



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Bedeutung der Sexualpädagogik für die Sustainable Development Goals“

verfasst von / submitted by

Kateryna Savina, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von / Supervisor:

tit. Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Mag. Mag. Dr. techn. Dr. Dr.
habil. Thomas Benesch, BEd B.A. MBA MPA MA

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Forschungsfrage	1
2. Methodisches Vorgehen und Forschungsprozess	5
2.1. Systematische Literaturrecherche und Theoretischer Teil der Arbeit	5
2.2. Indikatoren der Befragung und Hypothesen	7
2.3. Datenerhebung	9
3. Erstellung des Fragebogens	12
3.1. Demografische Angaben	12
3.2. Subjektiver Kenntnisstand der Teilnehmer/innen	13
3.3. Fragen zum Wissen	13
3.3.1. Biologische Aspekte	15
3.3.2. Sexuell übertragbare Krankheiten	17
3.3.3. Menschenrechte und Sexualität	18
3.4. Pre-Test	19
4. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte	24
4.1. Sexualpädagogik	24
4.2. Sexualpädagogik in Österreich	26
4.3. Begriffsbestimmung: Sexuelle und Reproduktive Rechte	28
4.4. Entstehungsgeschichte der Reproduktiven Rechte	29
5. Sustainable Development Goals	40
5.1. Nachhaltige Entwicklung	40
5.2. Global Governance und Zielsetzung	42
5.3. Sustainable Development Goals – Entwicklung und Messung	43
5.4. Implementierung der Sustainable Development Goals in Österreich	46
6. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in den Sustainable Development Goals	47

6.1. Gesundheit und Wohlergehen	48
6.1.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Ziel 3	49
6.1.2. Umsetzung in Österreich	49
6.2. Hochwertige Bildung	50
6.2.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Ziel 4	50
6.2.2. Umsetzung in Österreich	51
6.3. Gleichberechtigung der Geschlechter	52
6.3.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Ziel 5	53
6.3.2. Umsetzung in Österreich	54
6.4. Reduzierte Ungleichheit	54
6.4.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in Ziel 10	54
6.4.2. Umsetzung in Österreich	55
7. Auswertung	57
7.1. Demographische Daten – Ein Überblick	60
7.2. Subjektiver Kenntnisstand	63
7.2.1. Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen?	63
7.2.2. Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität überwiegend?	64
7.2.3. Vergleich der Informationsquellen mit der Originalstudie	69
7.2.4. Welches waren für Sie die wichtigsten Personen bei der Aufklärung	70
7.2.5. Vergleich der Bezugspersonen mit der Originalstudie	75
7.2.6. Themenbereiche, die im Sexualunterricht behandelt wurden	76
7.3. Biologische Aspekte	77
7.3.1. Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine Frau schwanger werden?	78
7.3.2. Sexuelle Aktivitäten, die zu einer Schwangerschaft führen	78
7.3.3. Frageblock zu biologischen Aspekten	80
7.3.4. Summenscore für biologische Aspekte	82
7.4. Sexuell übertragbare Krankheiten	85
7.4.1. Frageblock zu sexuell übertragbaren Krankheiten	86
7.4.2. Summenscore für sexuell übertragbare Krankheiten	88

7.5. Vergleich der Wissenserhebung zu biologischen Aspekten & sexuell übertragbaren Krankheiten mit der Originalstudie	90
7.6. Menschenrechte und Sexualität	92
7.6.1. Frageblock zur Gleichberechtigung der Geschlechter	92
7.6.2. Vergleich der Ergebnisse des Frageblocks zur Gleichberechtigung der Geschlechter mit der Originalstudie	95
7.6.3. Frageblock zu Sexuellen und Reproduktiven Rechten	97
7.6.4. Summenscore für Sexuelle und Reproduktive Rechte	98
7.6.5. Vergleich der Ergebnisse des Frageblocks zu Sexuellen und Reproduktiven Rechten mit der Originalstudie	99
7.7. Subjektiv empfundene Informationsdefizite	99
7.8. Auswertung der Hypothesen	101
8. Diskussion	104
8.1. Bezugspersonen und Informationsquellen der Aufklärung	105
8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse der Wissensbefragung	106
8.3. Welche Faktoren beeinflussen den Wissensstand?	110
8.4. Ausblick	112
8.5. Limitationen	114
Abkürzungsverzeichnis	115
Literaturverzeichnis	116
Abbildungsverzeichnis	127
Tabellenverzeichnis	128
Anhang A (Abstract)	128
Anhang B (Fragebogen)	131
Anhang C (Elternbrief)	138
Anhang D (SPSS Ausgabe der Auswertung – CD-ROM)	

1. Einleitung und Forschungsfragen

Im Prozess der Formulierung der Forschungsfragen der vorliegenden Studie, wurden Entwicklungen und Erkenntnisse zur Bedeutung von Sexualpädagogik der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Vereinten Nationen (UN), und in der wissenschaftlichen Literatur untersucht.

In den Rahmenrichtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Sexualbildung in Europa wurde festgehalten, dass die Europäischen Region der WHO, einschließlich Österreich, vor Herausforderungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit steht, denn es wurden steigende Raten von sexuell übertragbaren Krankheiten und von sexueller Gewalt erfasst. Um dieser Problematik entgegenzuwirken und Verbesserungen der sexuellen Gesundheit zu erzielen, muss laut WHO ein Schwerpunkt auf die Bildung von Kindern und Jugendlichen gelegt werden (vgl. WHO Europe 2010:5).

Die Vermittlung von Sexualpädagogik in der Schule ist wichtig für die Gesundheit und das Wohlergehen Jugendlicher, da die Schüler/innen bei ihrer sexuellen und allgemeinen Entwicklung unterstützt werden, und ihr Bewusstsein für unerwünschte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten gebildet wird. (vgl. Kumar et al 2013). Die Bedeutung der Schulen für die Vermittlung von Wissen über Sexualität wird von Depauli und Plaute (2019:o.S.) wie folgt erklärt:

Bildungseinrichtungen müssen Wissen und Informationen bereitstellen, die dazu beitragen, Kinder und Jugendliche zu schützen, sie in ihrer Entwicklung zu unterstützen, die Achtung und Wertschätzung von Geschlecht und Sexualität zu gewährleisten und gleichzeitig die Meinungsvielfalt und die Herausforderungen der heutigen Gesellschaft zu respektieren.

In der Agenda 2030 wurde der Sexualpädagogik besondere Bedeutung zugesprochen: Die im Jahr 2015 verabschiedete Agenda 2030 der Vereinten Nationen ist ein globales Rahmenwerk zur nachhaltigen Entwicklung. Im Mittelpunkt stehen die Sustainable Development Goals (SDGs) – 17 Nachhaltigkeitsziele (vgl. Rieckmann 2018:4). Die UN Mitgliedstaaten haben neben den drei Zielen „Gute Gesundheitsversorgung und Wohlergehen“, „Hochwertige Bildung“ und „Gleichberechtigung der Geschlechter“, folgende Schwerpunkte, innerhalb der Unterpunkte, festgelegt: einen universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, inklusive Information und Bildung, Familien Planung, und die Inklusion der sexuellen und reproduktiven Rechte in nationale Strategien und Programme (vgl. WHO 2016).

Die SDGs werden kritisiert, da keine konkreten Vorgaben für ihre Implementierung vorgegeben worden sind, und die Ziele in bestimmten Regionen bis 2030 auf politischer Ebene kaum umgesetzt werden können (vgl. Young 2017:46). Im Jahr 2019 lag Österreich im Ländervergleich auf Platz 5 und das Ziel *Gesundheit und Wohlergehen* wurde laut dem SDG – Index der Bertelsmann Stiftung von 2019 und dem Bericht der Statistik Austria von 2018 in Österreich erreicht. Es wurden in beiden Berichten nur ausgewählte Indikatoren berücksichtigt; Daten zu Indikatoren, die beispielsweise die Familienplanung betreffen, fehlen (vgl. ^aStatistik Austria 2018 / Sachs et al 2019).

Zur selben Zeit im Jahr 2015 ist in Österreich *der Grundsatzlerlass Sexualpädagogik*, in Anlehnung an die Rahmenrichtlinien der Weltgesundheitsorganisation für Sexualbildung in Europa, überarbeitet und verabschiedet worden (vgl. BMBWF 2019). Dabei wurde ein Bildungsauftrag an österreichische Schulen gestellt: „Im Rahmen einer umfassenden Sexualpädagogik sollen Kindern und Jugendlichen Informationen und Kompetenzen vermittelt werden, um verantwortungsvoll mit sich und anderen umgehen zu können“ (BMBWF 2019).

In der Studie *Sexuality Education in Europe and Central Asia* (vgl. Ketting & Ivanova 2018:49) wurde von Jugendlichen in Österreich die Schule als die wichtigste Informationsquelle zu Themen, die Sexualität betreffen, genannt. Es wurde in der Studie nicht ersichtlich, welche Quellen von jungen Erwachsenen nach der Schulzeit mit zunehmendem Alter zur Aufklärung genutzt werden.

Im *Grundsatzlerlass Sexualpädagogik* (vgl. BBWF 2019:4) wurde festgehalten, dass neben Inhalten zu biologischen Aspekten und sexuell übertragbaren Krankheiten zudem Prinzipien der Gleichstellung der Geschlechter, sexuelle Orientierung, Geschlechteridentität und Kompetenzen wie kritisches Denken im Unterricht vermittelt werden sollten. Diese Themen finden im Lehrplan für Biologie und Umweltkunde für die Allgemein bildenden höheren Schule keine Erwähnung (RIS 2019:o.S.). In Österreich gibt es keine standardisierten Untersuchungen oder Bewertungsverfahren, die das Wissen der Jugendlichen und die Qualität der Sexualbildung evaluieren (vgl. Ketting & Ivanova 2018:46).

In diesem Zusammenhang wurden in den letzten zehn Jahren in Österreich Studien publiziert, die sich beispielsweise mit den Themen der Sexualpädagogik (Depauli und Plaute 2019), Sexualität, Macht und Gewalt in pädagogischen Diskursen (Arzt et al 2018) und Homophobie und Männlichkeit in Schulkontexten (Scheibelhofer 2018) beschäftigten.

Im internationalen Kontext wurde die Wirkung des Sexualunterrichts auf das Wissen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erforscht, beispielsweise in der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* (Kumar et al 2013) und *Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia* (Adinew et al 2013). Die Ergebnisse dieser Studien zeigten Unterschiede im Wissen der Teilnehmer/innen in Bezug auf die Indikatoren Geschlecht und soziale Herkunft.

In der deutschen Studie *Jugendsexualität 2015* wurden Unterschiede in den Angaben der Befragten zu Bezugspersonen und Informationsquellen für Aufklärung ersichtlich. In der deutschen Studie zeigten die Faktoren Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund einen Einfluss auf die Antworten der Befragten (vgl. Bode & Heßling 2015:13ff/57ff). In der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde ersichtlich, dass Jugendliche und junge Erwachsene bei dem Thema „sexuell übertragbare Krankheiten“ Informationsdefizite angegeben haben (vgl. Bode & Heßling 2015:70ff).

