

# Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale

Viviane Bremer, Christine Winkelmann

## Sexual Health in Germany – A Survey of Existing Structures and the Potential for Improvement

### Abstract

WHO developed in 2002 a working definition for sexual health and sexual rights. Sexual health covers many areas of sexuality, for example sexual satisfaction, reproductive health, sexual violence and HIV/STI.

The services offered in health care facilities in Germany are very heterogeneous. These heterogeneous structures impede a common understanding of sexual health, as most services are tailored to certain groups or to particular aspects of sexual health. The "Sektion sexuelle Gesundheit", a working group of the German Association for STI (DSTIG) wants to set up a basis for improved sexual health in Germany. For this purpose, members of the group have developed indicators to measure sexual health in Germany. They also formulated professional standards of STI prevention. Recommendations for consultation, diagnosis and treatment of sexuality and STI are also being elaborated. Some areas of sexual health, such as reproductive health and HIV education rely on well-functioning structures in Germany. However, awareness is lacking for the concept of sexual health and the issue is largely absent in medical education and training of health care professionals. In addition, health care facilities suffer from fragmentation and are not sufficiently interlinked. In addition, access to health care is very restricted for people without health insurance.

In order to improve care in sexual health in Germany, the need for training and education of health care professionals should be identified and appropriate curricula should be developed. Consideration should be given to setting up centers for sexual health accessible to all.

**Keywords:** Sexual health, WHO, Germany, Health services

### Zusammenfassung

Die WHO erzielte 2002 Konsens über eine Arbeitsdefinition zu sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten. Das Thema sexuelle Gesundheit umfasst dabei viele Bereiche der Sexualität, zum Beispiel sexuelle Zufriedenheit, reproduktive Gesundheit, sexualisierte Gewalt und HIV/STI.

In Deutschland nehmen viele Akteure die Belange der sexuellen Gesundheit wahr. Diese heterogenen Strukturen erschweren ein bereichsübergreifendes ganzheitliches Verständnis der sexuellen Gesundheit, da die meisten Angebote nur auf bestimmte Gruppen oder auf einzelne Aspekte zugeschnitten sind. Die Sektion sexuelle Gesundheit der deutschen STI-Gesellschaft möchte Grundlagen für eine verbesserte sexuelle Gesundheit in Deutschland schaffen. Hierzu haben Mitwirkende „Indikatoren“, also Messgrößen zur Erfassung der sexuellen Gesundheit in Deutschland entwickelt und fachlich fundierte Standards der STI-Prävention formuliert. Empfehlungen zur Beratung, Diagnostik und Therapie zu Sexualität und STI werden ebenfalls erarbeitet. Zu den Bereichen der Verhütung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt und Versorgung Neugeborener sowie zur HIV-Aufklärung sind in Deutschland gut funktionierende Strukturen vorhanden. Das gesundheitsfördernde Potential von Sexualität und sexueller Gesundheit bleibt jedoch noch weitgehend unbeachtet, da das Bewusstsein für das Konzept der sexuellen Gesundheit fehlt und das Thema in ärztlicher Fort- und Weiterbildung weitgehend abwesend ist. Zudem sind vorhandene Strukturen unzureichend vernetzt. Personen ohne Krankenversicherung ist der Zugang zu vielen Leistungen verwehrt.

Um die Versorgung im Bereich sexuelle Gesundheit für alle Menschen zu verbessern, sollte zunächst der Bedarf an systematischer Aus- und Fortbildung der entsprechenden Berufsgruppen identifiziert und bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden. Außerdem sollte geprüft werden, in welcher Form Zentren für sexuelle Gesundheit in Deutschland aufgebaut werden können, die allen zugänglich sind.

**Schlüsselwörter:** Sexuelle Gesundheit, WHO, Deutschland, Versorgung

## Hintergrund

Das Konzept der sexuellen Gesundheit hat seit seiner Entstehung zu Beginn der 1970er Jahre an Bedeutung gewonnen und ist einer steten Entwicklung unterworfen (Giami, 2002). Die Evolution des Konzepts spiegelt und steht in enger Abhängigkeit zu mehreren gesellschaftlichen Entwicklungen: der sogenannten ‚sexuellen Re-

volution<sup>1</sup> in den westlichen Ländern in Zusammenhang mit dem Zugang zu Kontrazeptiva, der weltweiten HIV Epidemie ab den 1980er Jahren, Sorgen um eine sogenannte Bevölkerungsexplosion in den Entwicklungsländern, Emanzipationsbewegungen sowie in letzter Zeit ein öffentlich werdender Diskurs um sexuelle Gewalt und Missbrauch.

In Deutschland wurde das Konzept von den jeweiligen Fachdisziplinen in unterschiedlichem Maße rezipiert. Unter dem Dach der ‚sexuellen Gesundheit‘ werden so verschiedene Aspekte wie Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (STI), Sexuaufklärung, Sexualtherapie und Prävention von sexueller Gewalt vereint – um hier nur vier zu nennen. Dies mag ein wesentlicher Grund für eine gewisse Zurückhaltung sein, da alte Zuständigkeiten, daraus resultierende Verantwortungen und vermeintlich klar abgegrenzte Arbeitsfelder in Frage gestellt werden.

## Definitionen

Eine Reihe von Definitionen illustrieren anschaulich die Entwicklung des Konzepts und seine Abhängigkeit von anderen Diskursen im Zusammenhang mit Sexualität. Edwards und Coleman (2004) geben einen umfassenden Überblick.

Die WHO hat bereits 1975 eine erste Definition von sexueller Gesundheit vorgelegt, die kurz und knapp lautete:

„Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love. (WHO 1975)<sup>1</sup>

Zwar ist diese Definition inzwischen veraltet, doch wurde schon vor 40 Jahren betont, dass sexuelle Gesundheit weit mehr als physische Aspekte umfasst; darüber hinaus wurde ihre positive Bedeutung herausgestellt.

Ein Jahrzehnt später wurde im Rahmen einer von der WHO Europa organisierten Konsultation in Frage gestellt, ob eine Definition von sexueller Gesundheit überhaupt möglich und wünschenswert sei. Sexuelle Gesundheit sei kein wissenschaftliches Konzept, sondern spiegle vielmehr spezifische Kulturverständnisse wider, die sich über die Zeit und den Raum hinweg veränder-

<sup>1</sup> „Sexuelle Gesundheit ist die Integration der körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Aspekte des sexuellen Daseins in einer positiven Art und Weise, die zu einer Bereicherung und Weiterentwicklung von Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe beiträgt.“ WHO (1975).

ten. Man befürchtete, dass eine Definition von sexueller Gesundheit eine implizite Normsetzung sei, mit der man dann Menschen als ‚gesund‘ bzw. als ‚krank‘ klassifizieren könne (WHO Regional Office for Europe 1987).

Dennoch waren Wunsch und Bedürfnis nach einer Definition groß (auch auf Grund der oben erwähnten Entwicklungen, wie z. B. der HIV Epidemie), und so folgten weitere Definitionen u. a. von der Pan American Health Organisation, Regionalbüro der WHO. Hierbei spielte die WAS (World Association for Sexual Health, ehem. World Association for Sexology) eine Schlüsselrolle. In der 2001 vorgelegten Definition wird reflektiert, dass eine universale Definition von sexueller Gesundheit schwierig und nur unter Berücksichtigung und Anerkennung individueller Werte möglich sei. Des Weiteren wurden die sexuellen Rechte als Bedingung anerkannt, um sexuelle Gesundheit zu erreichen (Pan American Health Organisation, 2001; Edwards, Coleman 2004, 192f).

