geburt und ein hoher Anteil an Kaiserschnittgeburten.

Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STI): Sexuell übertragbare Infektionen sind in der Schweiz nach wie vor ein gesundheitspolitisch relevantes Thema. Die Anzahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen ist in der Schweiz seit 2008 tendenziell rückläufig; die Inzidenz in der Gesamtbevölkerung ist jedoch leicht höher als im europäischen Durchschnitt. Bei Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose ist jeweils ein kontinuierlicher Anstieg der diagnostizierten Fälle zu beobachten. Die Prävalenz von He-

⁸⁷ Das Kürzel LGBTI steht für „lesbian, gay, bi, transsexual, intersexual“. Dabei beziehen sich L, G und B auf die sexuelle Orientierung, während T und I die Geschlechtsidentität betreffen. I steht für „Intersex“ und bezeichnet Menschen, die sich nicht eindeutig als Mann oder Frau definieren. Die Betroffenen lehnen den Begriff „Intersex“ jedoch ab und bevorzugen die Bezeichnung „Menschen mit Geschlechtsvarianten“ (Bundesrat 2016: 10).

patitis B und C ist im internationalen Vergleich tief. Gebärmutterhalskrebs, der von humanen Papillomaviren (HPV) ausgelöst werden kann, tritt jährlich in rund 250 neuen Fällen sowie in ca. 5000 Fällen als Vorstufe auf.

Prävention von sexueller Gewalt: 20% aller Frauen in der Schweiz sind mindestens einmal im Leben von physischer und/oder sexueller Gewalt durch ihren Partner betroffen. Von polizeilich registrierter sexueller Gewalt sind überwiegend Frauen (85% der Opfer) und Personen unter 20 Jahren (53% der Opfer) betroffen. Die Anzahl Straftaten ist im Zeitverlauf leicht zunehmend. Die häufigsten Straftatbestände sind sexuelle Handlungen mit Kindern, sexuelle Belästigung, unzulässige Prostitution und Pornografie.

Bildung im Bereich der sexuellen Gesundheit: Zum Wissensstand über Sexualität und sexuelle Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung liegt kaum konkretes Wissen vor. Die Sexualaufklärung erfolgt bei den meisten Jugendlichen durch die obligatorische Schule. Auch Mütter und Gleichaltrige spielen eine wichtige Rolle. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz die grosse Mehrheit der schulpflichtigen Jugendlichen über die reproduktive Gesundheit und sexuell übertragbare Infektionen informiert und aufgeklärt werden. Umfang, Inhalte und Qualität der schulischen Sexualaufklärung variieren jedoch unter den Kantonen und teilweise von Lehrperson zu Lehrperson. Eine Risikogruppe sind Jungen, die vor dem 14. Lebensjahr bereits sexuell aktiv sind; diese sind oft noch wenig aufgeklärt und verhüten kaum. Unerwünschte Schwangerschaften bei Teenagern sind in der Schweiz jedoch im europäischen Vergleich sehr selten.

8.2.2 Chancengleichheit

Die Situationsanalyse zeigt in praktisch allen Handlungsfeldern der sexuellen Gesundheit eine erhöhte Vulnerabilität von bestimmten Bevölkerungsgruppen (vgl. auch Tabelle 8-1), sowohl auf der Ebene des Gesundheitszustands als auch hinsichtlich des Zugangs zu Angeboten und Leistungen oder der Erreichbarkeit mit Information und Prävention (vgl. auch BAG 2016a). Bei diesen Gruppen handelt es sich namentlich um Migrantinnen und Migranten, die bestimmten Vulnerabilitätsfaktoren ausgesetzt sind (vgl. auch Rüefli 2015), um LGBTI und Sexarbeitende, aber auch um Menschen mit kognitiven Einschränkungen (v.a. bezüglich der Bildung zu sexueller Gesundheit). Fehlende Chancengleichheit kann verschiedene Gründe haben: Unterschiede in der individuellen Gesundheitskompetenz, Wissens- und Informationsdefizite, sprachliche Hürden, Zugangshürden zu Informationen, Beratungs- und Versorgungsangeboten oder fehlende Sensibilität von Fachpersonen für gesellschaftliche Diversität (z.B. in Bezug auf die sexuelle Orientierung oder kulturelle Faktoren) und ungenügende Kompetenz im Umgang damit (Rüefli 2015). Zugangshürden zu Beratungs- und Versorgungsangeboten oder Schwierigkeiten in der Interaktion mit diesen erschweren die Erkennung und Behandlung von gesundheitlichen Problemen wie z.B. psychischen Belastungen oder übertragbaren Krankheiten, aber auch die Prävention. Der entsprechende Handlungsbedarf ist grundsätzlich erkannt und wird im Rahmen verschiedener Konzepte (z.B. BAG 2016a), Programme (z.B. BAG 2013b) und Projekte (Urgent Action

Plan, TAK-Integrationsdialog „Aufwachsen“) angegangen. In gewissen Bereichen sind allerdings noch wenige Aktivitäten zur Förderung der Chancengleichheit bestimmter Gruppen auszumachen, z.B. bezüglich der psychischen Gesundheit von LGBTI und der Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen für deren Belange.

8.2.3 Angebotssituation und Versorgungsqualität

Es gibt zahlreiche Akteure und Stellen, die Informations-, Beratungs-, Präventions-, Ausbildungs- oder Versorgungsleistungen zu einzelnen oder mehreren Themen der sexuellen Gesundheit etc. anbieten. Der Konzeptbericht von CLASS/SGCH (2016) listet für jedes Handlungsfeld die wichtigsten Akteure und Leistungserbringer summarisch auf (vgl. Liste im Anhang).

Für eine systematische Beurteilung der Angebotssituation fehlen die Informationsgrundlagen. Im Rahmen der Situationsanalyse wurden jedoch punktuell Angebotslücken festgestellt, so z.B. an niederschweligen Anlaufstellen für suizidgefährdete Menschen oder an Schutzeinrichtungen für von häuslicher Gewalt betroffene Personen.

Zur Qualität dieser Angebote und Leistungen und zur Qualifikation der in den verschiedenen Handlungsfeldern tätigen Fachpersonen liegen kaum systematische und zuverlässige Informationen vor (s.u., Abschnitt „Datenlage und Wissen“). Ärztinnen und Ärzten kommt eine wichtige Funktion als Erstversorger und wichtige Anlaufstelle in Gesundheitsfragen zu. Aus der Situationsanalyse ergeben sich Hinweise, dass deren Sensibilisierung für gewisse Themenbereiche der sexuellen Gesundheit (z.B. Gesundheit von LGBTI, Betreuung von Opfern sexueller Gewalt) verbessert werden könnte. Ähnliches dürfte für Fachpersonen in anderen Bereichen wie z.B. der Suizidprävention und in Jugendarbeit gelten.

8.2.4 Steuerungsgrundlagen: Rechtlicher und strategischer Rahmen, organisatorische Voraussetzungen, Wissensstand

Rechtlicher Rahmen

Die rechtlichen Grundlagen zum Schutz, zur Förderung, zur Wiederherstellung und zum Erhalt der sexuellen Gesundheit bilden keinen umfassenden kohärenten Rahmen, sondern verteilen sich auf eine Vielzahl von themen- und bereichsspezifischen Gesetzen und Verordnungen auf Bundes- und Kantonsebene (vgl. Abschnitt 2.3.1 und Recher 2016 für eine ausführliche Übersicht). Der rechtliche Rahmen spiegelt damit die bestehenden Kompetenzordnungen zwischen Bund und Kantonen in den einzelnen Handlungsfeldern (s.u.).

Es bestehen zahlreiche gesetzliche Regelungen oder Aufträge für Aktivitäten und Massnahmen des Bundes und/oder der Kantone im Bereich der sexuellen Gesundheit. Das Bundesrecht enthält vor allem Bestimmungen zu Personenrechten, strafrechtliche Bestimmungen in Zusammenhang mit sexuellen Straftaten, verschiedene Regelwerke im Bereich

der reproduktiven Gesundheit, Rahmenregelungen zur Kostenübernahme von Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung, mit dem Epidemienengesetz eine gesetzliche Grundlage für die Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten sowie Grundlagen für Förder- und Beratungsaktivitäten in den Bereichen Kinder- und Jugendförderung, Schwangerschaftsberatung und Opferhilfe. Insbesondere in den Bereichen der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der Bildung verfügt der Bund hingegen kaum über ausdrückliche Kompetenzen; hier sind primär die Kantone zuständig. Zur rechtlichen Situation in den Kantonen in Bezug auf die sexuelle Gesundheit besteht kein umfassender Überblick. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie sich sehr heterogen präsentiert.

Kaum Gegenstand rechtlicher Regelungen, weder auf Bundes- noch Kantonsebene, sind der Schutz vor Diskriminierung (explizit) aufgrund der sexuellen Orientierung, die nicht-medizinische Sexualberatung und –therapie und die Bildung von Erwachsenen bzw. Erziehungsberechtigten zu den Themen Sexualität/sexuelle Gesundheit.