Im Zuge der Literaturrecherche für die vorliegenden Studie, wurden in Österreich keine vergleichbaren wissenschaftlichen Studien, die sich mit den Einflussfaktoren auf den Wissenstand österreichischer Jugendlicher und junger Erwachsener zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beschäftigten. Internationale Studien zeigten, dass der Wissenstand junger Menschen von Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischer Hintergrund beeinflusst werden kann. Trotz der Berichte der Statistik Austria und des SDG-Indexes der Bertelsmann Stiftung über die Erreichung des SDG *Gesundheit und Wohlergehen* in Österreich, können steigende Raten von sexuell übertragbaren Krankheiten und von sexueller Gewalt beobachtet werden. Durch die Forderung der Vereinten Nationen nach einer Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele, ergibt es sich ein Forschungsinteresse, welches von folgenden Fragen, abgeleitet aus der wissenschaftlichen Literatur, geleitet wird:

„Welche Faktoren beeinflussen den Wissensstand Jugendlicher und junger Erwachsener in Wien über Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im Sinne der Sustainable Development Goals: *Gute Gesundheitsversorgung und Wohlergehen, Hochwertige Bildung und Gleichberechtigung der Geschlechter?*“ (Adinew et al 2013 / Bode & Heßling 2015 /Kumar et al 2013)

„Welche Informationsquellen nutzen Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne der Sexualaufklärung?“ „Durch welche Faktoren wird die Wahl der Informationsquellen beeinflusst?“ (Bode & Heßling 2015)

„Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen für Jugendliche und junge Erwachsene bei der Sexualaufklärung?“ „Durch welche Faktoren wird die Wahl der Bezugspersonen beeinflusst?“ (Bode & Heßling 2015)

„Welche Wissensdefizite empfinden Jugendliche und junge Erwachsene zu Themen der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechten?“ (Bode & Heßling 2015)

Mit der Untersuchung im Rahmen der Masterarbeit wurde das Ziel verfolgt, zur wissenschaftlichen Literatur beizutragen und zu weiterer Forschung auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in Österreich anzuregen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können interessierte Bildungseinrichtungen und NGOs über den Wissenstand von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit informieren.

2. Methodologisches Vorgehen und Forschungsprozess

In Kapitel 2 wurde das methodologische Vorgehen und der Forschungsprozess der Masterarbeit beschrieben. Im ersten Schritt wurde die Erstellung des theoretischen Teils der Arbeit, unter Einbezug der systematischen Literaturrecherche, erläutert. Im zweiten Schritt wurden die Indikatoren und Hypothesen der Befragung vorgestellt, und abschließend wurde der Ablauf der Befragung aufgezeigt.

2.1. Systematische Literaturrecherche und Theoretischer Teil der Arbeit

Im theoretischen Teil der Arbeit wurde ein Zusammenhang zwischen der Sexualpädagogik an Schulen, sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie Rechte, und den Sustainable Development Goals hergestellt. Dazu wurde die Entstehung des Diskurses zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, die Anerkennung der sexuellen und reproduktiven Rechte als Menschenrechte, und die Festhaltung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in den Nachhaltigkeitszielen beschrieben. Es wurde die Umsetzung der jeweiligen Nachhaltigkeitsziele, die sich auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beziehen, in Österreich näher betrachtet.

Die wichtigsten Medien bei der Literaturrecherche waren Zeitschriftenartikel, da diese in der Regel eine Peer-Review durchlaufen, und Bücher. Es wurden zudem online verfügbare *Policy Papers* von internationalen Organisationen, die Daten der Statistik Austria zu der Umsetzung der SDGs in Österreich, sowie Berichte und Abschlussdokumente von internationalen Konferenzen und Zusammenkünften verwendet. Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe des Bibliothekskataloges der Universität Wien, der Suchmaschine Google Scholar, und Literaturverzeichnissen von Zeitschriftenartikeln durchgeführt. Bei der Suche wurden Stichwörter und Synonyme auf Deutsch und Englisch verwendet, wie beispielsweise: Sexualpädagogik, Sexualunterricht, Sexualbildung, Aufklärungsunterricht oder Sexual Education. In Abbildung 1 wurden die Schritte der Literaturrecherche für den theoretischen Teil dargestellt. Dabei wurden die Ergebnisse zu den drei Themenschwerpunkten „Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte“, „Sexualpädagogik“ und „Sustainable Development Goals“ zusammengefasst:

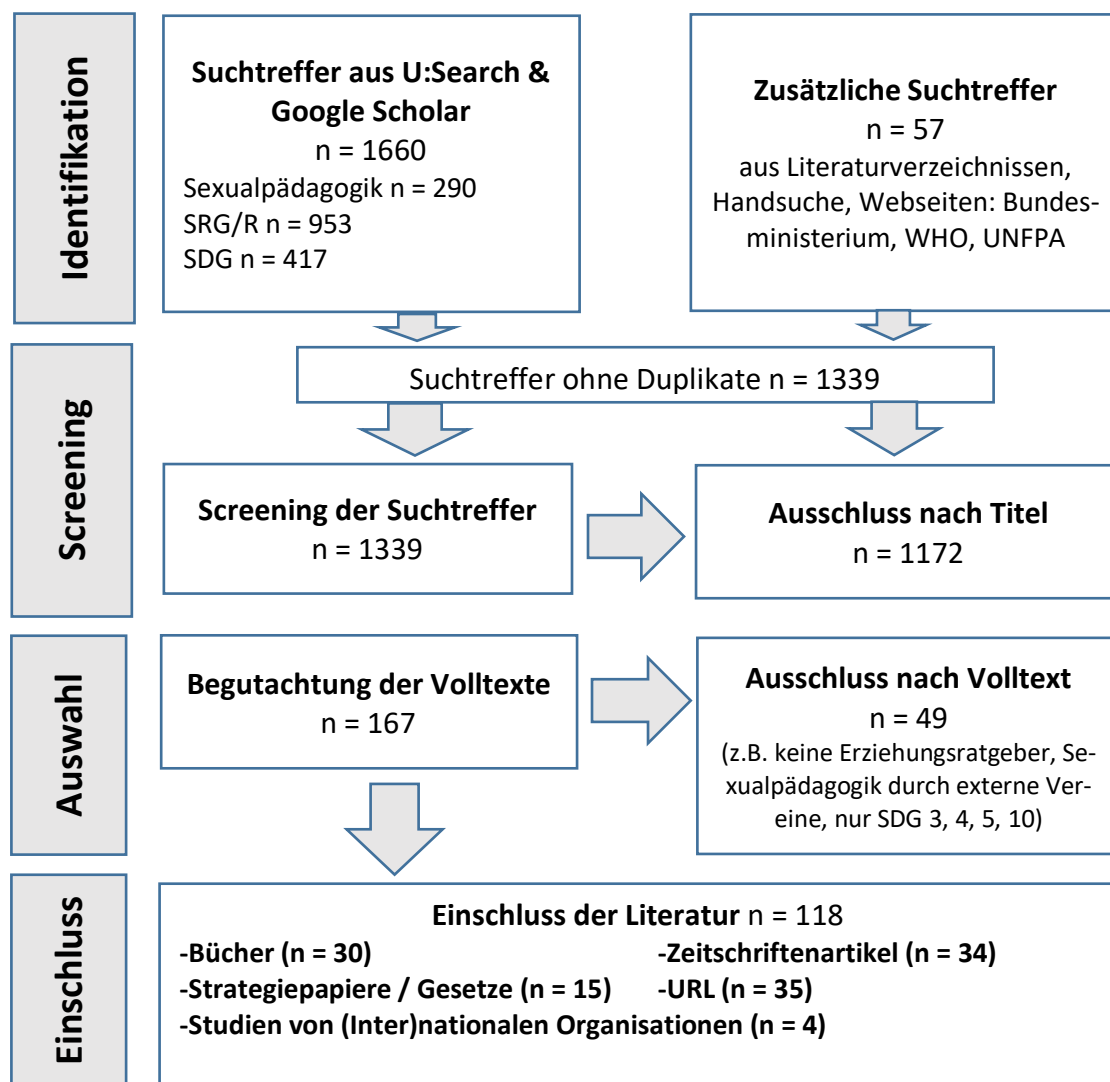


Abbildung 1 Systematische Literaturrecherche
(SRG/R = Sexuelle & Reproduktive Gesundheit & Rechte; SDG = Sustainable Development Goals; WHO = World Health Organization; UNFPA = United Nation Population Fund)

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden Zeitschriftenartikel aussortiert, die eine Wissenserhebung zu Themen des Sexualunterrichts oder zur Geschlechtergleichstellung behandelten. Es wurden fünf Artikel gewählt, anhand welcher der Fragebogen erstellt wurde. Dieser Prozess wurde im Kapitel 3 erläutert. Zur Analyse der Umsetzung der SDGs in Österreich wurden die Daten der Statistik Austria und des SDG-Indexes der Bertelsmann Stiftung beschrieben.

2.2. Indikatoren der Befragung und Hypothesen

Als zweiter Schritt im Forschungsprozess, nach Fertigstellung des theoretischen Teils der Studie, wurde ein Fragebogen erstellt und eine Datenerhebung durchgeführt. Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden Jugendliche und junge Erwachsene zu ihrem Wissen über Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechten befragt, die laut dem Grundsatzerlass Sexualpädagogik und dem Lehrplan für Biologie und Umweltkunde für die allgemeinbildende höhere Schule des Österreichischen Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung, unterrichtet werden sollten (vgl. BMBWF 2019 & RIS 2019). Soziodemographische Daten wurden erhoben, um einen Vergleich des Wissensstandes der Befragten, unter Berücksichtigung der Indikatoren Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund und sozioökonomischen Hintergrund, durchzuführen.

Das Geschlecht der Teilnehmer/innen wurde als Indikator gewählt, da in den Studien von Kumar et al (2013) und Bode & Heßling (2015) Unterschiede im Wissensstand, in der Nennung von Bezugspersonen und Informationsquellen für Themen der Sexualität, zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen ersichtlich wurden. Es konnten somit Unterschiede in der vorliegenden Studie vermutet werden. Aus diesem Grund wurde folgende Hypothese aufgestellt

Hypothese 1 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Der Indikator Alter der Befragten wurde in der Studie *Jugendsexualität 2015* verwendet und zeigte Unterschiede in den Antworten der Teilnehmer/innen. Daher wurde dieser Indikator für die vorliegende Studie verwendet. Die zweite Hypothese lautete wie folgt:

Hypothese 2 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

In der *Jugendsexualität 2015* Studie wurden zwei Altersgruppen gebildet: 14-17 Jahre und 18-25 Jahre. Diese Einteilung wurde für die vorliegende Studie wie folgt geändert: Die erste, jüngere Altersgruppe wurde aus 14-18 Jährigen, und die zweite, ältere Altersgruppe aus 19-25 Jährigen zusammengesetzt.