Dies legte die Basis für die breit angelegte WHO Konsultation im Jahr 2002, bei der Vertreter der verschiedenen WHO Regionen genauso gehört wurden, wie Wissenschaftler und NGO Vertreter. Diese Expertengruppe konnte Konsens erzielen über die folgende Definition:

„Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.“ (WHO 2006)<sup>2</sup>

Im Zentrum dieser Definition stehen ein positives Verständnis von Sexualität und die explizite Anerkennung der Lust. Die Vorstellung wird bekräftigt, dass zu sexueller Gesundheit nicht allein körperliche, sondern auch emotionale, geistige und soziale Aspekte gehören. Im Gegensatz zur früheren Definition von 1975 werden mögliche negative Aspekte zwar erwähnt, aber sie werden nicht ins Zentrum gerückt. Von großer Wichtigkeit ist die explizite Benennung der sexuellen Rechte – deren Erfüllung

<sup>2</sup> „Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden.“

Bedingung ist, um sexuelle Gesundheit zu erreichen und zu bewahren. Diese Definition findet heute breite Verwendung, obwohl es sich streng genommen noch immer um eine ‚Entwurfs-Definition‘ handelt. Eine offizielle Verabschiedung gestaltet sich schwierig und ist derzeit auch nicht beabsichtigt, da Opposition gerade auch in Bezug auf die sexuellen Rechte zu erwarten ist.

**Sexuelle Rechte:** Im Rahmen der WHO Konsultation 2002 wurde nicht nur Konsens erzielt über eine Arbeitsdefinition von sexueller Gesundheit, sondern auch von sexuellen Rechten:

„Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements. They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to:

- ◆ the highest attainable standard of sexual health, including access to sexual and reproductive health care services;
- ◆ seek, receive and impart information related to sexuality;
- ◆ sexuality education;
- ◆ respect for bodily integrity;
- ◆ choose their partner;
- ◆ decide to be sexually active or not;
- ◆ consensual sexual relations;
- ◆ consensual marriage;
- ◆ decide whether or not, and when, to have children; and
- ◆ pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life.\*

The responsible exercise of human rights requires that all persons respect the rights of others.“

\* „Sexuelle Rechte sind verknüpft mit den Menschenrechten, die bereits durch einzelstaatliche Gesetze, internationale Menschenrechtsdokumente und sonstige Konsenserklärungen anerkannt wurden. Sie beinhalten das Recht jedes Menschen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt:

- ◆ auf einen bestmöglichen Standard sexueller Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung;
- ◆ Informationen zu Sexualität zu suchen, zu erhalten und zu verbreiten;
- ◆ auf sexuelle Aufklärung;
- ◆ auf Respekt gegenüber der körperlichen Unversehrtheit; auf freie Partnerwahl;
- ◆ zu entscheiden, ob er sexuell aktiv sein will oder nicht;
- ◆ auf einvernehmliche sexuelle Beziehungen;
- ◆ auf einvernehmliche Eheschließung;
- ◆ zu entscheiden, ob und wann er Kinder haben will; und
- ◆ ein befriedigendes, sicheres und lustvolles Sexualleben anzustreben.

Diese Rechte leiten sich aus den Menschenrechten ab, sind aber dadurch nicht weniger umstritten, da sie kontroverse Themen berühren, wie arrangierte Ehen, Schwangerschaftsabbruch, Zugang zu medizinischer Versorgung im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit ohne Einschränkung nach Alter und Ehestand etc. Besondere Beachtung verdient das letztgenannte Recht, nach einem befriedigenden, sicheren und lustvollen Sexualleben zu streben, da hier wiederum eine sexualfreundliche Haltung und Auffassung betont wird.

Die hier genannten sexuellen Rechte lehnen sich teilweise an die sexuellen Rechte an, wie sie von der WAS 1999 in Hongkong verabschiedet wurden, wobei Letztere detaillierter und expliziter sind (WAS 1999). 2008 legte die IPPF eine Erklärung der sexuellen Rechte vor, die aus sieben Grundsätzen und zehn sexuellen Rechten besteht. In den zehn sexuellen Rechten werden Rechtsansprüche in Zusammenhang mit Sexualität definiert; sie fußen auf den Rechten auf Freiheit, Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde aller Menschen (IPPF, 2009).

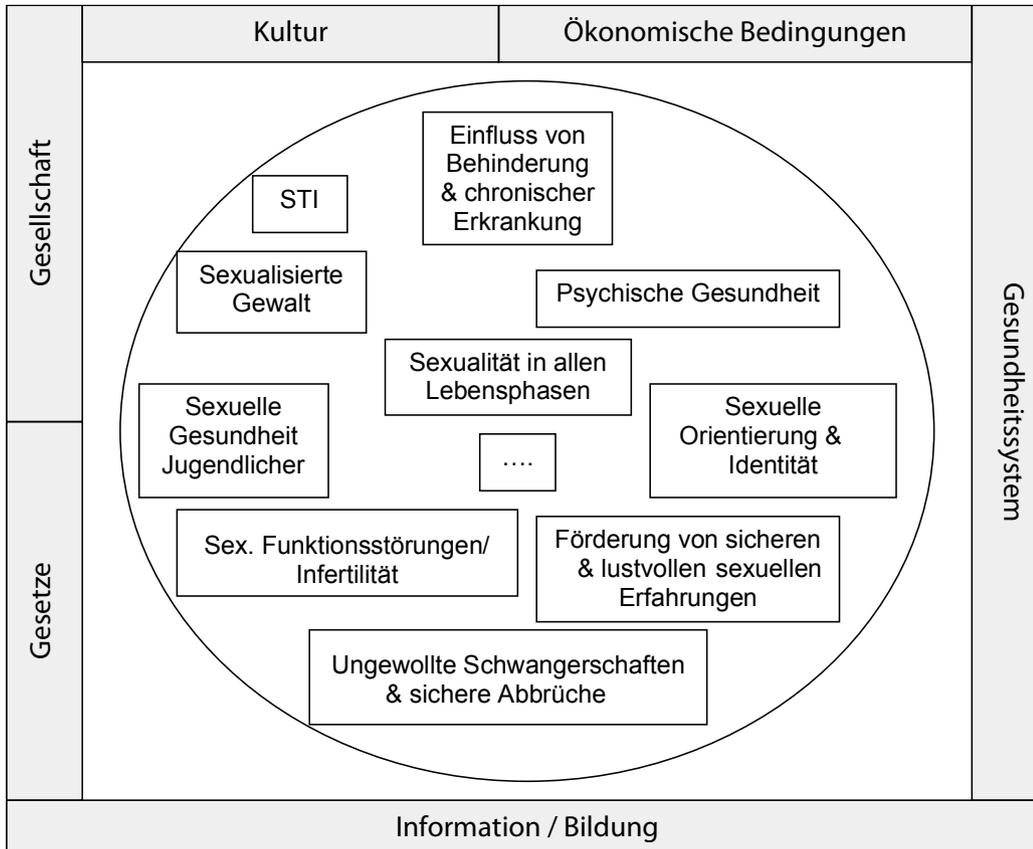
Eine verantwortungsbewusste Ausübung der Menschenrechte macht es erforderlich, dass jeder die Rechte des anderen respektiert.“ WHO (2006), S.10.

## Dimensionen der sexuellen Gesundheit

Die Definitionen veranschaulichen nur unzureichend, welche thematischen Bereiche unter das Konzept der sexuellen Gesundheit zu subsumieren sind. Erschwert wird dies durch das umstrittene Verhältnis von sexueller zu reproduktiver Gesundheit: Ist die reproduktive Gesundheit Teil der sexuellen Gesundheit oder verhält sich dies umgekehrt (wie in der ICPD Erklärung nicht zuletzt auf Grund von politischem Druck stipuliert). Die WHO verwendet häufig den Begriff „sexual and reproductive health“, was den Eindruck erwecken könnte, dass es sich hierbei um zwei unabhängige Arbeitsfelder handeln könne.