Strategischer Rahmen

Die Themenbereiche psychische Gesundheit und Sexualität, reproduktive Gesundheit, sexuell übertragbare Krankheiten, sexuelle Gewalt und sexuelle Bildung werden im Rahmen jeweils eigenständiger und teilweise stark ausdifferenzierter Policies bearbeitet. In praktisch allen Handlungsfeldern finden sich Strategien und Programme auf nationaler und kantonaler Ebene sowie in nichtstaatlichen Settings, die sich zumindest auf einzelne Teilbereiche der sexuellen Gesundheit beziehen. Die grösste gesundheitspolitische Bedeutung kommt aktuell dem NPHS 2011-2017 zu. Dieses ist explizit keine Strategie zur ganzheitlichen Förderung der sexuellen Gesundheit, sondern fokussiert auf das spezifische Handlungsfeld ‚HIV und andere STI‘ (vgl. BAG 2010: 12). Es spricht jedoch auch weitere Themenbereiche verschiedentlich an (vgl. Abschnitt 2.3.2). Mit seiner Erweiterung um das Konzept ‚Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+‘ bietet das NPHS eine strategische Grundlage zur Förderung der Chancengleichheit v.a. von Migrantinnen und Migranten, die bestimmten Vulnerabilitätsfaktoren ausgesetzt sind, MSM und Sexarbeitenden (vgl. Abschnitt 8.2.2). Der Geltungsbereich dieses Konzepts erstreckt sich jedoch aktuell hauptsächlich auf das Handlungsfeld ‚HIV und andere STI‘; andere Bereiche, in denen bei denselben Gruppen ebenfalls Handlungsbedarf ermittelt wurde, insbesondere in Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit (Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung, fehlende Unterstützung bei Problemen in Zusammenhang mit der Sexualität oder der sexuellen Orientierung), werden davon nicht abgedeckt.

Die bestehenden strategischen Grundlagen in den einzelnen Themenbereichen knüpfen jeweils prinzipiell an einen festgestellten Bedarf an, der auch Aspekte der sexuellen Gesundheit betreffen kann. Für eine integrierte Förderung der sexuellen Gesundheit und der Verwirklichung der sexuellen Rechte in einem umfassenden Sinn und auch hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen (z.B. Sensibilisierung für die sexuelle Gesundheit allgemein,

Förderung der [sexuellen] Gesundheitskompetenz, spezifische Qualifikation von Personal, Öffnung von Institutionen für weitere Themen der sexuellen Gesundheit etc., vgl. CLASS/SGCH 2016) besteht bisher jedoch kein strategischer Rahmen.

Da ein gemeinsames strategisches Dach für Aktivitäten zu unterschiedlichen Aspekten der sexuellen Gesundheit fehlt, kann es vorkommen, dass verschiedene Programme, Aktionspläne und Prozesse dieselben Settings und Zielgruppen ansprechen, sich inhaltlich jedoch auf unterschiedliche Aspekte der sexuellen Gesundheit beziehen und kaum untereinander koordiniert sind. Diese Ausgangslage bietet allerdings auch die Chance, das Thema der sexuellen Gesundheit im Sinne eines Mainstreaming-Ansatzes in anderweitig laufende Strategien und Prozesse einzubringen und deren Dynamik und Akteurnetzwerke zu nutzen, um strategische und fachliche Verbindungen zwischen verschiedenen Handlungsfeldern herzustellen. Beispiele hierfür sind die Aktionspläne psychische Gesundheit und Suizidprävention.

Organisatorische Voraussetzungen

Wie die strategischen Grundlagen sind auch die Akteur-, Leistungs- und Finanzierungsstrukturen stark in einzelne Handlungsfelder segmentiert, wobei allerdings durchaus gewisse Überschneidungen bestehen können: Es gibt zahlreiche Akteure und Stellen, die in mehreren Handlungsfeldern gleichzeitig aktiv sind. Umgekehrt findet sich in jedem Handlungsfeld eine Vielzahl verschiedener Akteure und Stellen, die teilweise ähnliche Leistungen anbieten. Der Konzeptbericht von CLASS/SGCH (2016) listet für jedes Handlungsfeld die wichtigsten Akteure und Leistungserbringer summarisch auf (vgl. Liste im Anhang).

Wie oben bereits erwähnt, folgen die staatlichen Zuständigkeiten der föderalistischen Staatsordnung, wobei der Bund nur in einzelnen Themenbereichen der sexuellen Gesundheit über Kompetenzen verfügt. Wesentliche staatliche Zuständigkeiten liegen bei den Kantonen. Angebote und Leistungen werden vor allem von den Fach- und Versorgungssystemen des Gesundheitswesens (Gesundheitsförderung, Prävention, medizinische Versorgung, psychologische und psychosoziale Betreuung, Forschung), des Bildungswesens (Schulen, Berufsschulen, [Pädagogische] Hochschulen), der Kinder- und Jugendarbeit oder der Gewaltprävention, Strafverfolgung und Opferhilfe erbracht. Eine grosse Bedeutung kommt zudem auch nicht-staatlichen Organisationen und Fachstellen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene, Fachverbänden, zielgruppenspezifischen Unterstützungsorganisationen oder Organisationen von Zielgruppen zu (vgl. für eine Auslegeordnung auch CLASS/SGCH 2016).

Die organisatorischen Voraussetzungen wie der Organisationsgrad, die regionale Verbreitung, die Ressourcenstärke oder die Koordinationsstrukturen der verschiedenen Fach- und Versorgungssysteme und der nicht-staatlichen Akteure konnten im Rahmen der vorliegenden Studie nicht näher beleuchtet werden. Es lässt sich jedoch summarisch festhalten, dass

sie sich für Interventionen im Bereich der sexuellen Gesundheit je nach Handlungsfeld oder Themengebiet sehr unterschiedlich präsentieren.

Die ausgeprägte Fragmentierung der Handlungsfelder und die unterschiedliche fachliche bzw. disziplinäre Ausrichtung der verschiedenen Akteure dürften für die Governance im Bereich der sexuellen Gesundheit eine gewisse Herausforderung darstellen. Dies betrifft nicht nur, aber insbesondere auch das Handlungsfeld der Bildung zu sexueller Gesundheit. Diese ist als Querschnittsthema zentral, da sie nicht nur die individuelle Gesundheitskompetenz in Bezug auf Sexualität und sexuelle Gesundheit grundsätzlich stärkt, sondern auch (Präventions-)Massnahmen in anderen Handlungsfeldern wie z.B. Gewalt unterstützen kann. Da die Zuständigkeit für die schulische Sexuaufklärung bei den einzelnen Kantonen liegt, ist eine Harmonisierung der Themen und Inhalte nur begrenzt möglich.

Im Handlungsfeld HIV und andere STI hat eine verbindliche Programmsteuerung bisher gefehlt. Das NPHS überlässt die Entscheidung über die Umsetzung konkreter Massnahmen den einzelnen Akteuren im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten (BAG 2010: 13). Die bisherigen Erfahrungen mit dem Programm zeigen jedoch, dass z.B. die Koordination mit den Kantonen, innerhalb der Verbände und zwischen den regionalen Akteuren verbessert werden sollte, dass eine Gesamtsicht über den Stand der Programmumsetzung fehlt und dass die Stakeholder ein stärkeres Engagement hinsichtlich Governance und Leadership erwarten (Heuer 2014: 6). Wie sich die Steuerungssituation in anderen Handlungsfeldern präsentiert, wurde im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht systematisch untersucht.

Datenlage und Wissen

Anhand der vorgenommenen Situationsanalyse lässt sich festhalten, dass vor allem in den Bereichen der reproduktiven Gesundheit (Schwangerschaft und Geburt, Schwangerschaftsabbruch), der sexuell übertragbaren Krankheiten (v.a. HIV) und hinsichtlich polizeilich registrierter sexueller Straftaten eine gute, statistisch fundierte Datenlage besteht, um die entsprechende Situation abbilden zu können. Im Rahmen der HIV-Prävention wurde ein Surveillance-System aufgebaut, das Wissensgrundlagen zum epidemiologischen Geschehen und zu verschiedenen Verhaltensaspekten zumindest einzelner Zielgruppen (v.a. MSM, teilweise Migrantinnen und Migranten sowie Sexarbeitende) generiert. Diese erlauben es, massgeschneiderte Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen sowie auch auf festgestellte Veränderungen zu reagieren.