Das Mindestalter wurde mit 14 Jahren festgelegt, da ab diesem Alter die Schüler/innen die Oberstufe besuchen, und sich laut Lehrplan (siehe Kapitel 4) mit Themen der Sexualität im Rahmen des Schulunterrichts bereits auseinandergesetzt haben. Ab diesem Alter tritt die Rolle der Eltern bei der Aufklärung in den Hintergrund und die Lehrpersonen in der Schule übernehmen einen großen Teil an Sexualaufklärung (vgl. Weidinger et al 2004:3). Dieser Prozess wurde in Kapitel 4 erläutert. Mit 18 Jahren wird die Volljährigkeit erreicht, und die Schüler/innen schließen die Oberstufe ab. Alle 18-jährigen Teilnehmer/innen der vorliegenden Studie haben zum Zeitpunkt der Befragung die Schule besucht. Aus diesem Grund wurde das Maximalalter der ersten Altersgruppe im Gegensatz zur *Jugendsexualität 2015* Studie (17 Jahre) mit 18 Jahren festgelegt.

Das Mindestalter der zweiten Altersgruppe war 19 Jahre. Im Rahmen der Befragung an der Schule hat keine Person angegeben, älter als 18 Jahre zu sein. Als Altersgrenze wurde 25 Jahre gewählt, da laut Oerter und Montada (vgl. 1995:312) mit dem 25. Lebensjahr die Phase des „Frühen Erwachsenenalters“ endet. Der Psychologe Erik Erikson legt in seinem Stufenmodell, welches die Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen beschreibt, das junge Erwachsenenalter (etwa 18 bis 25 Jahre) als eine Entwicklungsstufe fest. Die nächste Stufe dauert bis zum 65. Lebensjahr (vgl. Erikson 1978:109/110 / Frehner 2011:6-8).

In der deutschen Studie *Jugendsexualität 2015* wurde die Gruppe von Jugendlichen mit Migrationshintergrund, aufgrund der wachsenden Zahl in Deutschland, berücksichtigt und es konnten Unterschiede in der Beantwortung der Fragen zwischen den deutschen Jugendlichen und Jugendlichen mit Migrationshintergrund festgestellt werden (vgl. Bode und Heßling 2015:216). In Österreich ist diese Entwicklung ähnlich: Laut dem Österreichischen Integrationsfonds lebten 2016 rund eine halbe Million Jugendlicher mit Migrationshintergrund in Österreich, welches einem Viertel der jugendlichen Gesamtbevölkerung entspricht (vgl. ÖIF 2019). Daher wurde die nachfolgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese 3 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund.

Mit der Ermittlung des Migrationshintergrundes ist die Zielsetzung verbunden, mögliche Unterschiede bei dem Bildungserfolg von Teilnehmer/innen, in Hinblick auf den Migrationshintergrund, zu erfassen. Durch diesen Indikator wurde in der vorliegenden Studie ein Bezug zum

SDG *Reduzierte Ungleichheiten* hergestellt. Zudem sollte erhoben werden, ob Ungleichheiten in den Ergebnissen zwischen jungen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund bestehen. Migrationshintergrund als Indikator sollte in den Sozialwissenschaften als eine kritische Variable betrachtet werden, da der Begriff nicht eindeutig definiert werden kann, und somit meist keine eindeutigen Aussagen über den Bildungserfolg erlaubt. Aus diesem Grund wird von Settlemeyer & Erbe (2010:19) darauf hingewiesen, dass bei einer Erhebung des Migrationshintergrundes zusätzliche Variablen „die den Bildungserfolg – unabhängig von Migration – maßgeblich beeinflussen: Zum Beispiel die sozioökonomische Stellung und Kapitalien Ausstattung der Eltern“ (Settlemeyer & Erbe 2010:19) miteinbezogen werden sollten.

Bildung ist Teil der Sozialisation, welche den Menschen einerseits durch den Erwerb von Wissen und andererseits durch die Entwicklung von Kompetenzen verändert. Messung von Wissen und Kompetenzen lassen sich schwer in der Praxis umsetzen, und werden aus diesem Grund oft indirekt durch Bildungsabschlüsse gemessen (vgl. Schneider 2015:4). Der Bildungshintergrund der Eltern ist relevant, weil ein Zusammenhang zwischen Bildungserfolg und sozialer Herkunft festgehalten werden kann, wie Schneider (2015:6) erklärt: „Der Zusammenhang zwischen Bildungserfolg und sozialer Herkunft wird durch ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen erklärt, über die Angehörigen gehobener sozialer Schichten stärker verfügen als Angehörige niedrigerer Schichten. Somit können erstere ihren Kindern Vorteile im Erwerb von Bildung verschaffen.“ In der vorliegenden Studie wurde daher der Indikator Bildungshintergrund der Eltern zusätzlich zur Erfassung des Migrationshintergrundes verwendet und die folgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese 4 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen aus bildungsnahen und jungen Menschen aus bildungsfremderen Schichten

2.3. Datenerhebung

Für die Befragung der Gruppe der 14-18 Jährigen wurden Allgemeinbildende Höhere Schulen aus den nachfolgenden Gründen gewählt. Sexualunterricht ist in den Lehrplänen für *Biologie und Umweltkunde* in verschiedenen Schulformen verankert: „Sachunterricht (Volksschule), Allgemeinbildende höhere Schule (AHS), Allgemeine Sonderschule [...]“ (vgl. BMBWF 2019). Da Schüler/innen in der Altersgruppe der 14-18 Jährigen von den erwähnten Schulformen nur die AHS besuchen, wurde die Datenerhebung in der Oberstufe der AHS durchgeführt.

Der Lehrplan der AHS für *Biologie und Umweltkunde* und der *Grundsatzertlass Sexualpädagogik* wurden in der Masterarbeit untersucht, um festzustellen, ob die Vorgaben sich an die Richtlinien für Sexualunterricht der führenden internationalen Organisationen anlehnen.

Zwischen dem 6. und 8. November 2019 wurden 95 Allgemeinbildende Höhere Schulen in allen Gemeindebezirken in Wien via E-Mail kontaktiert und um eine Teilnahme an der Befragung ersucht. Direktor/innen von 17 Schulen haben auf die Anfrage reagiert. Neun Direktor/innen haben geäußert, dass sie an einer Befragung nicht interessiert sind; die Entscheidung wurde nicht begründet. Im Zeitraum von 12. November 2019 bis 17. Februar 2019 haben Direktoren/innen von acht Schulen ein Interesse an der Untersuchung geäußert und den Fragebogen sowie einen Elternbrief angefordert. Anschließend haben Direktoren/innen von sieben Schulen mit dem Schulgemeinschaftsausschuss in Bezug auf eine Teilnahme an der Befragung beraten und eine Abstimmung durchgeführt. Sechs Abstimmungen sind negativ ausgefallen, da das Thema der Befragung keinen Zuspruch gefunden hat.

Der Schulgemeinschaftsausschuss des evangelischen Realgymnasiums Donaustadt hat einer Durchführung der Befragung zugestimmt. Laut Herr Mag. Hödl, dem stellvertretendem Direktor der Schule, besuchten etwa 180 Schüler/innen die Oberstufe des Realgymnasiums Donaustadt, welche aus folgenden Klassen zusammengesetzt wurden: Es gab drei 5te Klassen zu jeweils ca. 20 Schüler/innen, das Gleiche galt für die 6ten Klassen. Von den 7ten Klassen gab es zwei, mit ca. 22-23 Schüler/innen pro Klasse. Die drei 8ten Klassen haben jeweils ca. 12 Schüler/innen. Herr Hödl (2020) hat auf folgende Information zum Realgymnasium in seiner Mail hingewiesen:

Vielleicht noch wichtig ist zu erwähnen, dass wir eine evangelische Privatschule sind, in die auch etliche geflüchtete Jugendliche gehen und die eine inklusive Oberstufe hat, d.h. das Konzept der Integrationsklassen wird in einem Pilotprojekt in die Oberstufe hinein verlängert, um SchülerInnen mit unterschiedlichen Behinderungen die Chance zu längerem Schulbesuch zu geben (etliche dieser SchülerInnen sind im Autismus-Spektrum).

Herr Hödl wurde mit der Befragung beauftragt und hat besonderen Wert auf Anonymität gelegt. Die Befragung wurde von 09. März 2020 bis 13. März 2020 durchgeführt. Der Elternbrief wurde verteilt, und die Einverständniserklärung der Eltern wurde von den Klassenvorständen ausgeteilt und eingesammelt.

Die Umfrage wurde von den Klassenvorständen in den Oberstufenklassen durchgeführt. Dabei wurde der Link zur Onlineumfrage auf die Tafel geschrieben und die Schüler/innen haben mit Hilfe ihres Mobiltelefons in Einzelarbeit den Fragebogen ausgefüllt. Eine Klasse hat die Fragebögen in analoger Form ausgefüllt. Den Klassenvorständen sind keine Besonderheit beim Ablauf der Umfrage aufgefallen.

Es haben 137 Schüler/innen an der Umfrage teilgenommen. Es wurde, aufgrund der Anonymität und dem teilweise unterschiedlichen Alter der Schüler/innen in den einzelnen Klassen, nicht ersichtlich, wie viele Schüler/innen sich pro Klasse an der Umfrage beteiligt haben.

Der Direktor des Gymnasiums Kandlgasse im 7. Wiener Gemeindebezirk, Herr Mag. Waschulin, hat der Teilnahme an der Befragung ohne Einbezug des Schulgemeinschaftsausschusses zugestimmt. Der Elternbrief und die Einverständniserklärung wurde von den Klassenvorständen ausgeteilt und eingesammelt. Nur aus den beiden 7ten Klassen (22/23 Schüler/innen) haben alle Schüler/innen die unterschriebene Einverständniserklärung der Eltern den Klassenvorständen abgegeben. In den anderen Klassen der Oberstufe haben nur einzelne Schüler/innen die Einverständniserklärung retourniert. Aus organisatorischen Gründen hat Mag. Waschulin entschieden die Befragung in den zwei siebten Klassen durchzuführen. Die Terminvereinbarung hat sich wegen der Ausbreitung des Virus CoVid-19 und der damit verbundenen Maßnahmen für Schulen verzögert. Es wurde ein Termin am 16.03.2020 mit der Forschenden vereinbart, die in Anwesenheit der Klassenvorstände die Befragung durchführen sollte. Am 16.03.2020 wurden in Österreich die meisten Schulen gesperrt, folglich konnte die Befragung nicht durchgeführt werden.

Die Fragebogen der zweiten Gruppe (19-25 Jährige) wurde Online durch soziale Medien und durch den Verteiler der Universität Wien versendet. Die Onlinebefragung wurde im Zeitraum von 08. Jänner bis 02. März durchgeführt. Anschließend wurden die Daten ausgewertet und Zusammenhänge zwischen den Indikatoren und zwischen anderen Studien hergestellt.

3. Erstellung des Fragebogens

Der Hauptteil des Fragebogens, die Wissensbefragung, wurde basierend auf den Fragen der folgenden Studien erstellt:

- *Sexuality Education in Europe and Central Asia*
- *Jugendsexualität 2015*
- *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements*
- *Gleichberechtigung der Geschlechter*
- *Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia*

Im weiteren Teil dieses Kapitels wurde der Aufbau des Fragebogens, die Auswahl der Fragen und die Relevanz für diese Masterarbeit erläutert.