Abbildung 1 illustriert die Themenvielfalt, die unter dem Konzept der sexuellen Gesundheit verstanden werden kann und berücksichtigt verschiedene Kontextfaktoren, wie Kultur, Rechtssituation, Gesundheitssystem usw.

Die Abbildung ist nur ein Versuch, die verschiedenen Aspekte der sexuellen Gesundheit zu benennen und zu ordnen. Andere Elemente und Ordnungen sind ebenfalls denkbar.



**Abb. 1** Dimensionen sexueller Gesundheit, basierend auf WHO (2010), Developing sexual health programmes

## Sexuelle Gesundheit in der internationalen Arbeit

Mit der überarbeiteten Definition waren die Weichen gestellt, um sexuelle Gesundheit stärker als Public Health Arbeitsfeld zu verstehen.

Bereits 2001 hatte das WHO Regionalbüro für Europa die "Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health" verabschiedet (WHO Regional Office for Europe, 2001). Die Strategie identifiziert 10 strategische Bereiche, um die sexuellen und reproduktiven Rechte zu fördern, den sexuellen Gesundheitsstatus der Menschen zu verbessern, die eklatanten Unterschiede zwischen den verschiedenen europäischen Regionen zu nivellieren und soziale Ungleichheiten bzgl. sexueller und reproduktiver Gesundheit in einzelnen Ländern anzugehen. Die Arbeitsfelder sind: selbstbestimmte Familienplanung, sichere Mutterschaft, STI/HIV Kontrolle, sexueller Missbrauch und Gewalt, Frauenhandel, Früherkennung von Brustkrebs, sexuelle und reproduktive Gesundheit von Jugendlichen, Flüchtlingen, Migrantinnen sowie älteren Menschen. Die Strategie galt für einen Zeitraum von zehn Jahren bis 2011; eine Nachfolgestrategie ist derzeit noch nicht in Arbeit.

Die WHO hat für den globalen Einsatz drei Jahre später eine Reproduktive Gesundheitsstrategie entwickelt (WHO 2004). Diese Strategie verortet sich im Kontext der Millenniumsentwicklungsziele (MDG): MDG 4, 5 und 6 stehen in engem Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit.<sup>3</sup> Die Strategie fokussiert trotz ihres Titels nicht nur auf reproduktive sondern auch auf sexuelle Gesundheit und definiert fünf Hauptaspekte: Die Verbesserung der prä- und perinatalen sowie der postpartum- und Neugeborenen Versorgung, die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Familienplanungsdiensten, Zurückdrängung unsicherer Schwangerschaftsabbrüche, Kampf gegen sexuell übertragbare Infektionen (inklusive HIV, reproduktive Trakt-Infektionen, Gebärmutterhalskrebs) und schließlich die Förderung der sexuellen Gesundheit. (Die zuerst genannten vier Punkte sind wesentliche Bestandteile der Förderung von sexueller Gesundheit. Punkt 5 „Förderung sexueller Gesundheit“ steht daher an dieser Stelle etwas unglücklich für a) die nicht genannten Aspekte wie sexuelle Gewalt und b) die positiven Aspekte von Sexualität).

<sup>3</sup> MDG 4: Reduktion der Kindersterblichkeit, MDG 5: Förderung der Müttergesundheit und MDG 6: Bekämpfung von HIV (neben Malaria und TB).

Ein zunehmend wichtiger Akteur im Public Health Bereich für Europa ist das ECDC (European Centre for Disease Control), das in erster Linie ein Mandat hat für die Prävention und Kontrolle von Infektionskrankheiten.

Im Bereich der sexuellen Gesundheit hat das ECDC die Aufgaben der Datenerhebung, -sammlung und -auswertung für STI in Europa übernommen. Das ECDC kann auf Grund der erhobenen Daten eine fachliche Einschätzung der Situation in den Mitgliedsländern abgeben. Derzeit erarbeitet das ECDC eine Strategie für die sexuelle Gesundheit; auf Grund seines auf Infektionskrankheiten beschränkten Mandats ist hier aber bereits abzusehen, dass sich diese Strategie auf STI (Prävention, Diagnostik, Behandlung) beschränken wird.

Versuche der Europäischen Union, die Entwicklung einer Strategie für die sexuelle Gesundheit anzustoßen, sind fruchtlos geblieben.

Andere internationale Organisationen (z.B. UNAIDS, UNFPA, UNICEF) beschäftigen sich ebenfalls mit dem Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. einzelnen Aspekten davon. Verschieden zugeschnittene Mandate, Verpflichtungen gegenüber Gebern oder spezifischen Zielgruppen verhinderten in der Vergangenheit oft, Synergieeffekte zu erkennen und zu nutzen. Bestes Beispiel sind die globalen HIV Interventionen, die häufig in parallel geschaffenen Strukturen erfolgten. Erst in den vergangenen Jahren bemühen sich verschiedene Akteure um eine stärkere Vernetzung von HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit (WHO et al. 2009).



### World Association for Sexual Health

Die World Association for Sexual Health (ursprünglich World Association for Sexology) ist ein gutes Beispiel für einen multi-disziplinären Ansatz. In der WAS sind Sexologen in der Überzahl, dennoch hat in den vergangenen Jahren eine kontinuierliche Öffnung dazu beigetragen, dass eine Vielzahl anderer Themen dort ebenfalls eine Heimat finden konnte. „WAS works to promote sexual health for all. Sexual health is a goal not only for clinicians. It is the common goal of many disciplines.“ (World Association for Sexual Health website)

In der Millenniums-Deklaration ruft die WAS dazu auf, die sexuellen Rechte aller Menschen anzuerkennen, Gender-Gerechtigkeit zu befördern, jede Art der sexuellen Gewalt zu bekämpfen, universellen Zugang zu Sexualaufklärung zu gewährleisten, die Wichtig-

keit der sexuellen Gesundheit in allen Programmen der reproduktiven Gesundheit anzuerkennen, HIV und STI zu bekämpfen, sexuelle Probleme und Dysfunktionen zu erkennen und zu behandeln sowie eine lustvolle Sexualität als Element von Wohlbefinden anzuerkennen (World Association for Sexual Health 2008).

Die zweijährlich stattfindenden Konferenzen werden von internationalen Experten verschiedenster Disziplinen besucht, die vorgestellten Themen reichen von therapeutischen Ansätzen bei Dyspareunie über WHO Richtlinien zur Verschreibung von Kontrazeptiva bis hin zu neuen Ansätzen in der Sexualaufklärung. Das verbindende Element ist der Austausch über Sexualität, der die Unterschiede der Disziplinen und ihre jeweiligen Interessen zurücktreten lässt.

## Akteure und Strukturen in Deutschland

In Deutschland nehmen viele Akteure die Belange der sexuellen Gesundheit wahr. Psychosoziale Beratung, medizinische Versorgung und Betreuung können sowohl im ambulanten oder stationären Bereich der Regelversorgung als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Nichtregierungsorganisationen (NRO) angesiedelt sein.

In der Prävention spielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine zentrale Rolle. Mit Inkrafttreten des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (heute SchKG, bei Inkrafttreten 1992 Schwangeren- und Familienhilfegesetz SFGH) erhielt die BZgA den gesetzlichen Auftrag, in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und Familienberatungseinrichtungen zielgruppenspezifische Konzepte zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu erstellen sowie bundeseinheitliche Aufklärungsmaterialien zu verbreiten. Diese Maßnahmen richten sich an Kinder und Jugendliche, Eltern und pädagogisch Tätige sowie Erwachsene in der Familienplanungs- und Familien Gründungsphase. Entsprechend der Zielsetzung des § 1 (SchKG 1992) werden für die genannten Bereiche bundesweite Aufklärungsmaßnahmen in Kooperation mit im Feld relevanten Institutionen durchgeführt. Schwerpunkte der BZgA, die die sexuelle Gesundheit betreffen, sind neben Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung, auch HIV/STI Prävention, Prävention von sexuellem Missbrauch sowie Männer- und Frauengesundheit.