Demgegenüber bestehen zu diversen Themen und Fragestellungen Wissenslücken, welche es erschweren, eine fundierte Beurteilung der Situation vorzunehmen, Bedarf zu erkennen und gegebenenfalls Strategien und Massnahmen zu entwickeln:

Sexuelle Gesundheit in der Bevölkerung:

- Sexuelles Verhalten, Einstellungen zu und Erleben von Sexualität in der Allgemeinbevölkerung
- Zusammenhänge zwischen Sexualität bzw. sexueller Gesundheit und psychischer Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung
- Zusammenhänge zwischen sexueller und psychischer Gesundheit allgemein sowie Auswirkungen von Problemen der reproduktiven Gesundheit, Konfrontation mit sexualisierten Bildern und Stereotypen, risikoreichem Sexualverhalten, Beeinträchtigungen der Sexualität (z.B. durch Alter oder körperliche Beeinträchtigungen) auf die psychische Gesundheit
- Sexuelle Gesundheit von älteren Menschen und von Menschen mit Behinderung
- Sexuelle Gesundheit von Lesben, Bisexuellen, Transmenschen und Personen mit Geschlechtsvarianten
- Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik
- Wissen zu HIV und anderen STI sowie zu Testmöglichkeiten in der Allgemeinbevölkerung
- Risikoverhalten, Wissen über und Nutzung von Prophylaxe- und Testmöglichkeiten von HIV und anderen STI bei Sexarbeitenden und Migrantinnen und Migranten
- Wissen und Kompetenz in Fragen zu Sexualität in der Allgemeinbevölkerung und spezifisch bei Erziehungsberechtigten
- Situation bezüglich sexueller Ausbeutung im Kontext von Menschenhandel
- Prävalenz von sexuellem Missbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung

Angebote/Leistungen:

- Anzahl und Verbreitung, fachliche Ausrichtung und Hintergrund, konkrete Aktivitäten, Inanspruchnahme und Qualität von Angeboten der nicht-medizinischen Sexualberatung und -therapie
- Bedarfsgerechtigkeit, Inanspruchnahme und Qualität des Informations- und Beratungsangebots zu Themen der reproduktiven Gesundheit (v.a. pränatale Untersuchungen)
- Kompetenz zum Thema sexuelle Gesundheit bei Fachpersonen in Bildung, Jugendarbeit, Kinderbetreuung etc.
- Umfang, Inhalte und Qualität der schulischen Sexualaufklärung
- Ausserschulische Angebote und Aktivitäten der Bildung zur sexuellen Gesundheit

Konformität mit internationalem Kontext

Eine umfassende und systematische Gegenüberstellung der Schweizer Situation mit den Zielen und Stossrichtungen der verschiedenen strategischen Grundlagen auf internationaler Ebene (vgl. Abschnitt 2.2) kann am Rahmen des vorliegenden Berichts nicht geleistet wer-

den. Summarisch lässt sich jedoch festhalten, dass in der Schweiz in den meisten Zieldimensionen der Strategien und Aktionsplänen von UNO und WHO Strategien und Massnahmen grundsätzlich vorhanden sind. Dies betrifft im Wesentlichen die Bekämpfung und weitgehende Eindämmung von HIV und anderen STI und die Förderung der Chancengleichheit für alle bzw. für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch auf konzeptioneller Ebene: Im internationalen Diskurs (vgl. auch Kapitel 1) wird die sexuelle Gesundheit im Sinne der WHO-Definition zunehmend aus einer ganzheitlichen, systemischen Optik und abgestützt auf die sexuellen Rechte angegangen. So verfolgt die jüngste Strategie der UNAIDS (2015) einen multisektoriellen Ansatz und bezieht auch Fragen der Geschlechtergleichstellung, der sexuellen Gewalt und der Sexualaufklärung ein. In ähnlicher Weise adressiert das Zielsystem des Aktionsplans zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit des WHO-Regionalbüros für Europa (2016b; vgl. Tabelle 2-4) nicht nur die unmittelbare sexuelle und reproduktive Gesundheit, sondern auch die sexuellen und reproduktiven Rechte, die Sexualerziehung und die sexuelle Gewalt und die Förderung der Chancengleichheit. In der Schweiz hingegen wird die Thematik der sexuellen Gesundheit nach wie vor sektoral, im Rahmen weitgehend autonomer und wenig koordinierter Handlungsfelder (v.a. Gesundheitswesen, Bildungssystem, Gewaltprävention und Strafverfolgung) angegangen. Die zentrale strategische Grundlage im Bereich der sexuellen Gesundheit auf nationaler Ebene, das NPHS 2011-2017, orientiert sich zwar grundsätzlich an der WHO-Definition, fokussiert jedoch inhaltlich stark auf die Prävention und Bekämpfung von HIV und anderen STI (vgl. Abschnitt 2.3.2).

9 Ausländische Beispiele für nationale Programme

Das vorliegende Kapitel präsentiert drei aktuelle ausländische nationale Sexual-Health-Programme, die als Vorzeigebespielen für die Schweiz dienen können. Anhand von verschiedenen Hinweisen aus Fachliteratur, aus Sondierungsgesprächen mit Fachpersonen aus der Schweiz und seitens des WHO-Regionalbüros für Europa wurden dafür die Programme aus England, Irland und Finnland ausgewählt. Die Programme dieser Länder wurden aufgrund ihres breiten Geltungsbereichs, ihrer konzeptionellen Ansätze und ihrer Aktualität als interessante Anschauungsbeispiele bezeichnet. Ein weiteres Kriterium war, dass die Programme zum Zeitpunkt der Informationsbeschaffung mittels Berichtsdokumente, Präsentationen und Websites dokumentiert waren.⁸⁸

Die ausländischen Beispiele werden nachfolgend kurz vorgestellt. Nach einer kurzen Einführung werden der Aufbau, die Ziele und die wichtigsten Inhalte stichwortartig in Tabellenform zusammengefasst.

9.1 England

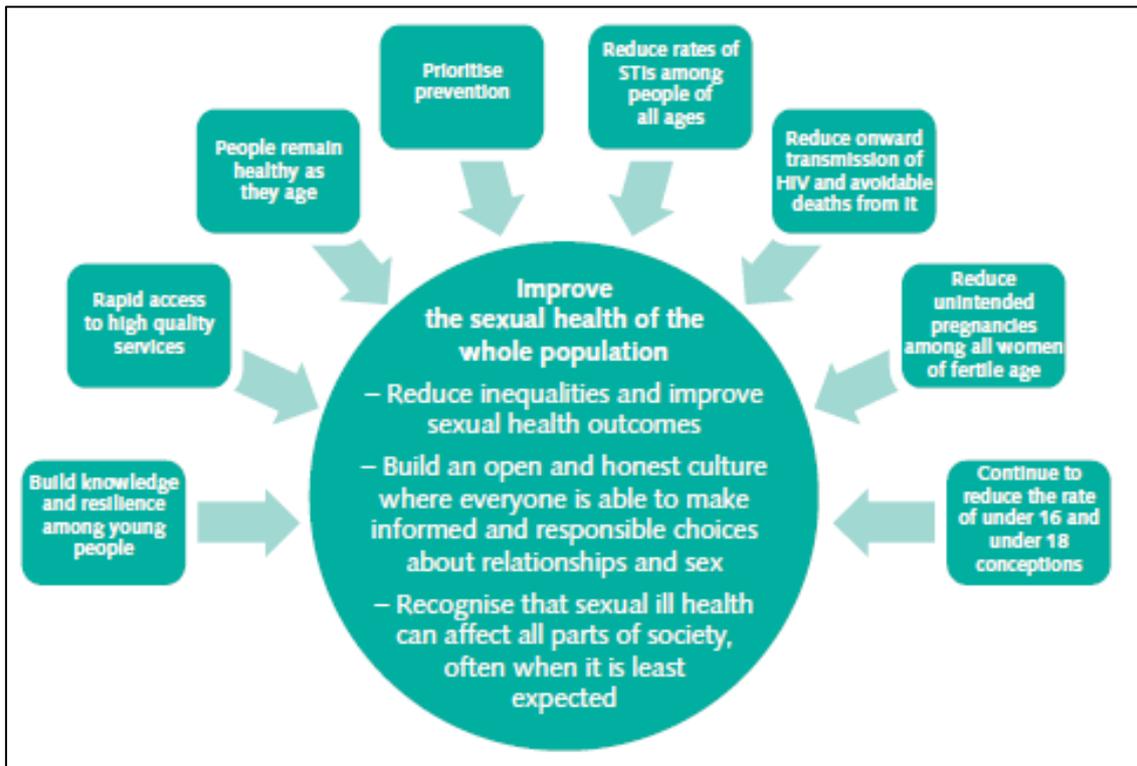
Das Framework for Sexual Health Improvement in England (Department of Health 2013) stellt einen best-practice Leitfaden dar, der sich an die Gesundheits- und Finanzbehörden sowie die Gesundheitsversorgung richtet. Das Programm ersetzt verschiedene andere bisherige Dokumente zur Prävention und sexuelle Gesundheit („Better Prevention“, „Better Services“, „Better Sexual Health“), insbesondere auch die Nationale Strategie für sexuelle Gesundheit und HIV.

Sexuelle Gesundheit im Sinne des englischen Konzepts umfasst „the provision of advice and services around contraception, relationships, sexually transmitted infections (STIs) (including HIV) and abortion“ (Department of Health 2013: 7).

Das Programm orientiert sich am Lebensverlauf-Ansatz (life course approach). Ausgehend von einer Situationsanalyse und einer Übersicht über die verschiedenen Thematiken der sexuellen Gesundheit und Ziele, die je nach Altersgruppe unterschiedlich sein können, werden Ziele für die gesamte Bevölkerung formuliert (generelle Prävention), aber gleichzeitig auch prioritäre Handlungsfelder festgelegt. Tabelle 8-1 fasst die zentralen Inhalte, Handlungsfelder und Ziele des Framework for Sexual Health Improvement in England zusammen. Abbildung 9-1 gibt die Schlüsselziele (key objectives) des Konzepts wieder.