3.1. Demografische Angaben

Das Kriterium Alter kann verhältnisskaliert abgefragt werden. Zur Erfassung des Alters der Teilnehmer/innen wurde eine offene Fragestellung gewählt, in der die Befragten ihr Alter in Jahren selbst eintragen konnten. Das Geschlecht der Teilnehmer/innen wurde nominalskaliert mit den Antwortmöglichkeiten *männlich*, *weiblich* und *andere* abgefragt.

Da bei der Auswertung der Daten nur Teilnehmer/innen berücksichtigt wurden, die in Wien aufgewachsen sind, wurde erhoben, in welchem Bundesland die Teilnehmer/innen im Alter von 6 bis 18 Jahren vorwiegend gelebt haben. Daraus konnte geschlossen werden, in welchem Bundesland in Österreich die Schule besucht wurde. Die entsprechende Frage wurde dem Dis-sertationsprojekt *Mapping substance use in everyday space* entnommen.

Der Migrationshintergrund wurde durch Fragen nach dem Geburtsland der Eltern erhoben, und wurde analog erfasst. Grund dafür ist, dass die Geburtsländer der Eltern ein aussagekräftiger Indikator für Migrationsgeschehen sind, welches wie folgt begründet wird:

Die Migration der Eltern bzw. selbst eines Elternteils – ermittelt darüber, dass das Geburtsland nicht Deutschland ist – bedeutet für die Folgegeneration, also die Befragten generell, das Vorhandensein eines Migrationshintergrundes, unabhängig davon, ob er selbst aktiv (mit) immigriert ist, oder erst nach der Zuwanderung in Deutschland geboren wurde. (Kunke 2006:22)

Der Bildungshintergrund der der Eltern wurden analog erfasst. Die Fragen basierte auf dem Fragebogen der Studie *ESF Beschäftigung Österreich 2007-2013*.

3.2. Subjektiver Kenntnisstand der Teilnehmer/innen und Rolle der Schule

Die Fragen zur subjektiven Einschätzung bezüglich der Aufgeklärtheit in sexuellen Fragen, wurde aus der Studie „Jugendsexualität in südafrikanischen Townships in Zeiten von HIV und AIDS“ von Elke Rühle entnommen, da die Autorin eine Ratingskala verwendete.

Die Frage zu den Informationsquellen und Bezugspersonen der Teilnehmer/innen für Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und die Themen, die im Sexualunterricht behandelt wurden, wurden aus der Studie *Jugendsexualität 2015* übernommen.

Die Themen des Sexualunterrichts wurden erfragt, um zu erfahren, welche Themen im Unterricht behandelt wurden beziehungsweise welche Themen besonders im Gedächtnis der Teilnehmer/innen geblieben sind. Durch Fragen zu den Bezugspersonen und Informationsquellen sollte der Stellenwert der Schule für die Vermittlung von Kenntnissen im Sinne der SDGs ermittelt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden mit den Ergebnissen der *Jugendsexualität 2015* verglichen.

3.3. Fragen zum Wissen

Den Hauptteil der Befragung war eine Wissenserhebung der Teilnehmer/innen zu den Themenfeldern „biologischen Aspekten“, „sexuell übertragbaren Krankheiten“ und „Menschenrechten und Sexualität“. In Kapitel 3.3. wurde der Prozess der Festlegung dieser Themenbereiche beschrieben.

In der Studie *Sexuality Education in Europe and Central Asia* wurden von Vertretern/innen des Österreichischen Bildungsministeriums Themen angegeben, die in der Schule im Rahmen des Sexualunterrichts in Österreich behandelt werden (Ketting & Ivanova 2018:46). Für die Erstellung der Wissenserhebung wurde im ersten Schritt, wie in Tabelle 1 beschrieben, jedes Thema aus der *Sexuality Education in Europe and Central Asia* Studie nach Inhalt dem entsprechenden SDG zugeordnet (vgl. Ketting & Ivanova 2018:46 / United Nations 2015:16-19/21). Tabelle 1 konnte entnommen werden, dass 11 von 14 Themen des Sexualunterrichts mindestens einem SDG zugeordnet werden konnten; es gab bei 4 Themen Überschneidungen.

Tabelle 1 Zuordnung der Themen des Sexualunterrichts zu den Sustainable Development Goals (vgl. Ketting & Ivanova 2018:46 / United Nations 2015:16-19/21)

Thema des Sexualunterrichts	Sustainable Development Goals
Biologische Aspekte	SDG 3 (3.1./3.7.)
Schwangerschaft und Geburt	SDG 3 (3.1./3.7.)
Verhütungsmittel	SDG 3 (3.1./3.3./3.7.)
HIV/AIDS	SDG 3 (3.3./3.7.) SDG 4 (4.7.2.)
STIs	SDG 3 (3.3./3.7.)
Liebe, Heirat, Partnerschaft	-
Sexuelle Orientierung	-
Geschlechterrollen	SDG 4 (4.7.) SDG 5 (5.1.) SDG 10 (10.2./10.3./10.4.)
Online Medien und Sexualität	-
Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch	SDG 3 (3.1.) SDG 5 (5.6.)
Gegenseitige Zustimmung zu sexuellem Kontakt	SDG 5 (5.2./5.3./5.6)
Sexueller Missbrauch	SDG 5 (5.2./ 5.3.)
Häusliche Gewalt	SDG 5 (5.2./ 5.3.)
Menschenrechte und Sexualität	SDG 4 (4.7.) SDG 5 (5.2./ 5.3./ 5.6.) SDG 10 (10.3./10.4.)

Im nächsten Schritt wurden die Themen im Hinblick auf die Zuordnung zu den jeweiligen SDGs und auf inhaltliche Überschneidungen geordnet und zusammengelegt. Dies sollten er-möglichen Fragen aus Studien zu verwenden, die themenübergreifend sind, um dadurch den Fragebogen so prägnant wie möglich zu gestalten. Für die Erstellung der Wissensbefragung wurde der Schwerpunkt auf drei Themenbereiche mit dazugehörigen Unterpunkten gelegt. In Tabelle 2 wurden die Themenbereiche mit den jeweiligen Unterpunkten für einen Überblick zusammengetragen.

Tabelle 2 Themenbereiche der Wissensbefragung mit Unterpunkten

Themenbereich	Unterpunkte
Biologische Aspekte	Schwangerschaft, Geburt, Schwangerschaftsabbruch
Sexuell übertragbare Krankheiten (STIs)	STIs, HIV/AIDS, Verhütungsmittel
Menschenrechte und Sexualität	Zustimmung zu sexuellem Kontakt, Sexueller Missbrauch, Häusliche Gewalt, Geschlechterrollen

Die drei Themen Schwerpunkte – *biologische Aspekte*, *sexuell übertragbare Krankheiten* und *Menschenrechte und Sexualität* wurden nachfolgend beschrieben.

3.3.1. Biologische Aspekte

Für das Themenfeld Biologische Aspekte wurden Fragen aus der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* von Kumar et al (2013) verwendet. Ziel dieser Studie war es, das Wissen junger Erwachsener (n = 200) in Ontario zum Thema Sexualität zu erfragen. Im Anschluss an die Befragung der Masterarbeit wurde ein Vergleich der Ergebnisse mit der kanadischen Studie durchgeführt. Die Fragen in der kanadischen Studie wurden basierend auf den *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, 3rd Edition*, die vom *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS) erstellt. SIECUS ist eine US-amerikanische NGO, die seit den 1960er Jahren Richtlinien und Studien zu Sexualkunde veröffentlicht (vgl. SIECUS 2019:o.S.).

Die Frage „Kreuzen Sie für jede der folgenden sexuellen Aktivitäten an, wie wahrscheinlich es ist, dass die Aktivität zu einer Schwangerschaft führt“ wurde anhand einer fünfstufigen Ratingskala abgefragt. Die Teilnehmer/innen konnten anhand der Ratingskala bewerten, wie wahrscheinlich es ist, dass eine Schwangerschaft aus den Aktivitäten Oralsex, Vaginalverkehr, Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen, Analverkehr, Gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand resultiert. Eine Schwangerschaft kann nur durch Vaginalverkehr und Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen entstehen. In den *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, 3rd Edition* heißt es dazu: „Whenever vaginal intercourse occurs, it is possible for a woman to become pregnant“ (SIECUS 2004:27) und: „Some methods of contraception, such as withdrawal, are not as effective as others“ (SIECUS 2004:59) und „Masturbation, either alone or with a partner, is one way people can enjoy and express their sexuality without risking pregnancy [...]“ (SIECUS 2004:52).

In der Auswertung wurde bei Vaginalverkehr die Optionen „ganz sicher“, „ziemlich wahrscheinlich“ und „vielleicht“ als richtig, und die Optionen „wahrscheinlich nicht“ und „keinesfalls“ als falsch gewertet. Bei Oralsex, Analverkehr und Gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand wurde nur die Option „keinesfalls“ als korrekt bewertet. Coitus Interruptus (Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen) stellt keine verlässliche Verhütungsmethode dar, denn die Wahrscheinlichkeit, dass es unter Anwendung dieser Methode zu einer Schwangerschaft kommt variiert nach Studien und beträgt zwischen 18% und 27% (vgl. Doherty 2011:356). Daher wurde bei der Frage zum Coitus Interruptus bei der Auswertung nur das Item „vielleicht“ als richtig bewertet.

Die Fragen zur Menstruation, zur Pubertät, zu den Genitalien, zur Reproduktion, zu Problemen beim Empfängnis und zum Schwangerschaftsabbruch konnten mit „wahr“ / „falsch“ oder „nicht sicher“ beantwortet werden. In der Auswertung wurden nur die eindeutig korrekt angekreuzten Antworten als richtig gewertet. Die Option „nicht sicher“ und fehlende Antworten – wurden als falsch gezählt.

Die korrekte Antwort zur Frage „Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden?“ lautet: „Zwischen 1 – 2 Wochen nach dem Ende ihrer Periode (ungefähr 2 Wochen bevor ihre nächste Periode einsetzt).“ Dazu heißt es in den *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*: „Ovulation is most likely to occur two weeks before woman’s menstrual period“ (SIECUS 2004:27).

Die Aussage „Die Pubertät endet bei allen Menschen im gleichen Alter.“ ist falsch, da die Pubertät bei jedem Menschen in einem individuellem Alter beginnt und endet (vgl. SIECUS 2004:26).

Die Frage zu den Genitalien war: „Manche Menschen werden mit Genitalien (Geschlechtsteilen) geboren, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind.“, und ist richtig, welches wie folgt begründet wurde: „Some babies are born intersexed which means that they have ambiguous genitals that are not clearly male or female and / or that their chromosomes do not match their genitals“ (SIECUS 2004:25).

„Brüste und/oder Genitalien unterscheiden sich optisch kaum zwischen verschiedenen Männern und zwischen verschiedenen Frauen.“ ist falsch, weil sich die Größe und die Form der weiblichen und der männlichen Geschlechtsorgane von Mensch zu Mensch stark unterscheiden kann (SIECUS 2004:28).