Bereits seit 1985 führt die BZgA Präventionskampagnen im Bereich von HIV/Aids durch und setzt hierbei

seit 2012 den Akzent noch deutlicher auf die Verbindung von HIV und anderen STI (BZgA 2009 und [www.machsmitt.de](http://www.machsmitt.de)). Für die schulische Sexuaufklärung stellt die BZgA verschiedenste Materialien für den Unterricht bereit (BZgA [www.loveline.de](http://www.loveline.de), [www.schule.loveline.de](http://www.schule.loveline.de)). International hat sie in ihrer Funktion als WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit der WHO und einer Gruppe von europäischen Experten Standards für die Sexuaufklärung entwickelt (WHO Regional Office for Europe, BZgA 2010). Die Präventionsarbeit der BZgA basiert auf regelmäßig durchgeführten Studien, die sowohl Aufschluss über Wissen bzw. Informationslücken in der Bevölkerung geben als auch eine Evaluation der Maßnahmen zulassen (BZgA 2010, BZgA 2011).

Ein wichtiges Element im Bereich der Prävention ist die schulische Sexuaufklärung. In den jeweiligen Rahmenrichtlinien des Schulunterrichtes ist die Verpflichtung der Bundesländer zur Sexuaufklärung festgelegt. Beginn, Umfang und Unterrichtsfach variieren von Bundesland zu Bundesland, aber jede/r Schüler/in hat Zugang zur Sexuaufklärung in der Schule. Laut der aktuellen Studie „Jugendsexualität“ (BZgA 2010) wird die Schule bei der Wissensvermittlung rund um die Themen Liebe, Sexualität und Verhütung immer bedeutender.

Treten gesundheitliche Probleme auf, können diese in den unterschiedlichsten ambulanten und stationären Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens behandelt werden. Neben Hausärzten und Hausärztinnen stehen bei Verdacht auf eine STI Fachärzte und Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur Verfügung. Sowohl Haus- als auch Hautarzt/innen werden oft jedoch nicht als primäre Ansprechpartner für STI angesehen. Frauen können sich an Gynäkologen und Gynäkologinnen, Männer an Urologen und Urologinnen wenden. HIV-positive Personen und Männer, die Sex mit Männern haben, werden in Praxen oder Ambulanzen mit HIV-Schwerpunkt behandelt. Eine fachärztliche Weiterbildung oder ein Schwerpunkt für sexuelle Gesundheit existiert bislang nicht in Deutschland.

Im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werden in den meisten Gesundheitsämtern anonym kostenlose HIV-Tests angeboten. Darüber hinaus besteht in einigen Großstädten die Möglichkeit, sich auch in den STI-Beratungsstellen kostenlos oder gegen eine Kostenbeteiligung anonym auf STI untersuchen und behandeln zu lassen. Diese Angebote stehen auch Personen ohne bestehenden Versicherungsschutz oder geregelten Aufenthaltsstatus offen. Welche Untersuchungen jeweils angeboten werden und ob diese kostenlos sind, ist jedoch nicht festgelegt und hängt unter anderem von der jeweiligen finanziellen Ausstattung der Gesundheitsämter ab.

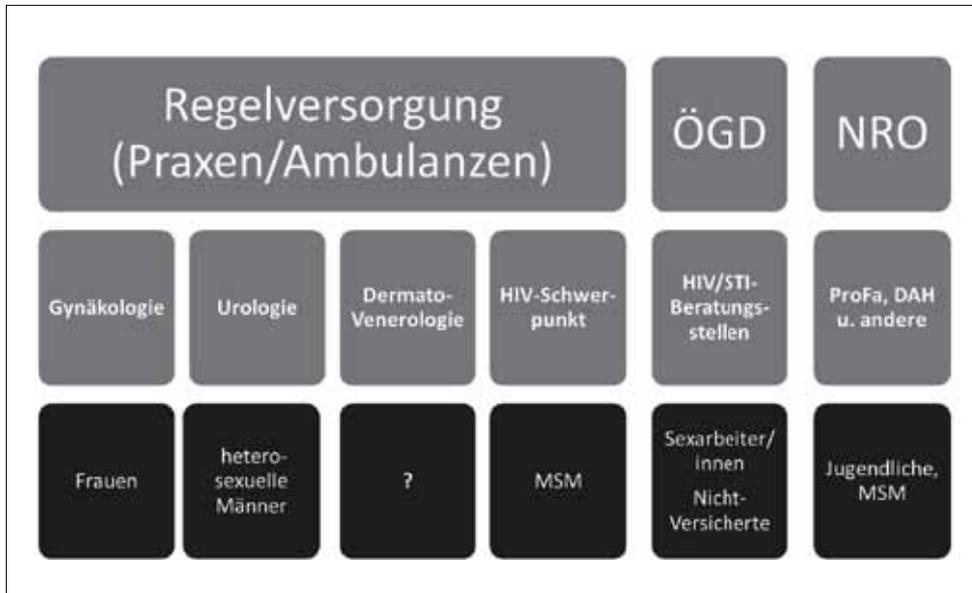
Neben der Regelversorgung und den Angeboten des

öffentlichen Gesundheitsdienstes spielen die Verbände, die sich in Fragen sexueller Gesundheit an verschiedene Zielgruppen wenden, eine große Rolle. Ein breites Netz von Schwangerschaftsberatungsstellen unterschiedlicher Träger (z. B. Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen, Fachverbände) sind zuständig für die originären Aufgaben der Schwangerenberatung lt. SchKG. Die neben anderen Beratungsaufgaben im Gesetz verankerte Informationsmöglichkeit zu Fragen der Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung bieten die Institutionen unterschiedlich an. Die Angebote variieren je nach Träger und dem Profil der einzelnen Beratungsstelle. So hat beispielsweise pro familia (Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.) flächendeckend das größte Beratungsnetz in der Bundesrepublik und berät zu Sexualität, Verhütung, Familienplanung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, sexualisierter Gewalt sowie Sozial- und Familienrecht und bietet medizinische Dienstleistungen an, die Verhütung, Mutterschaftsvorsorge und Schwangerschaftsabbruch umfassen.

Bei der Beratung zu HIV und Aids stehen die regionalen Aids-Hilfen sowie deren Dachverband Deutsche Aidshilfe e.V. im Vordergrund. Diese informieren zu Übertragungswegen von HIV und STI, unterstützen Menschen mit HIV/Aids, ihre An- und Zugehörigen in sozial- und arbeitsrechtlichen, wie auch medizinischen und psychosozialen Fragen, die sich im Rahmen der HIV-Erkrankung ergeben. Daneben gibt es noch zahlreiche weitere Verbände und Organisationen, die sich in Fragen der sexuellen Bildung, sexuellen Selbstbestimmung, sexuellen Gewalt oder andere Aspekte der sexuellen Gesundheit an bestimmte Zielgruppen wie Jugendliche, Frauen oder Sexarbeiter/innen wenden.

Die in Deutschland äußerst heterogenen Strukturen erschweren ein bereichsübergreifendes ganzheitliches Verständnis der sexuellen Gesundheit. Charakteristisch ist dabei, dass die meisten Angebote nur auf bestimmte Gruppen oder auf einzelne Aspekte zugeschnitten sind. So werden Männer, die Sex mit Männern haben, häufig in HIV-Schwerpunktpraxen betreut, während bestimmte Themen wie etwa Schwangerschaft von niedergelassenen Gynäkolog/innen besetzt werden. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Ansprechpartner im Gesundheitswesen.