⁸⁸ In verschiedenen Staaten wie Dänemark, Frankreich, Norwegen, Schweden und Spanien waren im Laufe von 2016 Programme zur sexuellen Gesundheit in Arbeit, allerdings waren zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine offiziellen Dokumente oder Informationen dazu verfügbar.

Abbildung 9-1: Schlüsselziele des Framework for Sexual Health Improvement in England



Quelle: Department of Health (2013: 10)

Tabelle 9-1: Inhalte des Framework for Sexual Health Improvement in England

Situationsanalyse

Hinsichtlich folgender Indikatoren wurde die Situation als unbefriedigend beurteilt:

- Ungeplante Schwangerschaften
- HIV-Neuinfektionen und Zeitpunkt der Diagnose
- Infektionsraten Syphilis
- Behandlung von Gonorrhoe wird schwieriger (Antibiotikaresistenz)
- Abtreibungen (mehrfache; nach einer vorhergehenden Lebend- oder Totgeburt)
- Weibliche Opfer von Sexualstraftaten
- Verwendung von Präservativen im Vergleich zu anderen europäischen Staaten sowie Nordamerika

Sexuelle Gesundheit nach Altersgruppen

Sexuelle Gesundheit bis 16 Jahre

Ziel: Wissen und Resilienz bei jungen Menschen aufbauen:

- Alle Kinder und Jugendlichen erhalten zuhause, in der Schule und in der Gemeinschaft eine qualitativ gute Bildung zu Sexualität und Beziehungen
- Alle Kinder und Jugendlichen wissen, wie Hilfe aufsuchen, und haben Zugang zu vertraulicher Beratung und Unterstützung zum Wohlbefinden, zu Beziehungen und sexueller Gesundheit
- Alle Kinder und Jugendlichen verstehen die Konzepte der Einvernehmlichkeit, Einvernehmlichkeit im Bereich der Sexualität und Fragen im Zusammenhang mit missbräuchlichen Beziehungen
- Junge Menschen verfügen über das Selbstvertrauen und die emotionale Resilienz, um die Vorteile von gesunden, liebevollen Beziehungen und der Hinauszögerung von Geschlechtsverkehr zu verstehen.

Spezifische Teilbereiche:

- Bildung zu Sexualität und Beziehungen
- Einvernehmlichkeit, Vertraulichkeit und Schutzmassnahmen
- Sexualisierung von Kindern
- Jungs und junge Männer
- Aufbau von Resilienz
- Entwicklungsprogramm Schulkrankenpflege

Jugendliche zwischen 16 und 24 Jahren

Ziel: Sexuelle Gesundheit junger Erwachsener verbessern:

- Alle jungen Menschen sind in der Lage, gut informierte und verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen, Fragen zu Einvernehmlichkeit und Vorteile stabiler Beziehungen zu verstehen und sind sich der Risiken von ungeschütztem Geschlechtsverkehr bewusst
- Prävention wird priorisiert
- Alle jungen Menschen verfügen über einen raschen und einfachen Zugang zu angemessenen Versorgungsleistungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit
- Den Bedürfnissen aller junger Leute hinsichtlich sexueller Gesundheit wird unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung Rechnung getragen

Personen zwischen 25 und 49 Jahren

Ziel: Alle Erwachsenen haben Zugang zu Versorgungsleistungen und Informationen von hoher Qualität:

- Personen verstehen die Bandbreite an Verhütungsmitteln und wo diese erhältlich sind
- Personen mit Kindern wissen, wo sie Informationen und Beratung dazu erhalten, wie sie mit ihren Kindern über Beziehungen und Sex sprechen können
- Personen mit zusätzlichen Bedürfnissen sind identifiziert und werden unterstützt
- Personen und Gemeinschaften verfügen über Informationen und Unterstützung betreffend Zugang zu Tests, früheren Diagnosen und Prävention von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten

Personen über 50 Jahre

Ziel: Die Personen bleiben gesund, während sie altern:

- Personen jeden Alters verstehen die für sie spezifischen Risiken und wie sie sich schützen können
- Ältere Personen, bei denen HIV diagnostiziert wurde, haben Zugang zu allen zusätzlichen gesundheitlichen und sozialen Behandlungsleistungen, die sie brauchen
- Personen mit anderen gesundheitlichen Problemen physischer Art, die ihre sexuelle Gesundheit beeinträchtigen, erhalten die notwendige Unterstützung

Generelle Prävention

Prävention: Ziele:

- Aufbau einer Kultur der sexuellen Gesundheit, die Prävention in den Vordergrund stellt und Verhaltensänderungen unterstützt
- Förderung von „Safer-Sex“, inkl. Verwendung von Verhütungsmitteln und Präservativen
- Höhere Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Tests, um Übertragungen zu verringern
- Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen und Fachpersonen aus anderen relevanten Bereichen (insbesondere diejenigen, die mit vulnerablen Gruppen arbeiten) betreffend sexueller Gesundheit

Spezifische Teilbereiche:

- Stigmata und Gefühle der Verlegenheit
 - Konsum von Alkohol und Drogen
 - Vulnerable Gruppen
 - Female Genital Mutilation (FGM)
 - Prostitution
 - Menschen mit Lernbehinderungen
-

-
- Opfer sexueller Gewalt
 - Lesbische, schwule, bisexuelle und transsexuelle Personen
 - Obdachlose Personen

Prioritäre Handlungsfelder (zusätzlich zur allgemeinen Prävention)

Sexuell übertragbare Krankheiten

Ziel: Verminderung von Infektionen durch sexuell übertragbare Krankheiten in der Gesamtbevölkerung.

- Personen verstehen die verschiedenen sexuell übertragbaren Krankheiten und die möglichen damit verbundenen Folgen.
- Personen wissen, wie das Übertragungsrisiko vermindert werden kann.
- Personen haben Zugang zu unverzüglichen, vertraulichen Tests und angemessenen Versorgungsleistungen hoher Qualität - inkl. Benachrichtigung von Partnerinnen/Partnern – und wissen, wo sie diese nachfragen können.
- Personen, die sich auf andere sexuell übertragbare Krankheiten testen lassen, wird angeboten, auch einen HIV-Test durchzuführen.

Spezifische Teilbereiche:

- Nationales Screening-Programm betreffend Chlamydien
 - HIV (Primärprävention, HIV-Tests, Erstmanifestation einer HIV-Infektion, Behandlung)
-

Verhütung und ungewollte Schwangerschaften

Ziel: Verminderung ungewollter Schwangerschaften bei allen Frauen im gebärfähigen Alter

- Wissen und Bewusstsein für alle Verhütungsmethoden bei allen Bevölkerungsgruppen verbessern
- Zugang zu allen Verhütungsmethoden für Frauen jeden Alters und ihre Partner verbessern, inkl. langanhaltende reversible Verhütung (LARC) und Notfallverhütung

Spezifische Teilbereiche:

- Abtreibung
 - Wiederholte Abtreibung und ungewollte Schwangerschaft nach Geburt eines Kindes
 - Beratung vor und nach der Abtreibung
 - Prävention von Schwangerschaften bei Teenagern
-

9.2 Irland⁸⁹

Die im Oktober 2015 vorgelegte National Sexual Health Strategy (Healthy Ireland 2015) ist das erste nationale Rahmenwerk zur sexuellen Gesundheit in Irland. Sie löst frühere regionale Sexual Health-Strategien und nationale Strategien zu spezifischen Themen der sexuellen Gesundheit ab. Sie bettet sich in das umfassende Rahmenkonzept Healthy Ireland – A Framework for Improved Health and Wellbeing 2013–2025 ein und soll dessen Zielerreichung im Bereich der sexuellen Gesundheit unterstützen. Entstanden ist die Strategie auf Empfehlung des National AIDS Strategy Committee, das einen Bedarf für die Etablierung eines federführenden Akteurs im Bereich der sexuellen Gesundheit identifiziert hat. Sie richtet sich an Gesundheitsbehörden der öffentlichen Hand, Spital-Gruppen, kommunale Gesundheitsversorgungsorganisationen und Grundversorger.

⁸⁹ Siehe auch <http://health.gov.ie/healthy-ireland/national-sexual-health-strategy-2015-2020/>

Im Bereich sexuelle Gewalt bestand mit der National Strategy on Domestic, Sexual and Gender-based Violence, 2010-2014 bereits eine Strategie, an der sich Policy-Dokumente der HSE (Health Service Executive, für die öffentliche Gesundheit zuständige Behörde Irlands) orientiert haben. Da für den Bereich der sexuellen Gewalt bereits eine Nachfolgestrategie in Arbeit war, als die National Sexual Health Strategy entwickelt wurde, stellt diese lediglich den Bedarf an Koordination fest.