Die Aussage „Männer und Frauen verlieren ab dem Alter von 60 Jahren die Fähigkeit zur Fortpflanzung“ stimmt nicht, da Männer theoretisch bis zum Lebensende fruchtbar sind. (SIECUS 2004:25).

„Wenn ein Paar Probleme hat ein Baby zu bekommen, liegt wahrscheinlich ein medizinisches Problem bei der Frau vor.“ ist falsch, da Unfruchtbarkeit sowohl Frauen als auch Männer betreffen kann (SIECUS 2004:61).

Die Aussage „In Österreich kann ein Schwangerschaftsabbruch nur bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, außer es liegt ein schwerwiegender medizinischer Grund für den Abbruch vor.“ war im Fragebogen der kanadischen Studie dem Themengebiet STIs zugeteilt – der Schwangerschaftsabbruch ist in der vorliegenden Studie Teil des Themenfeldes *biologische Aspekte*, und wurde deshalb an dieser Stelle hinzugefügt. Die Frage wurde an die

Gesetzeslage in Österreich angepasst und ist laut dem Strafgesetzbuch §97 richtig (vgl. StGB § 97).

3.3.2 Sexuell übertragbare Krankheiten

Sexuell übertragbare Krankheiten werden weltweit als schwerwiegendes Public Health Problem angesehen. Studien haben gezeigt, dass 70 Prozent der betroffenen Menschen von diesen Erkrankungen, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren sind (vgl. Visalli et al 2014:17).

Der österreichische Lehrplan der AHS für Biologie und Umweltkunde sieht vor, dass Krankheiten im Unterricht behandelt werden und es wird die „AIDS Prophylaxe“ spezifisch genannt (Rechtsinformationssystem des Bundes). Der Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten hat einen hohen Stellenwert in den SDGs. Daher beinhaltet die Wissensbefragung der vorliegenden Studie Fragen zu sexuell übertragbare Krankheiten und zu Verhütungsmitteln. Die Wissenserhebung der Masterarbeit zu den STIs besteht aus acht Fragen und hat sich auf die Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* von Kumar et al (2013) bezogen. Die Wissenserhebung von Kumar et al wurde ausgewählt, da in den Fragen unterschiedliche STIs angesprochen wurden, wohingegen andere Studien einen starken Fokus auf HIV/AIDS legten. Die Ergebnisse wurden im Anschluss an die Befragung mit dieser Studie verglichen. In der Auswertung wurde nur die eindeutig korrekte Antwort als richtig bewertet. Die Antwortoption „nicht sicher“ und unbeantwortete Fragen wurden als falsch gezählt.

Die ersten zwei Aussagen „Eine unbehandelte sexuell übertragbare Krankheit kann Ihre Fähigkeit Kinder zu bekommen / zu zeugen beeinträchtigen, unabhängig davon, ob Sie männlich oder weiblich sind.“ und „Sowohl Männer als auch Frauen, sollten sich regelmäßig sexuellen Gesundheitsuntersuchungen unterziehen, nachdem sie sexuell aktiv geworden sind.“ sind richtig, welches von SIECUS (2004:64) wie folgt begründet wird: *Untreated STDs during adolescence can be especially dangerous to a boy's or girl's future reproductive capability*“. In Bezug auf die Notwendigkeit regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen heißt es in den SIECUS Guidelines (2004:58):

Young women should begin to receive regular gynaecological exams, including pap smears, breast examinations, and/or STD testing when they begin to engage in oral, vaginal, or anal intercourse [...]

Young men should begin to receive regular sexual health exams from a general practitioner or urologist that include testicular exams and/or STD testing when they begin to engage in oral, vaginal or anal intercourse [...]

Die Aussage „Das Humane Papillomavirus (HPV), das Virus, das Genitalwarzen verursacht kann bei Frauen, jedoch nicht bei Männern, Genitalkrebs verursachen“ ist falsch, da Tumore bei Männern, verursacht durch bestimmte Typen des HP Virus, entstehen können (vgl. Einecke 2012:57).

Die Aussage „Eine sexuell übertragbare Krankheit während der Schwangerschaft kann dem Baby schaden.“ ist richtig - eine sexuell übertragbare Krankheit kann während der Schwangerschaft zu Fehlbildungen des Fetus führen (vgl. SIECUS 2004:60).

Die Aussagen „Oralsex führt nicht zur Übertragung von sexuell übertragbaren Infektionen.“, „Sie können sich nicht von jemanden, der keine Anzeichen für eine Infektion zeigt, mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anstecken.“ „Kondome schützen vor allen sexuell übertragbaren Krankheiten.“ und „Es ist möglich, sich durch jeden Hautkontakt mit einer HIV-infizierten Person mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) zu infizieren.“ sind falsch, denn sexuell übertragbare Krankheiten können durch Vaginal-, Anal- und Oralverkehr übertragen werden, und es sind oft keine Symptome erkennbar. Kondome reduzieren das Risiko einer Übertragung, können diese aber nicht komplett ausschließen. HIV ist nicht über Hautkontakt übertragbar (vgl. SIECUS 2004:63/64/65).

3.3.3. Menschenrechte und Sexualität

In dem Abschnitt der Befragung „Menschenrechte und Sexualität“ wurde die Einstellung der Teilnehmer/innen zu Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen erfragt. Damit sollte ein Einblick in das Wissen und in die Ansichten der Teilnehmer/innen zu Themen, wie Geschlechterrollen, gewonnen werden. Die Fragen basierten auf der Studie *Gleichberechtigung der Geschlechter*, die 2015 von der Europäischen Union veröffentlicht wurde. Es wurde eine Umfrage in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union durchgeführt, wobei 15 – 24-jährigen die Gruppe der jungen Menschen bildeten. Die Ergebnisse der Befragung im Rahmen der Masterarbeit wurden mit dieser Studie verglichen.

Die letzte Frage bezog sich auf sexuelle und reproduktive Rechte. Die Aussagen basierten auf der Studie *Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution –based cross-sectional* von Adinew et al aus dem Jahr 2013. Es wurden Fragen

nicht übernommen, die nicht eindeutig waren und befürchtet werden musste, dass diese von den Teilnehmern/innen nicht verstanden werden könnten. Die Antworten zu den Fragen wurden an die Gesetzeslage in Österreich angepasst. Die Fragen der vorliegenden Studie konnten mit „wahr“, „falsch“ und „nicht sicher“ beantwortet werden.

Die Aussagen „Jugendliche haben das Recht reproduktive Gesundheitsdienste vertraulich in Anspruch zu nehmen.“ und „Jugendliche habe das uneingeschränkte Recht, ohne Zustimmung ihrer Eltern auf alle reproduktiven Gesundheitsdienste zuzugreifen.“ waren mit „wahr“ zu beantworten. In besonderen Fällen hat der/die Arzt/Ärztin eine Meldepflicht, zum Beispiel bei strafbaren Handlungen oder wenn eine HIV Infektion vorliegt. Grundsätzlich gilt aber die ärztliche Schweigepflicht ab dem 14. Lebensjahren und die/der Jugendliche kann den/die Arzt/Ärztin selbstständig aufsuchen (vgl. Wehinger 2018:12). Die Aussage „Ein Mann sollte Sex bekommen, wann immer er möchte.“ stimmt nicht, da eine Nötigung zum Geschlechtsverkehr strafbar ist: „Jede Vergewaltigung, unabhängig von der Art der Beziehung zwischen Täter und Opfer, ist strafbar. Somit macht sich auch der Partner oder Ehemann strafbar, wenn er seine Partnerin zum Sex zwingt (vergewaltigt) (URL Stadt Wien 2019).

Abschließend wurden subjektiv empfundene Informationsdefizite erhoben. Die entsprechende Frage basierten auf der *Jugendsexualität Studie* 2015.

3.4. Pre-Tests

Der Fragebogen wurde durch Pre-Tests auf Objektivität und Reliabilität geprüft.

Objektivität und Reliabilität sind die Hauptkriterien für die Beurteilung von Multi-Item Skalen (vgl. Büttner 2008:285). Objektivität wird von Büttner (2008:285) wie folgt definiert: „Unabhängigkeit der Messergebnisse von der Untersuchungssituation und der Person, die das Verfahren vorgibt, auswertet und interpretiert“. Objektivität kann in drei Aspekte untergegliedert werden: Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität und Interpretationsobjektivität (vgl. Rammstedt 2004:2). Durchführungsobjektivität wurde durch das Einhalten von standardisierten Durchführungsbestimmungen sichergestellt (vgl. Kersting & Heyse 2004:44). Die Befragten wurden angewiesen den Fragebogen selbstständig ohne Hilfsmittel, in einer ruhigen Umgebung zu beantworten.

Sieben Tage nach der ersten Befragung wurden Re-Tests durchgeführt. Die Teilnehmer/innen wurde vor der Befragung nicht über die spezifischen Themen, welche im Fragebogen abgefragt werden, informiert und wurden nicht von der durchführenden Person der Befragung beeinflusst. Die meisten Teilnehmer/innen haben sich nach der ersten Befragung nach den „richtigen“ Antworten erkundigt, diese Anfragen wurden nicht beantwortet und es wurde vermutet, dass durch selbstständige Recherche die Antworten sich bei der Wiederholung der Befragung ändern werden. Bei dem zweiten Durchlauf der Befragung haben 13 Teilnehmer/innen Fragen, die zuvor als falsch beantwortet wurden, richtig markiert.

Die Auswertungsobjektivität wurde bei der Konstruktion des Fragebogens beachtet, indem einheitliche Antwortmöglichkeiten gewählt wurden und auf die Verwendung von Textfragen verzichtet wurde. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte anhand der Software IBM SPSS Version 25, da computergestützte Computersysteme die Auswertungsobjektivität erhöhen (vgl. Kersting & Heyse 2004:44).

Rammstedt (2004:4) beschreibt die Überprüfung der Interpretationsobjektivität folgendermaßen: „Überprüfbar ist die Interpretationsobjektivität, indem die Schlüsse, die zwei Interpretatoren aus den Werten des Fragebogens unabhängig voneinander gezogen haben, miteinander verglichen werden“. Für diesen Zweck wurden sieben Personen gebeten, den Fragebogen laut vorzulesen und ihre Gedanken diesbezüglich zu äußern. Die meisten Kommentare haben sich auf das fehlende Item *weiß nicht* bezogen, alle sieben Personen fanden es wichtig die Möglichkeit zu haben bei Unsicherheit *weiß nicht* oder *nicht sicher* anzukreuzen.

In Bezug auf die Einleitung und Erklärung zum Fragebogen auf der ersten Seite haben zwei Personen die Ausdrücke „aggregiert“, „Pränatale / Postnatale“ nicht verstanden. Vier Personen haben angemerkt, dass die Erklärung zu den Sustainable Development Goals auf Grund der Nummerierung der Ziele nicht verständlich war. Eine Person hat den Begriff „Prävention“ nicht verstanden und wusste nicht, was die Abkürzung UN bedeutet. Somit wurden die Fachtermini übersetzt und die Erklärung wurde umformuliert.