Eine Verständigung über geeignete Methoden, Angebote und Daten erfordert vor diesem Hintergrund ein hohes Maß an Vernetzung, Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit. Zusätzlich erschweren unterschiedliche Zuständigkeiten auf kommunaler, Länder- und nationaler Ebene die Diskussionen um einen ganzheitlichen Ansatz. Insbesondere liegt der Fokus mehr auf krankheits- als auf den gesundheitsbezogenen Aspekten der sexuellen



**Abb. 2** Struktur des Gesundheitswesens und Zielgruppen (in dunkelgrau) bei der Versorgung in Fragen sexueller Gesundheit

ÖGD= Öffentlicher Gesundheitsdienst;  
NRO= Nichtregierungsorganisation,  
MSM= Männer, die Sex mit Männern  
haben,  
DAH = Deutsche Aidshilfe

Gesundheit. Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes setzte in Deutschland zwar ein Wandel von der erregerorientierten, repressiven Gesundheitspolitik hin zu einer lebensweltorientierten, pragmatischen Gesundheitspolitik ein, aber unterschiedliche Lebensweisen werden noch nicht überall gleichermaßen akzeptiert (Bales et al., 2003).

Es gibt nach wie vor Defizite bei der sexuellen Gesundheitsversorgung in Deutschland: Zu vielen Aspekten fehlen beispielsweise Daten, auch hinsichtlich verfügbarer Angebote und ihrer Inanspruchnahmen, des Vorkommens von Krankheiten, sexualisierter Gewalt, Missbrauchs oder auch positiver Aspekte wie sexueller Zufriedenheit. Vorhandene Erkenntnisse und Daten, die auf unterschiedlichen Ebenen gesammelt werden, sind kaum vergleichbar und können auch wegen fehlender gemeinsamer Indikatoren nicht zusammengefasst werden. In den engen medizinischen Ausbildungsprofilen ist sexuelle Gesundheit oft nur Randthema, für viele Gruppen ist der Zugang zu sexueller Gesundheit erschwert und es fehlt eine politische Lobby.

## Arbeit der Sektion sexuelle Gesundheit

Ende 2007 hat sich die Arbeitsgemeinschaft sexuelle Gesundheit in Deutschland als Arbeitsgruppe in der Deutschen STD-Gesellschaft (DSTDG, seit September 2011 DSTIG) gegründet. Seit September 2010 ist die Arbeitsgemeinschaft eine Sektion der DSTIG. Die bisher rund 60 Mitwirkenden in der Sektion gehören verschiedenen Berufszweigen wie Medizin, Epidemiologie, Sozialwissenschaften und Prävention an. Sie stammen aus verschie-

denen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems und erarbeiten in kleineren Untergruppen unterschiedliche Inhalte auf interdisziplinäre Weise.

Die Sektion sexuelle Gesundheit möchte Grundlagen für eine verbesserte sexuelle Gesundheit in Deutschland schaffen. So haben Mitwirkende der Sektion sogenannte „Indikatoren“, also Messgrößen zur Erfassung der sexuellen Gesundheit in Deutschland erstellt. Ziel war es, auf Grundlage von Vorlagen der WHO eine logisch gegliederte, aussagekräftige und dennoch überschaubare Liste von Indikatoren zur sexuellen Gesundheit in Deutschland anzulegen. Dabei sollen die gewählten Indikatoren die deutsche Situation gut abbilden, aber dazu noch eine hohe internationale Vergleichbarkeit gewährleisten.

Der erarbeitete Indikatorenkatalog umfasst Familienplanung, reproduktive und perinatale Gesundheit, STI und Infektionen des Reproduktivtraktes (RTI) sowie Folgeerkrankungen (einschließlich HIV/Aids), Förderung sexueller Gesundheit, sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher, und sexuelle Gewalt. Zusätzlich werden wesentliche politische Strukturmerkmale wie Gesetze, Verordnungen und Budgets einbezogen (Tabelle 1).

Der Indikatorenkatalog zu sexueller Gesundheit richtet sich an Gesundheitsexpertinnen und -experten, politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, Forscherinnen und Forscher sowie andere Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen. Er soll ihnen ermöglichen, sich einen Überblick über bestimmte Aspekte der sexuellen Gesundheit zu verschaffen. Mit Hilfe der Indikatoren können Anwenderinnen und Anwender die sexuelle Gesundheit sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch die von Teilgruppen genauer analysieren, beschreiben, Maßnahmen entwickeln und deren Wirksamkeit überprüfen.

Tab. 1 Übersicht über Kategorien und Bereiche der Indikatoren für sexuelle Gesundheit in Deutschland (DSTIG 2012)

Kategorien des deutschen Indikatorenkatalogs	Politische Rahmenbedingungen und soziale Determinanten	Verfügbarkeit und Zugang	Nutzung und Inanspruchnahme	Ergebnisse und Wirkungsindikatoren
<b>Allgemein</b> <b>Familienplanung</b> <b>Reproduktive und perinatale Gesundheit</b> <b>STI/RTI und Folgeerkrankungen</b> <b>Förderung sexueller Gesundheit</b> <b>Sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher</b> <b>Sexuelle Gewalt</b>	Vorhandensein von Strategien, Konzepten, Gesetzlichen Regelungen, Rechten, Budgets, Leitlinien	Einrichtungen für Familienplanung, reproduktive Gesundheit, STI-Diagnostik und Behandlung, Sexualpädagogik, Betreuung von Opfern sexueller Gewalt	Personen, die Einrichtungen oder Angebote für Familienplanung, reproduktive Gesundheit, STI-Diagnostik und -Behandlung, Sexualpädagogik, Betreuung Opfer sexueller Gewalt in Anspruch nehmen	Reproduktive Gesundheit (Schwangerschaften, Abbrüche, Lebendgeburten), diagnostizierte STI/RTI, Kenntnisse und sexuelles Verhalten Jugendlicher, Fälle sexueller Gewalt

So kann für einzelne Aspekte sexueller Gesundheit der Ist-Zustand festgestellt und ein Soll-Zustand definiert werden. Dies ist zum Beispiel wichtig, wenn finanzielle oder personelle Ressourcen eingefordert oder vorhandene Ressourcen gezielter eingesetzt werden sollen, um den definierten Soll-Zustand zu erreichen. Anschließend kann anhand der gleichen Indikatoren überprüft werden, ob der Soll-Zustand erreicht wurde. Der Indikatorenkatalog ist über [www.dstig.de](http://www.dstig.de) abrufbar.

Ein zweiter Schwerpunkt der Sektionsarbeit lag auf der Entwicklung von fachlich fundierten Standards der STI-Prävention. Hierzu wurden sechs Grundsätze formuliert:

1. Eine fachlich fundierte Prävention basiert auf einem umfassenden Verständnis sexueller Gesundheit im Sinne der Definitionen und Stellungnahmen der WHO und der WAS.
2. Prävention orientiert sich an einem aufgeklärt-humanistischen Menschenbild, das das ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortlichkeit und sozialer Verantwortung reflektiert. Es besteht das Primat der Eigenverantwortung bei gleichzeitigem Respekt vor der Selbstbestimmung des/der Anderen und dessen/deren Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit.
3. Prävention besteht aus der Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention und erfolgt als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention.
4. Prävention bietet im Zusammenhang mit der Wahrung des Rechts auf Gesundheit umfangreiche Möglichkeiten, es müssen aber auch die ihr eigenen Grenzen respektiert werden.
5. Strategien und Maßnahmen der Prävention werden – wenn irgend möglich – auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erarbeitet. Erkenntnisse, Erfah-

rungen und Methoden aus allen relevanten Disziplinen und Wissensgebieten werden berücksichtigt. Prävention muss sich wissenschaftlicher Evaluation unterziehen.