Die Strategie orientiert sich an der WHO-Definition sexueller Gesundheit. Sie formuliert als Vision dass alle Personen in Irland eine positive sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden erfahren können und Zugang zu Information, Bildung und Angeboten von hoher Qualität im Bereich sexueller Gesundheit haben. Sie verfolgt einen Lebensverlaufs-Ansatz, der davon ausgeht, dass die Herausbildung einer gesunden Sexualität in Kindheit und Jugend eine wichtige Grundlage für positive sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden im Erwachsenenalter und im höheren Alter legt.⁹⁰

Die drei Hauptziele der Strategie sind (Healthy Ireland 2015: 17f.):

- Sicherstellen, dass jedermann Zugang zu angemessener Bildung und Information über sexuelle Gesundheit hat;
- Sicherstellen, dass Angebote im Bereich sexueller Gesundheit von hoher Qualität verfügbar und bezahlbar sind;
- Sicherstellen, dass sich die Angebote und Dienste an guten Daten orientieren können.

Ausgehend von einer Situationsanalyse formuliert die Strategie Ziele und 71 Empfehlungen in den drei Bereichen Gesundheitsförderung, Bildung und Prävention; Angebote/Dienstleistungen und Wissen zu sexueller Gesundheit. Die Empfehlungen richten sich an verschiedene Partner und die HSE und bilden die Grundlage für konkretisierende Aktionspläne, welche die Prioritäten für zwei Umsetzungsphasen (2015-2016 und 2017-2020) festlegen.

Tabelle 9-2 fasst die zentralen Inhalte, Handlungsfelder und Ziele der irischen National Sexual Health Strategy zusammen. Zu jedem Themenbereich innerhalb eines Handlungsfelds findet sich eine Reihe von konkreten Empfehlungen.

Tabelle 9-2: Inhalte der irischen National Sexual Health Strategy

Situationsanalyse

Folgende Indikatoren wurden zur Beurteilung der Situation beigezogen:

- Sexuelle Aktivität (Alter und Anzahl verschiedene Partnerinnen/Partner)
- Verwendung von Verhütungsmitteln
- Einstellungen und Kultur: Schamgefühle behindern Aufklärung, Information über sexuelle Gesundheit und die Inanspruchnahme von Leistungen und können z.B. späte Diagnosen von HIV, verheim-

⁹⁰ <http://www.healthyireland.ie/health-initiatives/sexual-health/> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

- lichte Schwangerschaften etc. begünstigen.
- Zunahme von STI seit 1995; am meisten betroffen sind Personen unter 25 Jahren und MSM; Problem später Diagnosen v.a. bei MSM
- Ungeplante und unerwünschte Schwangerschaften, Schwangerschaftsambivalenz, Teenager-Schwangerschaften
- Risiko- und vulnerable Gruppen
- Aufklärung durch die erziehungsberechtigten Personen, in der Schule, in ausserschulischen Settings
- Sexuelle Gewalt (Koordination mit entsprechender Strategie)

Ziele und Empfehlungen

Förderung der sexuellen Gesundheit, Bildung und Prävention

Ziel: Alle in Irland lebenden Personen erhalten umfassende und altersgerechte Bildung zur sexuellen Gesundheit und/oder Informationen und haben Zugang zu geeigneten Diensten, der Prävention und Gesundheitsförderung

<i>Themenbereiche</i>	<i>Empfehlungen (Auswahl)</i>
Entwickeln einer unterstützenden kulturellen Umgebung für sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden (z.B. Sensibilisieren für die geltenden rechtlichen Bestimmungen, Abbau von Barrieren in der Kommunikation über Sex und Sexualität)	Offenheit in Bezug auf sexuelle Gesundheit fördern; gesetzlichen Kontext für Angebote analysieren; Kommunikationsstrategie entwickeln, um Entwicklungen und Prioritäten im Thema aufzuzeigen
Sexuelle Bildung für Kinder und Jugendliche (Rolle der Eltern, der Schule und ausserschulischen Settings)	Zugang zu altersgerechten und vertrauenswürdigen Informationen und Unterstützung; Themen wie Stigma, Homophobie, Gender, Behinderung, Behinderung Sucht etc. ansprechen; Eltern unterstützen; Auswirkungen von vorzeitiger Sexualisierung und Pornografie ansprechen; staatliche Bildungsprogramme evaluieren; Lehrpersonen ausbilden; Information über Angebote; aufsuchende Arbeit; Unterstützung für auserschulische Beratung
Sexuelle Gesundheit bei Erwachsenen (Beratungsangebote, Kampagnen etc.)	Information; zugängliche Schwangerschaftsberatung, STI/HIV-Tests und andere Unterstützungs- und Beratungsangebote; sexuelle Gesundheit in Public Health Kampagnen integrieren
Risiko- und vulnerable Gruppen	Zielgruppenspezifische Massnahmen entwickeln; Kampagnen und Interventionen inklusiv und diversitätssensibel gestalten; positive Prävention, Zugang zu Verhütung etc.; Verknüpfung mit anderen Strategien
Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen im Gesundheitsbereich und Bereichen, die Themen der sexuellen Gesundheit in ihre Tätigkeit einbringen können	Diversitätssensibilität; Verbindungen zwischen sexueller Gesundheit und anderen Themen
Prävention durch klinische Interventionen (Impfungen, Tests, Screening, Behandlung)	Hepatitis B- und HPV-Impfprogramme; Akzeptanz und Wirksamkeit von HIV und STI-Test untersuchen; Guidelines für HIV- und STI-Tests; HIV-Erkennung fördern, Stigmatisierung und Diskriminierung abbauen; Guidelines für antiretrovirale Therapie; Partnerinformation und Rückverfolgung stärken

Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit

Ziel: Angemessene und zugängliche Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit sind von hoher Qualität, auf den Bedarf zugeschnitten und für alle verfügbar.

<i>Themenbereiche</i>	<i>Empfehlungen (Auswahl)</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Zugang, Qualität, Effizienz und Integration von Angeboten stärken – Bedarf an Angeboten ermitteln und Angebote entwickeln – Technologieeinsatz – Labordienste 	Universellen Zugang sicherstellen, organisatorische Massnahmen; Qualitätsstandards und Performance-Indikatoren; Wissenstransfer; Kompetenzprofile erarbeiten; „Nutzerpfade“ formalisieren oder entwickeln; Bedarfsabklärung; Angebotsübersicht; Versorgungsmodelle; Laborkapazitäten stärken etc.

Wissen über sexuelle Gesundheit

Ziel: Informationen zu sexueller Gesundheit, die zuverlässig und von hoher Qualität sind, werden zur Unterstützung von Policy, Praxis, Planung der Dienste und strategischem Monitoring erstellt.

Themenbereiche und Empfehlungen:

- Informationsbasis zum Wissen, den Einstellungen und zum Verhalten in Bezug auf sexuelle Gesundheit vergrössern
- Definition eines Sets internationaler Indikatoren zur sexuellen Gesundheit als Massstab für Fortschritte und Wirkungen
- Systematische Sammlung, Analyse und Verbreitung von Informationen zu HIV und STIs, um die burden of disease zu bestimmen, Präventionsprogramme zu erstellen etc.
- Systematisches Monitoring von Indikatoren zu ungeplanten/unerwünschten Schwangerschaften, Schwangerschaftsambivalenz
- Wissenstransfer und -austausch
- Informationsbasis zu Leistungen der sexuellen Gesundheit verbessern
- Aufbau eines Monitorings zur wirkungsvollen Steuerung der Strategie sexuelle Gesundheit

9.3 Finnland

Der finnische Aktionsplan „Promote, prevent, influence – action programme for the promotion of sexual and reproductive health 2014–2020“ (Klemetti/Raussi-Lehto 2016)⁹¹ führt den Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit 2007–2011 weiter. Er wurde in Zusammenarbeit mit ExpertInnen und Organisationen aktualisiert. Der Aktionsplan zielt darauf ab, die sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Bevölkerung zu fördern und dabei gesundheitliche und soziale Ungleichheiten zu vermindern. Er will das Bewusstsein für das Thema erhöhen, die Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit weiterentwickeln und die sexuelle Bildung stärken. Dies erfolgt über mehr Information, verstärkte Zusammenarbeit und die Entwicklung von entsprechenden Angebo-

⁹¹ Die Verfasserinnen stellten eine provisorische englische Übersetzung dieses Dokuments zur Verfügung. Weitere Informationen zum Aktionsplan in englischer Sprache finden sich auf der Website der finnischen Gesundheitsbehörde (<https://www.thl.fi/en/web/sexual-and-reproductive-health/what-s-new/action-plan>) [Letzter Zugriff: 15.3.2017].

ten. Der Aktionsplan soll die ganze Bevölkerung aller Altersgruppen erreichen und in Schule, Lehre und Ausbildung sowie in der Gesundheits- und Wohlfahrtsförderung einbezogen werden (Klemetti 2016: 41; www.thl.fi).