Bei der Frage „In welchem Land ist ihr leiblicher Vater geboren“ war einer Person nicht klar, ob ein Bundesland oder ein Staat gemeint ist. Da diese Frage aber bei den anderen 6 Personen keine Zweifel auslöste, und in den Pre-tests zu Reliabilität alle 20 Teilnehmer/innen die Frage mit der Nennung eines Staates und nicht eines Bundeslandes beantworteten, wurden an dieser Stelle keine Änderungen vorgenommen.

Vier Personen haben angemerkt, dass die Aussage „Die Pubertät endet bei allen Menschen ungefähr im gleichen Alter“ durch das Wort „ungefähr“ nicht deutlich ist, und die Antwort davon abhängt welcher Zeitraum mit ungefähr gemeint ist. Alle vier Personen waren sich einig, dass die Formulierung „in etwa“ oder ein anderes Synonym, keine Alternativen darstellen. Somit wurde „ungefähr“ entfernt, da es am Sinn der Frage nichts ändert; die Formulierung wurde dadurch eindeutig.

Vier Personen haben vorgeschlagen die Aussage „Brüste und/ oder Genitalien unterscheiden sich im Aussehen kaum zwischen verschiedenen Männern und Frauen“ zum besseren Verständnis wie folgt umzuformulieren: „Brüste und / oder Genitalien unterscheiden sich optisch kaum zwischen verschiedenen Männern und zwischen verschiedenen Frauen.“ Weiters haben fünf Personen vorgeschlagen, das Wort „Reproduktion“ zu „Fähigkeit zur Fortpflanzung“ in der Aussage zu den STIs zu ändern.

Die Aussage „Sie können sich nicht von jemandem, der keine Anzeichen für eine Infektion zeigt, mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anstecken“ wurde ebenfalls umformuliert, da fünf Personen die Satzstruktur für kompliziert befunden haben. Die korrigierte Aussage lautete: „Von jemandem der keine Anzeichen für eine Infektion zeigt, kann man sich nicht mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anstecken“. Eine Person hat angemerkt, dass bei der vor letzten Frage, die Anweisung „Kreuzen Sie an, ob eine Aussage WAHR oder FALSCH ist“ lautet, es wurden jedoch Fragen gestellt, die mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Aus diesem Grund wurden die Fragen zu Aussagen umformuliert

Schermelleh-Engel & Werner (2012:120) schreiben, dass das Vorliegen der Durchführungsobjektivität, die Auswertungsobjektivität und die Interpretationsobjektivität eine Voraussetzung für die Reliabilität des Fragebogens bilden, welche sie wie folgt definieren: „Unter Reliabilität wird die Genauigkeit einer Messung verstanden. Ein Testverfahren ist perfekt reliabel, wenn die damit erhaltenen Testwerte frei von zufälligen Messfehlern sind. Das Testverfahren ist umso weniger reliabel, je größer die Einflüsse von zufälligen Messfehlern sind“.

Die Reliabilität des Fragebogens wurde durch die Test-Retest-Methode überprüft. Diese Methode wurde gewählt, da stabile Merkmale (wie Wissen und Einstellungen) im Fragebogen erfasst wurden, und angenommen werden kann, dass diese sich in einem kurzen Zeitintervall nicht verändern (Rammstedt 2004:6). Zur Prüfung der Test-Retest-Reliabilität des Fragebogens wurde eine Stichprobe von $n = 20$ Probanden/innen im Abstand von sieben Tagen befragt.

Anschließend wurde die Korrelation der Testwerte aus beiden Befragungen mit SPSS berechnet (vgl. Schermelleh-Engel & Werner 2012:122).

Bei dichotomen Variablen wurde als Korrelationsmaß für Kontingenztafeln zwischen Test und Retest die Vierfelderkorrelation (r_ϕ) auf Grund der Einfachheit der Berechnung verwendet (vgl. Zöfel 2001:137/138). Bei multinomialen Antwortmöglichkeiten (Wahr, Falsch, Nicht sicher) wurde Cramers – V (r_v) berechnet (vgl. David & Sutton 2004:300). Bei ordinalskalierten Variablen wurde die Rangkorrelation nach Spearman (r_{sp}) berechnet (Bühl 2008:348). Eine Korrelation von 1 steht für eine perfekte Übereinstimmung zwischen Pre und Retest (vgl. David & Sutton 2004:300).

Die Retest Korrelation hat bei der Frage: „Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen?“ $r_{sp} = 0,961$ ergeben.

Bei der Frage „Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend?“ haben die Antwortmöglichkeiten *Radio*, *Videokassette/ DVD* und *Computerspiele* keinen Informationswert gezeigt, da sie von keiner Person, zu keinem Zeitpunkt angekreuzt wurden. Die Antwortmöglichkeit *Aufklärungsbroschüre* wurde im ersten Test von einer Person ausgewählt und im Retest von keiner Person. Die übrigen Antwortmöglichkeiten haben eine durchschnittliche Korrelation von $r_\phi = 0,918$ (Minimum 0,546 / Maximum 1) ergeben. Aus diesem Grund wurden die Items *Radio*, *Videokassette/ DVD*, *Computerspiele* und *Aufklärungsbroschüre* in der Hauptanalyse nicht beachtet.

Bei der Frage „Welches waren für Sie die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“ haben die Antwortmöglichkeiten eine durchschnittliche Korrelation von $r_\phi = 0,902$ (Minimum 0,688 / Max 1) und bei der Frage nach den Themen, die im Sexualunterricht behandelten wurden, eine durchschnittliche Korrelation von $r_\phi = 0,980$ (Minimum 0,899 / Maximum 1) ergeben.

Bei der Frage „Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden?“ ergab Cramers V 0,907.

Die Rangkorrelation nach Spearman (r_{sp}) wurde bei der Frage „Kreuzen Sie für jede der folgenden sexuellen Aktivitäten an, wie wahrscheinlich es ist, dass die Aktivität zu einer Schwangerschaft führt.“ verwendet und es wurden bei den einzelnen Items folgende Ergebnisse berechnet: *Oralsex* $r_{sp} = 1$, *Vaginalverkehr* $r_{sp} = 1$, *Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen* r_{sp}

= 0,796, *Analverkehr* $r_{sp} = 0,987$, *Gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand* $r_{sp} = 1$.

Bei den Fragen zu den *biologischen Aspekten* hat die Retest Korrelation $r_v = 1$ bei der ersten, zweiten, dritten und fünften Frage ergeben. Bei der Aussage „Männer und Frauen verlieren ab dem Alter von 60 Jahren die Fähigkeit zur Fortpflanzung.“ hat die Retest Korrelation $r_v = 0,681$ und bei der Frage „In Österreich kann ein Schwangerschaftsabbruch nur bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, außer es liegt ein schwerwiegender medizinischer Grund für den Abbruch vor.“ $r_v = 0,621$ ergeben. Diese Abweichungen der Ergebnisse der Retest Korrelation können dadurch erklärt werden, dass die Befragten sich über die Thematik der Fragen im Zeitraum zwischen den Befragungen informiert haben.

Bei den Fragen zu den Geschlechtskrankheiten waren die Ergebnisse der Retest Korrelation hoch (Minimum 0,851 / Maximum 1). Die Aussage „Es ist möglich, sich durch jeden Hautkontakt mit einer HIV-infizierten Person mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) zu infizieren.“ wurde von allen Befragten als „Falsch“ angekreuzt. Aus diesem Grund hat diese Aussage keinen Mehrwert und wird daher in der Hauptanalyse nur deskriptiv beschrieben.

Die Aussage „Die Bekämpfung der Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen ist notwendig, um eine fairere Gesellschaft zu schaffen.“ hat die Retest Korrelation $r_{sp} = 0,649$ ergeben. Es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund der kleinen Stichprobe des Pretests bereits geringe Abweichungen zwischen den Test und Retest verhindern, dass das Ergebnis einer Korrelation besonders hoch werden kann.

Die restlichen Fragen zur Gleichstellung haben eine Retest Korrelation von $r_{sp} = 1$ ergeben. Jede/r Teilnehmer/in hat die Aussagen „Jugendliche haben das Recht reproduktive Gesundheitsdienste vertraulich in Anspruch zu nehmen.“ und „Ein Mann sollte Sex bekommen, wann immer er möchte, ungeachtet des Wunsches der Frau.“ korrekt beantwortet, wodurch diese Aussagen keinen Informationsgehalt und somit keinen Mehrwert aufweisen, daher werden diese in der Hauptanalyse deskriptiv beschrieben. Die Ergebnisse der Restest Korrelation der übrigen Aussagen zu den reproduktiven Rechten von Jugendlichen haben eine Cramers V Korrelation $r_v = 1$ ergeben.

Bei der Frage nach den Themenbereichen, über welche die Befragten mehr erfahren waren die Ergebnisse der Retest Korrelation hoch, mit einem Minimum von $r_v = 0,882$ und einem Maximum von $r_v = 1$.

4. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte

Im Kapitel 4 wurde die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, inklusive der Sexualpädagogik, behandelt. Im ersten Schritt wurde die Bedeutung von Sexualpädagogik anhand von den Standards der WHO und den Ausführungen von Forscher/innen erklärt, und die Lage der Sexualpädagogik in Österreich beschrieben. Anschließend wurde die Bedeutung und der Diskurs zu sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechten erläutert und in Zusammenhang mit Sexualpädagogik gebracht. In Kapitel 4.3. wurde eine Begriffsbestimmung des Konzeptes „sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“ durchgeführt. Im nächsten Schritt wurden Konventionen und Konferenzen von Frauenbewegungen und der Vereinten Nationen (eng. United Nations – UN) näher erläutert, da diese eine wichtige Rolle für die Festhaltung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in den Sustainable Development Goals spielten.