6. Risiken und Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen werden genau ermittelt, negative Auswirkungen möglichst ausgeschlossen, zumindest aber minimiert.

Diese Standards wurden 2010 veröffentlicht (DSTIG 2010) und in verschiedenen Fachkreisen vorgestellt.

Als dritten Schwerpunkt hat die Sektion Empfehlungen zur Beratung, Diagnostik und Therapie zu Sexualität und STI erarbeitet. Diese befinden sich gegenwärtig in der Abstimmung. Die Empfehlungen wenden sich an alle mit der Beratung zu STI befassten Personen in Praxis, Klinik, öffentlichen Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen, sowie an alle Einrichtungen und Beratungsstellen, die von Ratsuchenden oder Betroffenen aufgesucht werden. Zielgruppe sind alle Menschen, die – aus welchen Gründen auch immer – Situationen mit einem Infektionsrisiko für STI erleben. Die Veröffentlichung dieser Empfehlungen zur Beratung bei STI soll die Diskussion der Thematik in der Fachöffentlichkeit und die Umsetzung von Empfehlungen auf nationaler Ebene befördern. Insbesondere sollten die Empfehlungen eine Basis herstellen für eine einheitlichere Herangehensweise in der alltäglichen Arbeit in der Gesundheitsversorgung.

## Gute Versorgungsstrukturen in Deutschland

Manche Belange der sexuellen Gesundheit sind in Deutschland sehr gut abgedeckt. Die gut ausgebaute Bera-

tungslandschaft, bedingt durch die Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, bietet Unterstützung in Fragen zu Schwangerschaft, Verhütung, Sexualaufklärung und Familienplanung. Auch Fragen zur Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, zu einem unerfüllten Kinderwunsch etc. werden von der Beratungsstruktur aufgenommen. Die Versorgung schwangerer Frauen und Neugeborener ist vorbildlich, ebenso stehen HIV-Beratungs- und Testangebote zur Verfügung.

Für die Versorgung schwangerer Frauen stehen in Deutschland rund 23.000 Fachärzte und Fachärztinnen der Gynäkologie sowie 20.000 Hebammen zur Verfügung (Statistisches Bundesamt 2011). Zu Beginn der Schwangerschaft werden laut Mutterschaftsrichtlinien zahlreiche Tests durchgeführt, um Infektionen oder Mangelerscheinungen, die dem Kind schaden könnten, frühzeitig aufzudecken und zu therapieren. Schwangere Frauen können zwischen einer Geburt im Krankenhaus oder in einem Geburtshaus oder einer Hausgeburt mit Unterstützung einer Hebamme wählen. Somit verwundert es nicht, dass die Müttersterblichkeit mit 5,5/100.000 Lebendgeburten eine der niedrigsten der Welt ist. Auch die Säuglingssterblichkeit ist mit 3,4/1000 Lebendgeborene im internationalen Vergleich sehr niedrig (OECD 2010).

Die HIV-Prävention ist in Deutschland sehr erfolgreich gewesen, auch da man von Anfang an auf Aufklärung statt Repression gesetzt hat. Die 1987 gestartete Aufklärungskampagne der BZgA „Gib Aids keine Chance“ hat dazu geführt, dass das Wissen in der Allgemeinbevölkerung zu Übertragungswegen von HIV sehr gut ist und die Kondomnutzung deutlich zugenommen hat. Während die BZgA sich auf die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung fokussiert, werden von der DAH verschiedene Populationen wie MSM, Menschen mit Migrationshintergrund, I.v.-Drogengebraucher/innen gezielt adressiert. Sowohl bei den meisten Gesundheitsämtern als auch bei den Aidshilfen besteht die Möglichkeit, sich kostenlos oder zu einem geringen Entgelt auf HIV testen zu lassen. Diese Tests werden von einer vertraulichen Beratung begleitet. Diese Bemühungen scheinen Früchte getragen zu haben, da Deutschland mit 3,5/100.000 (RKI, 2012) eine im Vergleich zu anderen westeuropäischen Ländern niedrige Inzidenz aufweist.

Die Zahl der Teenagerschwangerschaften ist im europäischen Vergleich ebenfalls sehr niedrig und weist daraufhin, dass Jugendliche sowohl Zugang zu umfangreicher und korrekter Information haben als auch zu gesundheitlichen Diensten. Sexuell aktive deutsche Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren verhüten heute bereits beim ersten Mal besser als je zuvor: Nur je acht Prozent der Mädchen und Jungen geben an, keine Verhütungsmittel benutzt zu haben. 1980 lag dieser Anteil mit 20 Prozent bei den Mädchen und 29 Prozent bei den Jun-

gen um ein Vielfaches höher. Die neuen Zahlen zeigen zudem, dass Jungen beim ersten Mal mittlerweile ebenso gut verhüten wie Mädchen (BZgA 2010). Die Anzahl der festgestellten Schwangerschaften liegt bei 10/1000 unter den 15-19-jährigen Frauen und ist im internationalen Vergleich sehr niedrig (WHO Global Health Observatory Data Repository).

## Wie könnte die sexuelle Gesundheit in Deutschland verbessert werden?

### Bewusstsein bei Anbietern und Nutzern

Das Konzept der sexuellen Gesundheit wurde bisher nur in Ansätzen in Deutschland rezipiert. Dementsprechend schwach ist ein Bewusstsein für das Thema ausgeprägt sowohl bei Anbietern von medizinischer Versorgung und Beratung als auch bei Nutzern (Patienten, Klienten, Ratsuchenden). Es wird als gegeben hingenommen, dass die Aspekte von Sexualität in unterschiedlichen Settings von verschiedenen medizinischen / psychologischen / beratenden Diensten abgedeckt werden, die häufig nicht miteinander vernetzt sind. Es ist auch weitgehend akzeptiert, dass das Thema Sexualität im ärztlichen Kontext unzureichend oder nur mit einseitiger Betonung angesprochen wird (z. B. Verhütung, Schwangerschafts- oder Krebsvorsorge in der gynäkologischen Praxis).

Das gesundheitsfördernde Potential von Sexualität und sexueller Gesundheit bleibt auch in Deutschland noch weitgehend unbeachtet: Eine befriedigende Sexualität und sexuelle Gesundheit schlagen sich auf vielfältige Weisen nieder und wirken sich positiv sowohl auf die physische als auch die psychische Gesundheit aus. In aktuellen Studien konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die systematische Integration des Themas Sexualität in die Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen positive Auswirkungen auf die Genesung der Betroffenen hat (Beier et al., 2001, Beier et al., 2002, Rösing et al., 2007, Andersson, im Erscheinen begriffen).

Doch ist die Versorgung nicht nur fragmentiert, sondern weist in einzelnen Bereichen auch Lücken auf, z. B. bei der sexualitätsbezogenen Beratung und Therapie. Zwar gibt es umfassende und qualitativ hochwertige Beratungsmöglichkeiten für einzelne Themen (z. B. HIV und ungewollte Schwangerschaft), die aber zwangsläufig auf bestimmte Zielgruppen zugeschnitten sind. Mangel herrscht hingegen bei der allgemeinen Beratung zu sexuellen Fragen und Sorgen auch in Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, die standardmäßig in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden könnte mit der Verweismöglichkeit an qualifizierte Beratungs-

stellen oder spezialisierte Zentren für sexuelle Gesundheit.