Der Aktionsplan orientiert sich an der WHO-Definition sexueller Gesundheit. Er gliedert sich entlang verschiedener Themenkapitel, die eingangs die Situation in Finnland darlegen (rechtlich, organisatorisch, Prävalenz, Trends, Stand der Forschung etc.), Herausforderungen und Bedürfnisse skizzieren und schliesslich jeweils Ziele und Massnahmen beschreiben. Ein eigenständiges Kapitel ist den sexuellen und reproduktiven Rechten gewidmet. Neben der Weiterführung und Weiterentwicklung der bisherigen Aktivitäten setzt der Aktionsplan vier prioritäre Themenschwerpunkte: Jugendliche und sexuelle Bildung; verstärkte Ausrichtung von Angeboten auf Jungen und Männer; gute Geburten und Umgang mit Multikulturalismus.

Tabelle 9-3 bietet den Überblick über die im Aktionsplan behandelten Themenfelder. Aufgrund der grossen Zahl von über 100 Zielen und mehr als 200 Massnahmen wird darauf verzichtet, diese wiederzugeben oder zusammenzufassen.

Tabelle 9-3: Inhalte des finnischen Aktionsplans für sexuelle und reproduktive Gesundheit

Situationsanalyse⁹²	
<ul style="list-style-type: none"> - Gleichstellung ist nicht vollumfänglich verwirklicht. Die Bedürfnisse von sexuellen und Gender-Minderheiten, Einwanderern und Menschen mit Behinderung sollten stärker beachtet werden. - Hohes Niveau der perinatalen und Säuglings-Gesundheit - Tiefe Mütter- und Säuglingssterblichkeit - Abnehmende Abtreibungsrate - Teenage-Schwangerschaften sind selten - Tiefe Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten: Chlamydien am häufigsten (244 neue Fälle pro 100'000 Einwohner), Gonorrhoe 5.3, Syphilis 3.7, HIV 3.3 (181 Neuansteckungen) - Wenig Wissen über Einsatz von Verhütungsmethoden. 20% der 14-15-Jährigen hatten Geschlechtsverkehr, 65% verwendeten dabei ein Kondom. 14-18% der 13-16-Jährigen und 7-13% der 17-19-Jährigen verhüten nicht. - Gewalt gegen Frauen, sexuelle Gewalt und sexuelle Gewalt sind verbreitet. 20% der Bevölkerung hat Gewalt- oder Bedrohungserfahrungen gemacht, 47% der Frauen berichten, körperliche oder sexuelle Gewalt erlitten zu haben 	
Inhalte	
<i>Themenfeld</i>	<i>Unterthemen</i>
Bewusstsein für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Sexual- und Fortpflanzungsverhalten	
(Formale) Bildung zu sexueller Gesundheit	Sexualaufklärung auf nationaler Ebene Sexualaufklärung und Beratung (guidance and counselling)

⁹² Die Zusammenfassung der Situationsanalyse ist nicht dem Aktionsplan entnommen, sondern basiert auf Klemetti (2016).

Sexuelle Bildung	Kinder und Jugendliche Angebote in sexueller und reproduktiver Gesundheit für junge Menschen Junge Erwachsene Erwachsene Ältere Bevölkerung Gruppen mit besonderen Bedürfnissen
Multikulturalismus	Bedarf an Leistungen unter traditionellen Minderheiten Entwicklung Spezifische Einflussfaktoren auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Personen mit Migrationshintergrund Bei der Planung von Dienstleistungen zu beachtende spezifische Aspekte
Präkonzeptionelle Gesundheit, Versorgung und Beratung	
Unerfüllter Kinderwunsch	
Schwangerschaft	
Geburt und Wochenbett	Trends Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe Geburt und unmittelbare postnatale Versorgung Kürzere Spitalaufenthalte und frühere Spitalaustritte Postnatale Depression Nachgeburtliche Untersuchungen und Prävention postnataler Depressionen
Verhütung	Verwendung von Verhütungsmitteln Ungeplante Schwangerschaft Dienstleistungen zum Thema Verhütungen
Schwangerschaftsabbruch	
Sexuell übertragbare Krankheiten	Prävalenz Prävention von Infektionen Testung und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten
Zusammenhänge zwischen sexueller und reproduktiver Gesundheit und psychischer Gesundheit	
Sexuell anstössige Gewalt	Prävalenz Auswirkungen von Gewalt Prävention und Hilfe Erziehung zu Gewaltfreiheit
Forschung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit	Forschungsfeld in Finnland Herausforderungen und Finanzierung Forschungsprogramm
Entwicklung und Unterstützung professioneller	Ausbildung von Bildungspersonal

Kompetenzen	Ausbildung von Lehrpersonal in Berufsschulen für Sozial- und Gesundheitsberufe Ausbildung von Sozial- und Gesundheitsfachpersonen Behandlungsempfehlungen und Unterstützungsmaterialien für Fachpersonen
Entwicklung von Statistiken und Monitoringsystemen	Datenerhebung und Berichterstattung Entwicklung von Erhebungen und Berichterstattung von Statistiken und Monitoringindikatoren Internationale Statistiken
Zuständigkeiten, Kooperation und Koordination	National, regional, lokal
Umsetzung und Unterstützung des Aktionsplans	Schlüsselakteure Kommunikation Einführung und Unterstützung Monitoring und Evaluation der Umsetzung

Zu verschiedenen Themen des Aktionsplans hat das National Institute for Health and Welfare (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; THL) so genannte „Know and act“-Karten publiziert. Es handelt sich dabei um zweiseitige A4-Broschüren zuhanden von Entscheidungsträgern und Fachpersonen. Sie decken folgende Themenbereiche ab:

- Hebammen und Pflegefachpersonen in der Geburtshilfe: Geburt und die postnatale Phase
- Prävention der weiblichen Beschneidung
- Sexuelle Bildung ist ein Menschenrecht
- Reproduktive Gesundheit von Heranwachsenden, Männern und Frauen als selbstverständlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung
- Intime Beziehungen unterstützen

Neben dem Aktionsplan für sexuelle und reproduktive Gesundheit bestehen spezifische Aktionspläne zur Verminderung von Gewalt gegen Frauen und zur Prävention der weiblichen Genitalverstümmelung.⁹³

⁹³ <https://www.thl.fi/en/web/sexual-and-reproductive-health> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]

Dokumente und Literatur

- April, Kurt und Bitzer, Johannes (2014). „Sexuelle Gesundheit in der ärztlichen Praxis – Call to Action“, 2 Teile, in Schweizerisches Medizin-Forum 2014;14(40); 742–746 und 2014;14(41); 760–763.
- Archimi, Aurélie et al. (2016). Geschlechtsverkehr und Verhütung bei den Jugendlichen in der Schweiz. Fact Sheet. www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_314.pdf [Letzter Zugriff: 17.5.2017]
- Averdijk, Margit; Müller-Johnson, Katrin und Eisner, Manuel (2011). Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Zürich: UBS Optimus Foundation.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2009). Nationales HIV & STI-Programm 2011-2015: Auswertung des Stakeholder-Inputs. [Letzter Zugriff: 15.3.2017]
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2010). Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2011). Sex unter Männern: Für eine bessere sexuelle Gesundheit 2012. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013a). Kaiserschnittgeburten in der Schweiz: Synthese wissenschaftlicher Analysen. Grundlagenbericht zur Beantwortung des Postulats Maury Pasquier (08.3935). Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013b). Nationales Programm Migration und Gesundheit. Bilanz 2008–13 und Schwerpunkte 2014–17. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013c). Migrationsgerechte Angebote im Bereich reproduktive Gesundheit und frühe Kindheit in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme von Projekten, Massnahmen und Arbeitsmethoden. Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015a). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bern: BAG/GDK/Gesundheitsförderung Schweiz.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015b). HIV- und STI-Fallzahlen 2014. BAG-Bulletin 21, 18. Mai 2015; 341-374.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015c). Jahresbericht 2014: Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS 2011-2017). Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015d). Faktenblatt „Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz NPG“ (Stand: August 2015). www.gesundheit2020.ch
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016a). Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2016+: Rahmenkonzept für die HIV/STI-Prävention. Bern: BAG.

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.; 2016b). Suizidprävention in der Schweiz. Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan. Bern: BAG/GDK/Gesundheitsförderung Schweiz.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016c). Jahresbericht 2015: Umsetzung des Nationalen Programms HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS 2011-2017). Bern: BAG.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2016d). HIV, Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2015: eine epidemiologische Übersicht. BAG-Bulletin 46 vom 14. November 2016; 12-36.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit und GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016). Nationale Strategie Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024. Bern: BAG/GDK.
- Berrut, Sylvie (2016). Les lesbiennes en consultation gynécologique: enquête qualitative en Suisse romande. Masterarbeit, Université de Genève : Faculté de médecine.
- BFM – Bundesamt für Migration (2014). Schutzmassnahmen für Frauen im Erotikgewerbe. Bericht der nationalen Expertengruppe. Bern: BFM.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2014a). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2014b). Gesundheit von Müttern und Neugeborenen in der Migrationsbevölkerung. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2015). Bestandesaufnahme der Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz. Neuchâtel: BFS.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2016). Schweizerischer Krebsbericht 2015. Stand und Entwicklungen. Neuchâtel: BFS.
- Bühr, Sybille (2009). Bestandesaufnahme bei den Beratungsstellen für Schwangerschaft und Familienplanung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Birri, Marisa (2014). FGM in der Schweiz. Bestandesaufnahme über die Massnahmen gegen weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz in den Bereichen Prävention, Unterstützung und Schutz. Kurzfassung. Bern: Terre des Femmes Schweiz.
- Bize, Raphael et al. (2011). „Vers un accès à des soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres“, in *Revue Médicale Suisse* 2011/7; 1712-1717.
- Bize, Raphaël; Koutaissoff, Daria und Dubois-Arber, Françoise (2013). Situation des personnes transgenres par rapport au VIH/IST en Suisse: Rapid assessment. Raisons de santé 209. Lausanne: Institut universitaire de médecine préventive et sociale.
- BJ – Bundesamt für Justiz (2015a). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt vom 11. Mai 2011 (Istanbul-Konvention) – Vorentwurf und Erläuternder Bericht. Bern: BJ.