4.1. Sexualpädagogik

Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation hat im Jahr 2010 eine standardisierte Empfehlung für eine qualitativ hochwertige Sexualaufklärung, als Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden und Experten/innen veröffentlicht (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2011:1). Im Rahmen der Sexualbildung an Schulen soll, laut den Standards der WHO, eine ganzheitliche Sexualaufklärung gelehrt werden. Dabei ist es das Ziel, Kindern und Jugendlichen Kenntnisse zu allen Aspekten der Sexualität gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu vermitteln. Schüler/innen sollen im Rahmen der Schulbildung unterstützt werden, eine respektvolle und tolerante Haltung und Kompetenzen zu entwickeln, um diese Informationen zu nutzen, und informierte persönliche Entscheidungen zu treffen (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2011:5). Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt die Bedeutung der Sexualpädagogik wie folgt:

Die Sexualaufklärung ist Teil der allgemeinen Erziehung und beeinflusst somit die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit. Aufgrund ihres präventiven Charakters ermöglicht sie, negative Folgen von Sexualität zu vermeiden; zugleich trägt sie zu einer Verbesserung der Lebensqualität, der Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens bei. So gesehen ist Sexualaufklärung ein wichtiger Beitrag zu einer allgemeinen Gesundheitsförderung. (WHO Regionalbüro für Europa 2011:7)

Laut Wazlawik et al (vgl. 2017:1041) beschäftigt sich Sexualbildung mit sexueller Sozialisation, es werden sexuelle Normen kritisch hinterfragt, und es wird eine rechtebasierte Wertevermittlung angestrebt. Grose et al beschreiben, dass Sexualpädagogik die Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften, die Vermeidung von der Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten bewirken, und zur Anregung von kritischen Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Normen in Bezug auf Geschlecht und Sexualität dienen soll (vgl. Grose et 2013:742). Depauli und Plaute schreiben in ihrem Text, dass Sexualaufklärung über die Vermittlung von Kenntnissen über Reproduktion und Prävention von Krankheiten hinausgeht, sie beschreiben ganzheitliche Sexualaufklärung so: „Sie hilft, das Selbst- und Körpergefühl der Kinder und Jugendlichen zu entwickeln, ihr Selbstvertrauen zu stärken und unterstützt sie dabei, ein selbstständiges Leben zu führen. Mit der Zeit werden Kinder und Jugendliche befähigt, sich selbst und anderen gegenüber verantwortlich zu handeln“ (Depauli & Plaute 2019:92). Sexualpädagogik ist ein Prozess – beginnend in der Kindheit und bis ins frühe Erwachsenenalter reichend. Dieser Prozess wird von drei Säulen getragen – von Eltern, Schule und Beratungsstellen (inklusive Ärzte/innen) und jede Personengruppe hat einen anderen Verantwortungsbereich (vgl. Weidinger et al 2007:4). Eltern spielen eine große Rolle bei der Vermittlung von Basiskompetenzen – so decken Eltern Themen wie Rollenbilder und biologisches Basiswissen ab (vgl. Weidinger et al 2007:4). Experten und Expertinnen werden im jungen Altern nur im Falle von Problemen und Krankheit hinzugezogen (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2011:10).

Je älter die Jugendlichen werden, desto weniger Bedeutung kommt bei der Vermittlung von Wissen den Eltern zu und der Aufklärungsunterricht an den Schulen tritt in den Vordergrund (vgl. Weidinger et al 2004:3). Dies wird von Weidinger et al wie folgt beschrieben: „Neben biologischem Basiswissen ist die Schule eine Informationsquelle für Themen, die mit den Eltern oft nicht mehr gut besprechbar wären. Die Schule übernimmt damit einen beträchtlichen Teil an Sexualaufklärung und stellt eine notwendige und sinnvolle Ergänzung zur elterlichen Aufklärung dar“ (Weidinger et al 2004:3).

Laut Weidinger et al (vgl. 2004:4) können weder Eltern noch Lehrpersonen intime Themen, wie Fragen zu Selbstbefriedigung, Orgasmus, sexuelle Praktiken aufgreifen. Die Informationen dazu können durch anonyme Beratung, wie Internetberatung, aufgerufen werden. Die Weltgesundheitsorganisation kritisiert die Nutzung von modernen Medien zu Zwecken der Aufklärung wie folgt: „Allerdings liefern sie [Moderne Medien], insbesondere was Sexualität betrifft, häufig verzerrte, unausgewogene, unrealistische und oftmals gerade für Frauen herabsetzende Informationen wie im Falle von Internetpornografie“ (WHO Regionalbüro für Europa 2011:25). Aus diesen Gründen sieht die WHO Lehrende vor der Herausforderung gestellt, irreführende Informationen zu korrigieren (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2011:25).

4.2. Sexualpädagogik in Österreich

In Österreich wurde Sexualpädagogik von 1970 bis 2015 durch einen Sexualerziehungserlass geregelt, wobei der Schwerpunkt auf biologische Themen gelegt wurde; soziale und psychologische Aspekte wurden kaum beachtet (vgl. Depauli & Plaute 2019:92). Im Jahr 2015 hat das Österreichische Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung einen neuen, überarbeiteten *Grundsatzterlass Sexualpädagogik* veröffentlicht. Dieser orientiert sich am ganzheitlichen Ansatz für Sexualpädagogik der Weltgesundheitsorganisation und an den sexuellen Rechten jedes einzelnen (vgl. BBWF 2019:3ff). Im Grundsatzterlass wird vorgegeben, dass Sexualunterricht ein Bildungsauftrag für Lehrende ist, und als inhaltlicher Schwerpunkt in den Lehrplänen von verschiedener Pflichtgegenständen verankert wird. Sexualpädagogik sollte fächerübergreifend vermittelt werden, und der Lehrplaninhalt kann durch die Lehrperson erweitert werden (vgl. BBWF 2019:8).

Sexualpädagogische Themen werden in der AHS im Lehrplan für Biologie und Umweltkunde verankert (vgl. BBWF 2019:8). Im folgenden Teil der Arbeit wurde beschrieben, welche Anforderungen an Lehrpersonen in Bezug auf den Sexualunterricht im Lehrplan der AHS gestellt werden: Bereits in der Unterstufe der AHS sollten, laut dem Lehrplan für Biologie und Umweltkunde, die Schüler/innen sich mit den Themenbereichen „Mensch und Gesundheit“ auseinandersetzen. Dabei werden im Lehrplan folgende Ziele formuliert, die im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten stehen:

- Die Schülerinnen und Schüler sollen zentrale biologische Erkenntnisse gewinnen, Prinzipien, Zusammenhänge, Kreisläufe und Abhängigkeiten sehen lernen und Verständnis für biologische bzw. naturwissenschaftliche Denk- und Arbeitsweisen erwerben.

-Die Schülerinnen und Schüler sollen Verständnis für den eigenen Körper erwerben, das sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst befähigt (Akzeptanz des eigenen Körpers, der eigenen Sexualität; Gesundheitsförderung).

-Die Schülerinnen und Schüler sollen ein biologisches „Grundverständnis“ erwerben, welches sie bei ihrer zukünftigen Partizipation an gesellschaftlichen Entscheidungen unterstützen kann. Werte und Normen, Fragen der Verantwortung bei der Anwendung naturwissenschaftlicher bzw. biologischer Erkenntnisse sollen thematisiert werden. (RIS 2019:o.S.)

Zur Erreichung dieser Ziele soll das Themenfeld „Mensch und Gesundheit“ in allen Klassen der Unterstufe behandelt werden. Zusammenfassend wird im Lehrplan für Biologie und Umweltkunde vorgegeben, dass am Ende der Unterstufe die Schüler/innen einen Überblick über die menschliche Anatomie und mit Hilfe von Sexualerziehung ein umfassendes Gesundheitsbewusstsein aufweisen sollten (vgl. RIS 2019:o.S.). Die Vorgaben für den Sexualunterricht werden, unterteilt nach Schulstufen/klassen, nachfolgend beschrieben.

In der 1. Klasse wird der Schwerpunkt auf Sexualität gelegt, um den Schüler/innen ein Verständnis für den eigenen Körper zu vermitteln. In Bezug auf sexuelle Gesundheit werden folgende Aspekte der Sexualität laut Lehrplan behandelt: „Bau und Funktion der Geschlechtsorgane, Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt, körperliche, psychische Entwicklung und Befindlichkeit in der Pubertät, Aufklärung über sexuellen Missbrauch/ Prophylaxe“ (RIS 2019:o.S.).

In der 2. Und 3. Klasse liegt der Fokus auf dem Ökosystem Wald und andere Ökosysteme und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit. Sexualität und Themen, welche damit in Zusammenhang stehen werden im Lehrplan nicht erwähnt (RIS 2019:o.S.).

Die Kenntnisse der Schüler/innen über die menschliche Anatomie werden laut Lehrplan in der 4. Klasse vervollständigt. Sexualität wird durch folgende Themen behandelt: „Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen, Empfängnisregelung, Schwangerschaft, Geburt; AIDS-Prophylaxe“ (RIS 2019:o.S.). Der Ausdruck „Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen“ wird nicht erklärt, wodurch diese Vorgabe schwer greifbar ist. Außerdem ist Empfängnisregelung nicht definiert und es kann aus dem Lehrplan nicht entnommen werden kann, welche Verhütungsmethoden im Unterricht behandelt werden sollten. Auch die Vorgabe „AIDS-Prophylaxe“ greift zu kurz, da sexuell übertragbare Krankheiten nicht auf HIV/AIDS beschränkt werden können.

Im Lehrplan für Biologie und Umweltkunde der AHS - Oberstufe wird Sexualität spezifisch nur in der 6. Klasse behandelt – die vorgeschriebenen Lehrinhalte sind:

- Bedeutung der Meiose für die geschlechtliche Fortpflanzung
- Sexualität als biologisches, soziales und ethisches Phänomen
- Embryonalentwicklung beim Menschen und mögliche Fortpflanzungsmanipulation (RIS 2019:o.S.).

Zusammengefasst ist das Ziel ganzheitlicher Sexualpädagogik, Kindern und Jugendlichen Kenntnisse zu allen Aspekten der Sexualität, gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft, zu vermitteln. Sexualpädagogik leistet durch ihren präventiven Charakter einen Beitrag zu einer allgemeinen Gesundheitsförderung, ermöglicht negative Folgen von Sexualität zu vermeiden, und trägt zu einer Verbesserung der Lebensqualität, der Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens bei.

Obwohl im *Grundsatzrlass Sexualpädagogik* (vgl. BBWF 2019:4) festgehalten wurde, dass Prinzipien der Gleichstellung der Geschlechter, sexuelle Orientierung, Geschlechteridentität und Kompetenzen, wie kritisches Denken vermittelt werden sollten, finden diese Themen im Lehrplan für Biologie und Umweltkunde keine Erwähnung. Es wird nicht vorgegeben, dass Sexuelle Rechte behandelt werden sollten, auf welchen der *Grundsatzrlass Sexualpädagogik* basiert. In Kapitel 4.3. und 4.4. wurde die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Rechte erklärt.

4.3. Begriffsbestimmung: Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte

Sexuelle und reproduktive Gesundheit (SRG) steht in Verbindung mit der Gesundheit insgesamt, dem Wohlbefinden und der Lebensqualität und wird von der Weltgesundheitsorganisation wie folgt definiert:

Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive respektvolle Haltung zur Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2011:19)

Sexuelle und reproduktive Gesundheit bezieht sich auf verschiedene Gesundheitsthemen, wie beispielsweise Familienplanung, Gesundheitsfürsorge für Mütter und Neugeborene, Prävention, Diagnostik und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen (einschließlich HIV), SRG von Jugendlichen, Gebärmutterhalskrebscreening, sowie Prävention und Behandlung

von Unfruchtbarkeit (vgl. World Health Organization 2017:1). Die Maßnahmen zielen darauf ab, gesundheitliche Beschwerden zu verhindern – wie etwa Komplikationen bei der Schwangerschaft und Geburt, unerwünschte Schwangerschaften, unsichere Schwangerschaftsabbrüche, Risiken und Komplikationen im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten, sexuelle Gewalt. Es soll die Zahl der Frauen reduziert werden, die an vermeidbaren Krebserkrankungen sterben (vgl. World Health Organization 2017:1).