## Verzahnung und Vernetzung

Für eine Verbesserung der sexuellen Gesundheit in Deutschland ist es erforderlich, dass sich die verschiedenen Akteure in diesem Bereich stark vernetzen. Aus zeitlichen und finanziellen Gründen wird das ärztliche Handeln häufig ausschließlich von einer Verdachtsdiagnose bestimmt. Um dem Anspruch der WHO-Definition gerecht zu werden, sollte jedoch auch das sexuelle Wohlbefinden bzw. Störungen desselbigen angemessene Berücksichtigung erfahren. Eine begrenzte, auf das eigene Fachgebiet beschränkte Perspektive wird daher den Ansprüchen nicht gerecht. Fehlende Expertise in einzelnen Themen der sexuellen Gesundheit (z. B. reproduktiver Gesundheit oder sexueller Gewalt) kann durch eine enge Zusammenarbeit zwischen lokalen / regionalen Akteuren kompensiert werden.

Das Thema „sexuelle Gesundheit“ ist in ärztlicher Fort- und Weiterbildung weitgehend abwesend. Einige der wenigen existierenden sexualmedizinischen Einrichtungen in Deutschland wurden in den letzten Jahren geschlossen oder sind von Schließung bedroht (Briken 2012). Hier besteht jedoch nicht nur für Ärzte/Ärztinnen, sondern auch für Beratende und Pädagogen ein enormer Bedarf an Fortbildung. Sowohl die DAH (gefördert durch die BZgA) als auch die DSTIG entwickeln zurzeit Curricula, die auf verschiedene Aspekte der sexuellen Gesundheit eingehen. Eine verstärkte Kooperation zwischen ausbildenden Universitäten, medizinischen Fachgesellschaften, Krankenversicherungen und anderen beteiligten Akteuren könnte zu einer standardmäßigen Integration des Themas Sexualität in Aus- und Fortbildung führen.

## Verbesserung des Zugangs

Die medizinische Versorgung zu Belangen sexueller Gesundheit wird in Deutschland weitgehend von Fachärzt/innen durchgeführt, was Einschränkungen hinsichtlich des Zugangs nach sich zieht. Der Besuch bei einem Facharzt/einer Fachärztin kann unter Umständen mit langen Wartezeiten verbunden sein. Eine anonyme Behandlung ist nicht möglich, da eine Abrechnung mit der Krankenkasse erfolgen muss. Außerdem kann eine Stigmatisierung des Patienten/der Patientin durch das Praxispersonal nicht immer vermieden werden. Vielen Personen fällt es unter diesen Umständen schwer, Aspekte ihres Sexuallebens zu offenbaren. Noch schwieriger gestaltet sich

der Zugang zu Beratung, Diagnostik und Therapie für Personen, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit oder eines ungeklärten Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung haben. Betroffen sind hiervon viele Sexarbeiter/innen, die lediglich Notfalleleistungen in Anspruch nehmen dürfen. Gehen die Bedürfnisse dieses Personenkreises über eine Notfallbehandlung hinaus, etwa bei einer Tumorerkrankung, stehen ihnen in Deutschland keine Behandlungsmöglichkeiten offen.

Hier könnte ein Blick über den Ärmelkanal helfen. In Großbritannien bestehen seit langem die sogenannten GUM-Kliniken. In diesen Anlaufstellen, die allen Personen kostenlose Beratung, Diagnostik und Therapie zu STI anbieten, arbeiten Fachärzte und Fachärztinnen für „genito-urinary medicine“. Im Zentrum dieser Weiterbildung stand ursprünglich die Diagnostik und Behandlung von STI, HIV und anderen nicht-infektiösen Genitalerkrankungen. In den letzten Jahren wurde der Fokus auf weitere Aspekte der sexuellen Gesundheit erweitert. Dazu gehören Fragen der sexuellen Funktionsstörungen, Erkennung von zervikalen Dysplasien, Familienplanung und Gesundheitsförderung. So geht das Angebot vieler GUM-Kliniken über die Diagnose von STI hinaus und schließt Beratung und Versorgung zu verschiedenen anderen Aspekten sexueller Gesundheit ein, wie z. B. HIV, Verhütung, Impfung, Schwangerschaft oder sexuelle Gewalt. Alle Angebote sind freiwillig und vertraulich. Somit ist dort eine Struktur geschaffen worden, die dank qualifizierter Fachkräfte verschiedenste Bereiche der sexuellen Gesundheit in integrierter Form abdecken kann (French et al. 2010).

Auch in Deutschland könnte es sinnvoll sein, Zentren mit ähnlichen Angeboten zu den unterschiedlichsten Aspekten der sexuellen Gesundheit (wie sie bereits teilweise im Rahmen des ÖGD bestehen) auszubauen oder neu zu schaffen. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, die Fachkompetenz in sexueller Gesundheit räumlich zu konzentrieren, ein interdisziplinäres Lernen zu ermöglichen, Angebote zu sexueller Gesundheitsfürsorge guter Qualität an einem Ort anzubieten und niedrigschwellig alle Bereiche der Bevölkerung, inklusive der Menschen ohne Krankenversicherung, zu erreichen.

In der gegenwärtigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems gäbe es grundsätzlich zwei Möglichkeiten, solche Zentren zu verankern. Im ambulanten Sektor wäre die Bildung von Zentren, die sich auf sexuelle Gesundheit spezialisieren, denkbar. Hier könnten Fachärzt/innen der Gynäkologie, Urologie, Dermatovenerologie und Inneren Medizin zusammen mit Psychotherapeuten (mit Schwerpunkt Sexualität und Sexualberatung), Beratern und Pädagogen ein breites Spektrum an Leistungen erbringen. Die enge Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und die gemeinsame Nutzung der Ressourcen

gewährleisten Synergieeffekte und die umfassende Versorgung an einem Ort. Die Behandlung von Problemen / Erkrankungen könnte um Angebote zur Förderung der sexuellen Gesundheit (z. B. Bildung und Information) ergänzt werden. Bei dieser Option müssten im Vorfeld die schwierigen Fragen geklärt werden, wie der Zugang von allen Menschen (auch denen ohne Krankenversicherung) gewährleistet werden kann, wie gegebenenfalls die Anonymität der Patienten/Klienten gewahrt werden und wie das Zentrum für seine umfassenden und verzahnten Leistungen vergütet werden kann.

Ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt könnte fundiert dokumentieren, welchen Zuschnitt derartige Zentren haben müssten, um eine niedrigschwellige, umfassende und interdisziplinäre Versorgung anzubieten.

Eine zweite Möglichkeit besteht im konsequenten Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Bereits heute haben einzelne Gesundheitsämter wie die Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) einschließlich Aids in Köln oder CASA Blanca in Hamburg ein kostenloses, niedrigschwelliges, breitgefächertes Angebot zur sexuellen Gesundheit, das stark nachgefragt wird. Durch enge Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, Aids-Hilfen und Kliniken kann auch so der Austausch von Fachkompetenz gefördert werden. Vorteil dieser Strukturen ist, dass sie allen Menschen, demzufolge auch Menschen ohne Krankenversicherung offen stehen. Hier müssten jedoch die Länder und Kommunen feste Finanzierungszusagen machen, um ein Fortbestehen, bzw. einen Ausbau bereits bestehender Angebote zu ermöglichen.

Flankierend zu den oben genannten Möglichkeiten ist die konsequente Fortbildung von Fach- und Hausärzten notwendig. Im Zentrum der Fortbildung steht nicht unbedingt die Vermittlung von neuem Fachwissen, sondern ein umfassendes Verständnis von Sexualität, die Anerkennung seiner gesundheitsfördernden Potentiale sowie die Fähigkeit, Patienten und Ratsuchenden gezielte und ernstgemeinte Gesprächsangebote zu Sexualität zu machen und sie ggf. an andere qualifizierte Stellen zu überweisen. Die Integration von sexueller und reproduktiver Gesundheit in die primäre Gesundheitsversorgung wurde auch von der European Forum for Primary Care empfohlen und ist in einigen Nachbarländern (z. B. Niederlande) seit Jahrzehnten gängige Praxis (Ketting & Esin, 2010). Die WHO hat kürzlich einen Prozess angestoßen, Richtlinien für die Beratung im Bereich Sexualität zu entwickeln. Ansatzpunkt ist hier ebenfalls, dass das Thema Sexualität in die ärztliche Versorgung und Beratung stärker integriert werden sollte.