- BJ – Bundesamt für Justiz (2015b). Bundesgesetz über die Verbesserung des Schutzes gewaltbetroffener Personen. Erläuternder Bericht zum Vorentwurf. Bern: BJ.
- Block, Karin und Matthiesen, Silja (2007). Teenagerschwangerschaften in Deutschland - Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei Schwangerschaften minderjähriger Frauen. Frankfurt am Main: Pro Familia.
- Bodmer, Nancy M.(2009). Jugendsexualität heute: Studie zu Verhaltensweisen, Einstellungen und Wissen, in Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ; Hrsg.), Jugendsexualität im Wandel der Zeit. Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven; S. 29-47.
- Bodmer, Nancy M. (2013). Psychologie der Jugendsexualität. Theorie, Fakten, Interventionen. Bern-Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber.
- Bolliger, Christian (2016). „Sozialwissenschaftliche Befunde“, in Brauer, Susanne et al. (2016). Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. TA-SWISS, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (Hrsg.). Zürich: vdf Hochschulverlag ETH Zürich; 85-159.
- Borchard, Annegret und Spycher, Stefan (2014). „Die Umsetzung der Strategie Gesundheit2020“, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2014; 162-165.
- Brauer, Susanne et al. (2016). Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. TA-SWISS, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (Hrsg.). Zürich: vdf Hochschulverlag ETH Zürich.
- Bruggmann, Philip (2016a). „Die Hepatitis-C-Epidemiologie in der Schweiz und die Rolle der Grundversorgung“, in Praxis 2016; 105 (15); 885-889
- Bruggmann, Philip (2016b). Hepatitis: Aktuelle Situation in der Schweiz. Präsentationsfolien. http://www.infodrog.ch/tl_files/templates/InfoDrog/user_upload/hepatitis-c-2016/2_Bruggmann.pdf [Letzter Zugriff: 27.4.2017]
- Buffat, Juliette (2006). Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ?, in Revue Médicale Suisse 2006/2 ; 798-801.
- Bugnon, Géraldine; Chimienti, Milena und Chiquet, Laure (2009). Marché du sexe en Suisse. Etat des connaissances, best practices et recommandations. Volet 3 – Mapping, contrôle et promotion de la santé dans le marché du sexe en Suisse. Genève: Université de Genève, Département de sociologie.
- Bundesrat (2009). Bericht über Gewalt in Paarbeziehungen. Ursachen und in der Schweiz getroffene Massnahmen (in Erfüllung des Postulats Stump 05.3694 vom 7. Oktober 2005).
- Bundesrat (2012). Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007.

- Bundesrat (2014). Botschaft zur Volksinitiative «Schutz vor Sexualisierung in Kindergarten und Primarschule» vom 28. November 2014 (14.092).
- Bundesrat (2015a). Prostitution und Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.4162 Streiff-Feller, 13.3332 Caroni, 13.4033 Feri und 13.4045 Fehr.
- Bundesrat (2015b). Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier (12.3966) vom 24.6.2015.
- Bundesrat (2015c). Sexuelle Verstümmelung an Frauen. Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen. Bericht des Bundesrats in Erfüllung der Motion Bernasconi (05.3235).
- Bundesrat (2015d). Jugend und Gewalt. Stand der Prävention und Zusammenwirken mit Intervention und Repression.
- Bundesrat (2015e). Jugend und Medien. Zukünftige Ausgestaltung des Kinder- und Jugendmedienschutzes der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion Bischofberger 10.2466 „Effektivität und Effizienz im Bereich Jugendmedienschutz und Bekämpfung von Internetkriminalität“.
- Bundesrat (2015f). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015.
- Bundesrat (2016). Recht auf Schutz vor Diskriminierung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Naef 12.3543 vom 14. Juni 2012 vom 25. Mai 2016.
- CLASS/SGCH – Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales / Sexuelle Gesundheit Schweiz (2016). Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle : guide pour une politique cantonale. CLASS/SGCH.
- Derungs Flurina et al. (2014). Gleichstellung von Frau und Mann. Aktionsplan der Schweiz. Bilanz 1999-2014. Bern: Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Department of Health (2013). A Framework for Sexual Health Improvement in England.
- Healthy Ireland (2015). National Sexual Health Strategy 2015–2020 and Action Plan 2015–2016. Dublin: Department of Health.
- ECRI – Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz (2014). ECRI - Bericht über die Schweiz (fünfte Prüfungsrunde). Strasbourg: Europarat.
- EDI – Eidgenössisches Departement des Innern (2013). Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: EDI.
- EDA – Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten und EDI – Eidgenössisches Departement des Innern (2012). Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik. Bern: EDA/EDI.

- EKKJ – Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (2008). 3 Minuten für die Jungen – Jugendsexualität 2008 – Aufklärung tut Not. Bern: EKKJ.
- EKKJ – Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (2009). Jugendsexualität im Wandel der Zeit – Veränderungen, Einflüsse, Perspektiven. Bern: EKKJ.
- EKSG – Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (2015). Sexuelle Gesundheit – eine Definition für die Schweiz.
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/p-und-p/eksg/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz.pdf.download.pdf/sexuelle-gesundheit-definition-schweiz.pdf> [Letzter Zugriff: 15.3.2017]
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) und WHO Regional Office for Europe (2015). HIV/AIDS surveillance in Europe 2014. Stockholm: ECDC.
- Fässler, Sarah et al. (2015). Literaturstudie und Bestandsaufnahme zu Sekundär- und Tertiärprävention bei Suizidalität: Früherkennung und Angebote im nicht-medizinischen und medizinischen Setting. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Sektion Nationale Gesundheitspolitik. Luzern: Interface Politikstudien.
- Frey, Kathrin, et al. (2016). Measurement of the effectiveness of Break the Chains 2015. Main results and recommendations on behalf of the Federal Office of Public Health and the Swiss Aids Federation. Zurich/Lausanne: Department of Political Science and Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, University of Zurich and Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV.
- Garcia Nuñez, David und Jäger, Matthias (2011). „Die sexuelle Gretchenfrage: homo- und bisexuelle Menschen im ärztlichen Setting“, in Schweizerisches Medizin-Forum 2011;11(12); 213–217.
- Gehrig, Matthias; Calderón, Ruth; Guggisberg, Jürg; Gardiol, Lucien (2012). Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: BASS.
- Gloor, Elodie et al. (2011). „Travailleuses du sexe: un accès aux soins limité?“, in Revue Médicale Suisse 2011/7; 1428-1432.
- Grohmann Irene; Hausammann, Christina und Vinogradova, Olga (2014): Institutionelle Verankerung von LGBTI-Themen in der Schweiz. Umsetzung der Empfehlung CM/Rec(2010)5 des Ministerkomitees des Europarats. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte SKMR.
- Hausammann, Christina und Schnegg, Brigitte (2013). Umsetzung der Menschenrechte in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme im Bereich der Geschlechterpolitik. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.

- Heuer, Christine (2014). Midterm-Check (MTC) Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017. Synthesebericht zu den beiden Teilprojekten 1 und 2. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- IPPF – International Planned Parenthood Federation (2008). Sexual Rights: An IPPF declaration. London: IPPF.
- Jeannin, André; Locicero, Stéphanie und Dubois-Arber, Françoise (2013). Verhaltensmonitoring zu Sexualverhalten und Kondomgebrauch bei 18- bis 20-Jährigen. BAG-Bulletin 47, 18. November 2013; 854-856.
- Kälin, Walter und Locher, Reto (2015). Der Zugang zur Justiz in Diskriminierungsfällen. Synthesebericht. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.
- Karlegger, Annelies et al. (2014). Opferhilfe: Befragung zur Öffentlichkeitsarbeit der Kantone und über den Kenntnisstand der Bevölkerung. Bern: Bundesamt für Justiz.
- Kessler, Claudia; Weiss, Svenja und Stucki, Christina (2009). Nationales HIV/Aids & STI Programm: Webbasierte Stakeholderbefragung 2009. Basel/Bern: Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit/Schweizerisches Tropeninstitut/BAG.
- Klemetti, Reija (2016). „Sexual and reproductive rights, health and services in Finland“. Präsentation vom 29.4.2016. <http://de.slideshare.net/THL.fi/sexual-and-reproductive-rights-health-and-services-in-finland>
- Klemetti, Reija und Raussi-Lehto, Eija (2016). Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveiden toimintaohjelma 2014–2020. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (National Institute for Health and Welfare).
- König, Claudia und Pehlke-Milke, Jessica (2010). Bestandesaufnahme des Betreuungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebots für Wöchnerinnen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kübler, Daniel et al. (2015). Fourth Report of the Surveillance Working Group. Zürich: Federal Commission for Sexual Health.
- Kunz, Daniel und Bürgisser, Titus (2007). Sexualpädagogik und Schule – eine Situationsanalyse. Luzern: Pädagogische Hochschule Zentralschweiz.
- Kunz, Daniel und Freigang, Detlev (2016). Datengestützte Beantwortung von Fragen bzw. Identifizierung von Forschungslücken zu Themen von Beziehung, Sexualität und sexueller Gesundheit in der Schweiz. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Institut für Sozialpädagogik und Bildung.
- Kurth, Elisabeth et al. (2010). „Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals” in *BMC Public Health* 10:659, <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-659> [Letzter Zugriff: 15.3.2017].

- Locicero, Stéphanie und Bize, Raphaël (2015). Les comportements face au VIH/Sida des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Enquête Gaysurvey 2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Locicero, Stéphanie et al. (2016). Système de surveillance du VIH et des IST de deuxième génération en Suisse. Rapport de synthèse 2012-2016. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Meier Magistretti, Claudia et al. (2014). Qualität und Lücken der nachgeburtlichen Betreuung. Eine Studie zu postnatal care im Rahmen der COST-Aktion IS907. Luzern: HSLU.
- Merten, Sonja und Gari, Sara (2013). Die reproduktive Gesundheit der Migrationsbevölkerung in der Schweiz und anderen ausgewählten Aufnahmeländern. Eine Zusammenfassung der Literatur 2006-2012. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- NEK – Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (2012). Zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Ethische Fragen zur „Intersexualität“. Stellungnahme Nr. 20/2012. Bern: NEK.
- Oetterli, Manuela; Niederhauser, Andrea und Köchli, Helen (2014). Ist-Analyse psychische Gesundheit. Mandat A: Inhalte und Ausgestaltung kantonaler Programme und Projekte (Fallstudien). Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Luzern: Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Orthmann Bless, Dagmar (2013). Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit ID in der Schweiz. Freiburg: Heilpädagogisches Institut Universität Freiburg.
- PREOS – Groupe Santé (2012). Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations. Lausanne: PREOS – Prévenir le rejet basé sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre chez les jeunes.
- Reber, Miriam (2013). 10 Jahre polizeiliche Massnahmen gegen häusliche Gewalt im Kanton St. Gallen. Bestandesaufnahme und Weiterentwicklungsbedarf. St. Gallen: Sicherheits- und Justizdepartement.
- Recher, Alocs (2016). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Eine Bestandesaufnahme zum Recht der UNO, des Europarates und der Schweiz. Bern: Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (unveröffentlicht).
- Richard, Jean-Luc et al. (2017). „Reduction of acute hepatitis B through vaccination of adolescents with no decrease in chronic hepatitis B due to immigration in a low endemicity country”, *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14409
- Rüefli, Christian (2015). Grundlagenanalyse zur Zukunft des Themas Migration und Gesundheit beim Bund. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: Büro Vatter, Politikforschung & -beratung (unveröffentlicht).

- Schmid, Conny (2012). Sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Formen, Verbreitung, Tatumstände. Zürich: UBS Optimus Foundation.
- Schuler, Daniela et al. (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Obsan Bericht 72. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- SGCH - Sexuelle Gesundheit Schweiz (2016). Sexuaufklärung bei Kleinkindern. Berichte der internationalen Tagung vom 13. März 2015 organisiert durch die Hochschule Luzern - Soziale Arbeit (HSLU) und die Haute école de travail social de Genève (HETS) in Zusammenarbeit mit SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz, Lausanne.
- SVM - Schweizerischer Verband der Mütterberaterinnen (2011). Positionspapier „Berufspolitik und Berufsbildung“. http://www.muetterberatung.ch/SVM/mf_SVM/PDF_nicht_intern/dokumente_download/Positionspapier_SVM.pdf [Letzter Zugriff: 11.4.2017].
- Simonson, Thomas et al. (2015). Comportements face au VIH/sida parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne en Suisse. Enquête ANSWER 2013-2014. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- SIWF - Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2016). Weiterbildungsordnung (WBO), 21. Juni 2000 (letzte Revision: 15. Dezember 2016).
- SKP – Schweizerische Kriminalprävention (2015). Kantonales Bedrohungsmanagement : Situationsanalyse. Auswertung der kantonalen Umfrage mit ersten Folgerungen. Kurzfassung. Bern: Schweizerische Kriminalprävention.
- Spycher, Stefan (2014). „Gesundheit2020: Gut unterwegs“, in Soziale Sicherheit CHSS 3/2014; 166-169.
- Stern, Susanne et al. (2014). Ist- und Bedarfsanalyse Frauenhäuser Schweiz. Grundlagenbericht. Bern: Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren und Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- UNAIDS (2015). On the Fast-Track to end AIDS. UNAIDS 2016 – 2021 Strategy. Genf: UNAIDS.
- Wang, Jen et al. (2014). „Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation“, in European Psychiatry 29(8); 514–522.
- WHO – World Health Organization (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (2010a). Developing sexual health programmes. A framework for action. Genf: WHO Press.
- WHO – World Health Organization (2010b). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Genf: WHO Press.

- WHO – World Health Organization (2014). Preventing suicide - A global imperative. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (2016a). Global Health Sector Strategy on HIV 2016 – 2021 towards ending AIDS. Genf: WHO Press.
- WHO – World Health Organization (2016b). Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016 – 2021. Towards ending STIs. Genf: WHO Press.
- WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA (2010). Standards für die Sexualaufklärung in Europa – Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. Genf: WHO und Köln: BZgA.
- WHO-Regionalbüro für Europa (2016a). Aktionsplan für Massnahmen des Gesundheitswesens gegen HIV in der Europäischen Region der WHO (Arbeitsdokument). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO-Regionalbüro für Europa (2016b). Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen (Arbeitsdokument). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- Wolff, Hans et al. (2008). „Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention” in BMC Public Health 2008; 8: 93. DOI: 10.1186/1471-2458-8-93
- Zahnd, Cindy et al. (2017). Analyse de Situation des Hépatites B et C en Suisse. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Zeitlin, Jennifer; Mohangoo Ashna und Delnord, Marie (2013). European Perinatal Health Report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Paris: INSERM.

Anhang

Tabelle 0-1: Wichtigste Akteure und Leistungserbringer der sexuellen Gesundheit

	HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5
SANTÉ SEXUELLE Suisse	x	x	x	x	x
Centres de santé sexuelle et planning familial	x	x	x	x	x
Services d'éducation sexuelle	x	x	x	x	x
Sites d'informations pour les jeunes, par ex. www.ciao.ch , violenceque-faire.ch , comeva.ch , etc.	x	x	x	x	x
Services de médecine scolaire	x	x	x	x	
Hôpitaux et établissements psychiatriques	x		x	x	
Antennes sida	x			x	x
Promotrices et promoteurs de santé		x	x		
Centres de consultation en sexologie	x			x	
Psychologues, psychothérapeutes, psychiatres	x			x	
Médecins gynécologues et médecins de premier recours	x			x	
ASS (Aids-Hilfe Schweiz)			x		x
Centres de consultation de couple	x				
Lieux de dépistage/centres de santé communautaire checkpoints	x				
Services de première ligne en matière de santé psychique	x				
La Main tendue	x				
Structures de prise en charge psychologique ou de pédopsychiatrie	x				
Organisations spécialisées dans la prévention de l'homophobie	x				
Organismes de prévention spécifique (violences, discriminations, milieu de la prostitution, etc.)	x				
Centres de consultation en matière de grossesse		x			
Services de périnatalité		x			
Maternités et services de gynécologie		x			
Sages-femmes		x			
Centres scolaires, d'apprentissage et structures para- et extrascolaires		x			
Autres structures d'information, de conseil et de soutien		x			
Centres de tests/centres de santé communautaire checkpoints			x		
Hôpitaux			x		
Structures d'information, de sensibilisation ou d'éducation au VIH/IST (éducation par les pairs par ex.)			x		
Sites spécialisés pour les gays ou les lesbiennes			x		
Bureau Fédéral de l'Egalité entre femmes et hommes et bureaux de l'Egalité cantonaux				x	
Centres LAVI / Opferhilfestellen				x	

	HF 1	HF 2	HF 3	HF 4	HF 5
Services de première ligne en matière de violence (urgences des hôpitaux etc.)				x	
Conseil mariages forcés: www.zwangsheirat.ch				x	
Services sociaux				x	
Organismes de prévention (thématique) spécifique et de sensibilisation				x	
Services de consultation conjugale				x	
Services et lieux d'hébergements des victimes				x	
Services d'interprétariat culturel				x	
Justice, prisons				x	
Autres structures d'information ou d'éducation					x
Ecoles, enseignant.e.s					x
ARTANES					x

Quelle: CLASS/SGCH (2016)