## Fazit

Das Konzept der sexuellen Gesundheit wurde in Deutschland bisher nicht umfassend rezipiert und hat daher noch nicht in allen betroffenen Bereichen Niederschlag gefunden. Ängste vor dem vermeintlich normativen Charakter des Konzepts und einer daraus möglicherweise resultierenden Abwertung und Verurteilung sexuellen Verhaltens bzw. sexueller Befindlichkeit könnten mit für die zögerliche Rezeption verantwortlich gewesen sein. Die sexuellen Rechte, die als Bedingung zur Realisierung von sexueller Gesundheit in der WHO Definition (2002) genannt werden, sollten jedoch als Garant für Selbstbestimmung und Nicht-Diskriminierung verstanden werden.

Das Konzept bietet verschiedene Möglichkeiten, um auch im deutschen Kontext Verbesserungen in der Beratung und Versorgung zu erzielen. Derzeit ist die Versorgung im Bereich Sexualität von Fragmentierung gekennzeichnet, wenngleich sie in einzelnen Bereichen von sehr hoher Qualität ist. Das fragmentierte Angebot verstellt den Blick auf Versorgungslücken und Zugangsprobleme. Des Weiteren können keine Synergieeffekte genutzt werden und ein interdisziplinärer Austausch, der gerade für den Bereich Sexualität wünschenswert und notwendig ist, bleibt aus.

Um die Versorgung im Bereich sexuelle Gesundheit für alle Menschen zu verbessern, sollte zunächst der Bedarf an systematischer Fort- und Ausbildung der entsprechenden Berufsgruppen identifiziert und bedarfsgerechte Angebote geschaffen werden. Außerdem sollte geprüft werden, in welcher Form Zentren für sexuelle Gesundheit in Deutschland aufgebaut werden können.

## Literatur

- Andersson, R. (im Erscheinen begriffen) 2013. Positive Possibilities: A review of the literature on how sexual satisfaction, pleasure and self-esteem impact sexual, mental, physical health and overall wellbeing. Bundesgesundheitsblatt.
- Bales, S., Baumann H.G., Schnitzler, N., 2003. Infektionsschutzgesetz. Kommentar und Vorschriftensammlung. 2. Auflage. Stuttgart, 171ff.
- Beier, K.M., Goecker, D., Babinsky, S., Ahlers, Ch. J., 2002. Sexualität und Partnerschaft bei Multipler Sklerose – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern. *Sexuologie* 2002 (9) 1: 4–22.
- Beier, K.M., Lüders, M., Boxdorfer, S.A., Ahlers, Ch.J., 2001. Sexualität und Partnerschaft bei Morbus Parkinson – Ergebnisse einer empirischen Studie bei Betroffenen und ihren Partnern. *Sexuologie* 2001 (8) 1: 19–41.
- Briken, P., Dekker, A., 2012. Sexualwissenschaft: Das sexuelle

- Elend existiert weiter. Dtsch Arztebl 109(7): A 311–3.
- BZgA 2009. Dokumentation Gib AIDS keine Chance. Die Kampagne zur Aidsprävention in Deutschland. Köln.
- BZgA 2010. Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17- Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration. Köln.
- BZgA 2011. Kurzbericht: AIDS im öffentlichen Bewusstsein 2010. Köln.
- BZgA. [www.loveline.de](http://www.loveline.de), [www.schule.loveline.de](http://www.schule.loveline.de).
- BZgA. [www.machsmitt.de](http://www.machsmitt.de).
- DSTIG 2010. Standards zur Prävention sexuell übertragbarer Infektionen. In: *Epidemiologisches Bulletin* 35 (2010) 351–4. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/35\\_10.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2010/Ausgaben/35_10.pdf?__blob=publicationFile).
- DSTIG 2012. Indikatorenkatalog. ([www.dstig.de](http://www.dstig.de)).
- Edwards, W., Coleman, E., 2004. Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behaviour*, 33, 3, 189–195.
- French, R.S., Mercer, C.H., Robinson, A.J., Gerressu, M., Rogstad, K.E., 2010. Addressing sexual health needs: a comparison of a one-stop shop with separate genitourinary medicine and family planning services. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 10/2010, 36 (4), 202–9.
- Giami, A., 2002. Sexual Health: the Emergence, Development, and Diversity of a Concept. *Annual Review of Sex Research*, 13, 1–35.
- IPPF 2009. Sexuelle Rechte: eine IPPF-Erklärung. (englisches Original 2008).
- Ketting, E., Esin, A., 2010. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe. Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 21010, 18: 269–282.
- OECD. Stat Extracts: Health Status Maternal and Infant Mortality, Stand 2010, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>, (Zugriff 5.10.2012).
- Pan American Health Organisation / PAHO. 2001. Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation, Guatemala 2000. <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>.
- RKI 2012. HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* 28/2012: 255ff [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/28\\_12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/Ausgaben/28_12.pdf?__blob=publicationFile).
- Rösing, D., Neutze, J., Beier, K.M., Hoffmann W., Klebingat K.J. 2007. Radikale Prostatektomie bei Prostatakarzinom, Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität im Krankheitsverlauf und Interventionsmöglichkeiten. *Urologe* 46 (9): 1056–1057.
- SchKG 1992. Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz SchKG). [https://www.destatis.de/DE/Methoden/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Gesundheitswesen/565\\_SchKG.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Methoden/Rechtsgrundlagen/Statistikbereiche/Gesundheitswesen/565_SchKG.pdf?__blob=publicationFile).
- Statistisches Bundesamt 2011. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> (Zugriff 5.10.2012).
- WHO 1975. Education and Treatment in Human Sexuality. The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting. Geneva.
- WHO 2004. Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva.
- WHO 2006. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva.
- WHO 2010. Developing sexual health programmes. A framework for Action. Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf).
- WHO Global Health Observatory Data Repository. <http://apps.who.int/ghodata/?vid=240>, Zugriff 22.10.2012.
- WHO Regional Office for Europe 1987. Concepts on sexual health. Report of a working group. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe 2001. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Copenhagen.
- WHO Regional Office for Europe, BZgA 2010. Standards for Sexuality Education in Europe. A Framework for policymakers, educational and health authorities, and specialists. Cologne.
- WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF 2009. Sexual and reproductive health and HIV: Linkages: Evidence Review and Recommendations. ([http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009\\_linkages\\_evidence\\_review\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009_linkages_evidence_review_en.pdf)).
- World Association for Sexology / WAS 1999. World Association of Sexology's Declaration of Sexual Rights. <http://wass.org.au/downloads/DecSexualRights.pdf>.
- World Association for Sexual Health / WAS 2008. Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document. Minneapolis.
- World Association for Sexual Health / WAS 2012. [www.worldsexology.org](http://www.worldsexology.org) (Zugriff 18.10.2012).

#### **AutorInnen**

Dr. Viviane Bremer MPH, Stellvertretende Fachgebietsleiterin, Fachgebiet HIV/Aids u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Abteilung für Infektionsepidemiologie RKI, DGZ-Ring 1, 13086 Berlin, e-mail: [BremerV@rki.de](mailto:BremerV@rki.de)

Dr. Christine Winkelmann, WHO Kollaborationszentrum für sexuelle und reproduktive Gesundheit, BZgA, Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln, e-mail: [christine.winkelmann@bzga.de](mailto:christine.winkelmann@bzga.de)