Im Jahr 1994 hat die Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde in ihrem Bericht zur Gesundheit von Frauen festgehalten, dass zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen staatliche Eingriffe notwendig sind, um allen Formen von Diskriminierungen gegenüber von Frauen entgegenzuwirken. Die Gesundheit von Frauen wird meist nicht durch ein mangelndes medizinisches Wissen beeinträchtigt, sondern auf Grund von Verstößen gegen Frauenrechte und somit gegen Menschenrechte (vgl. Cook & Fathalia 1996:115). Die Weltgesundheitsorganisation, bestätigt diese Aussage, indem sie folgende Feststellung zum Zusammenhang zwischen sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten trifft: „Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden“ (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2011:19).

Die Entstehungsgeschichte und die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Rechte wurden im Kapitel 4.4. beschrieben.

4.4. Entstehungsgeschichte der Reproduktiven Rechte

Zum Ende des zweiten Weltkriegs, entstanden Initiativen für eine völkerrechtliche Verankerung von Menschenrechten; der Anlass dafür wird von Koenig (2005:54) wie folgt begründet:

Unmittelbarer Anlass für die Einbeziehung der Menschenrechte ins Völkerrecht waren die Unrechtserfahrungen des Zweiten Weltkriegs, des Totalitarismus und des Völkermords an den Juden. Viele Völkerrechtler erkannten, dass das klassische Völkerrecht mit seiner Grundnorm staatlicher Souveränität auf diese Unrechtserfahrungen nicht angemessen reagieren konnte [...].

Im Jahr 1945 verpflichteten sich die Vereinten Nationen in ihrer Gründungscharta zum Schutz der Menschenrechte, und legten 1948 einen umfassenden Katalog – *die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* vor (vgl. Demokratiezentrum Wien). Die Aufnahme der Menschenrechte

in die Gründungscharta war eine Anerkennung der Mitgliedsstaaten, dass die Rechte jedes einzelnen Menschen von diesem Zeitpunkt einer internationalen Zuständigkeit obliegen und nicht nur innerhalb eines Nationalstaates zu regeln sind (vgl. Freedman & Isaacs 1993:20).

Sexuelle und reproduktive Rechte wurden erstmals von der internationalen Gemeinschaft im Rahmen der UN-Konferenz für Menschenrechte in Teheran 1968 diskutiert und es wurde folgendes Statement im Abschlussdokument der Konferenz festgehalten: „Parents have a basic human right to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and a right to adequate education and information in this regard“ (United Nations 1968:3 Para. 16).

Freedmann und Isaacs (vgl. 1993:20) kritisieren, dass die Formulierung „freely and responsibly“ sehr vage ist, wodurch sie von Regierungen willkürlich ausgelegt werden kann, und stellen die Frage, ob Regierung reproduktive Autonomie einschränken können, indem sie sich auf die Notwendigkeit der *verantwortlichen* Entscheidung über die Anzahl der Geburten berufen (vgl. Freedmann und Isaacs 1993:20). So hat der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (eng. United Nations Population Fund UNFPA) unter dem Verweis auf verantwortliches Handeln, die in den 1970er Jahren eingeführte Ein-Kind-Politik in China unterstützt. Im Rahmen dieser Politik wurden Frauen zu Schwangerschaftsabbrüchen und zur Sterilisation gezwungen (vgl. Hvistendahl 2013:223). Zudem wurden in Indien Maßnahmen zur Bevölkerungskontrolle in Sterilisierungscamps unter der Premierministerin Indira Ghandi durch den UNFPA gefördert (vgl. Schulz 2006:88).

Laut Freedmann und Isaacs sollte das Statement der Konferenz von Teheran vor dem Hintergrund der Debatte zur Überbevölkerung betrachtet werden (vgl. Freedmann und Isaacs 1993:20): Seit den 1950er und 1960er Jahren gab es Diskussionen über einen Zusammenhang zwischen dem Wachstum der Weltbevölkerung und globalen Krisenerscheinungen. Politiker/innen im Globalen Norden haben vor einer drohenden Überbevölkerung gewarnt, die ökonomisches Wachstum einschränken und zu einer Ressourcenknappheit führen würde (vgl. Grimes 1998:377). Folglich haben verschiedene Länder den Versuch unternommen, die Geburtenrate zu senken. Es wurde 1952 unter anderem die International Planned Parenthood Federation (IPPF) gegründet, die sich für Maßnahmen der Geburtenkontrolle einsetzte. Frauen aus dem Globalen Süden waren die „Hauptzielgruppe“ der Kampagnen (vgl. Birke 2016). Es wurde das als unsicher geltenden Verhütungsmittels Intra-uterine-device (IUD) in den 1970er Jahren in Ländern des Globalen Südens eingeführt – welches im Globalen Norden, auf Grund

von Gesundheitsrisiken, nicht zugelassen war. Frauen wurden in unzähligen Fällen für Sterilisation bezahlt oder gegen ihren Willen sterilisiert. Schlechte hygienische Bedingungen und fehlende medizinische Nahversorgung führten zur Beeinträchtigung der Gesundheit der Frauen (vgl. Connelly 2008:217f).

In den 1960er Jahren hat die Geburtenrate (Geburten pro Frau) in Ländern des Globalen Südens im Durchschnitt zwischen 5 und 6 Geburten pro Frau betragen. Im Gegensatz dazu hat in Ländern des Globalen Norden eine Frau etwa 2 Kinder im Laufe ihres Lebens geboren (World Bank 2019). Die hohe Geburtenrate im Globalen Süden wurde von Organisationen wie dem UNFPA damit begründet, dass Frauen keinen Zugang zu Verhütungsmitteln hatten (vgl. Grimes 1998:376). Die Reaktion der Organisationen auf Studien von Wissenschaftler/innen und auf die Kritik von Frauenbewegungen im Globalen Süden, die auf kulturelle Normen, wie die Tradition der Großfamilien hingewiesen haben, wurden von Grimes beschrieben (1998:376): „Partly in response to such critiques, and to learning from the failures of the simplistic contraceptive approach, the most recent thrust of population control policy is focused mainly on efforts to transform Third World cultural preferences for large families by exposing communities to Western liberal perspectives on sexuality and procreation.“.

Bereits in den 1940er Jahren kritisierte der französische Demograph Alfred Sauvy die Bevölkerungspolitik, da die Daten und Methoden, auf welchen diese basierte nicht ausreichend fundiert waren und Entscheidungen auf Grund von Vorurteilen und persönlichen Meinungen getroffen wurden (vgl. Sauvy 1945:768). Laut Sauvy ist eine Einschränkung der Geburtenrate durch Zwangsmaßnahmen nicht notwendig, sondern eine Investition in die Entwicklung der jeweiligen Länder. Sauvy argumentiert, dass eine Verbesserung der Gesundheit und der Bildung der Bevölkerung zu einer Senkung der Geburtenrate führen würde (vgl. Sauvy 1945:770). Die Sichtweise von Sauvy wird von Correa (2008:105) bestätigt: „[...] fertility rates have declined in a number of developing countries as a result of transformed gender relations and increased access to education and contraception“.

Laut Roseman & Reichenbach (vgl. 2009:8) ist Bevölkerungspolitik auch im Globalen Norden durchgeführt worden, wobei in Armut lebende Frauen betroffen waren. Feministische Autorinnen/innen haben in ihren Studien auf die Unterdrückung von Frauen auf Grund ihrer sozialen Stellung und die damit verbundenen Folgen für ihre Gesundheit aufmerksam gemacht. Roseman & Reichenbach (2009:8) beschreiben die Argumente der Feministinnen/innen wie folgt:

Because women's exercise of their autonomy in relation to childbearing in particular so profoundly affects their health, the logical tie between rights and health was easily forged. For example, pregnancies that are not well spaced place a burden on the woman as well as compromising the well-being of her children [...]

Durch die Herstellung eines Zusammenhanges zwischen Gesundheit und Rechten ist im Globalen Norden der Begriff *sexuelle und reproduktive Rechte* entstanden, welcher mit dem Kampf von Frauenbewegungen in den 1970er und 1980er Jahren für eine Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Verbindung gebracht wurde (vgl. Correa 1997:108). Die Feministen/innen waren der Meinung, dass Geschlechtergleichheit nur unter der Bedingung erreicht werden kann, dass reproduktive Autonomie gewährleistet wird. Aus diesem Grund gehörte die Sicherung des Zugangs zu Verhütungsmitteln, sowie kostenfreier und legaler Schwangerschaftsabbruch zu den wichtigsten Zielen dieser Frauenbewegungen (vgl. Nelson 2015:63).

In den 1970er Jahren verlangten Feministen/innen im Globalen Norden eine umfassende Aufklärung der Frauen über die Wirkung und die Nebenwirkungen der Anti-Baby-Pille. Kampagnen für eine Verbesserung der Patientinnen - Information haben die Pharmaindustrien dazu gezwungen in den Beipackzetteln über die Nebenwirkungen von der Pille, und später von anderen Medikationen, zu informieren (vgl. Watkins 1998:Introduction o.S.).

Im Jahr 1984 hat in Amsterdam das *International Tribunal and Meeting on Reproductive Rights* stattgefunden. Diese Konferenz war die vierte in einer Reihe von *International Womens Health* Konferenzen, die seit den späten 1970er Jahren abgehalten wurden. Es haben sich 400 Frauen aus 65 Ländern versammelt, um Themen wie Bevölkerungskontrolle, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Sexualität und Unfruchtbarkeit zu besprechen (vgl. Joachim 2007:134). Im Rahmen der Konferenz wurde die Bevölkerungspolitik kritisiert und es wurde laut Berer von den Teilnehmern/innen gefordert, dass reproduktive Rechte folgendes umfassen: „[...] Firstly, it was about the right of women not to have children they did not want to have; and secondly, it was about the right to be free from the coercion and abuse that stopped women from having the children that they wanted on race, poverty, demographic and eugenic grounds“ (Berer 1997:19f).

Laut Joachim wurde der Schwerpunkt der Konferenz auf die Kritik der von internationalen Organisationen und Regierungen im Globalen Süden und im Globalen Norden Bevölkerungspolitik gesetzt, und am Ende des Tribunals stand die Verurteilung der Bevölkerungskontrolle, die Forderung nach einer besseren Information zu Verhütungsmitteln und nach einer Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in jedem Land (vgl. Joachim 2007:134ff).

Hulme (vgl. 2009:6) hingegen argumentiert, dass dieses Tribunal keine schwerwiegenden Veränderungen im Diskurs zur Bevölkerungspolitik erwirken konnte, denn Bevölkerungskontrolle war weiterhin ein wichtiges Thema bei der Weltbevölkerungskonferenz der Vereinten Nationen 1984 in Mexiko, die im Anschluss an das Tribunal stattgefunden hat. Das Konzept der reproduktiven Rechte wurde vom Vatikan und von islamischen Staaten nicht unterstützt (vgl. Hulme 2009:6). Joachim (vgl. 2007:134ff) kritisiert an der Konferenz, dass zum Großteil Frauen aus dem Globalen Norden vertreten waren. Gründe dafür waren, die Schwierigkeit für Frauen aus dem Globalen Süden Amsterdam zu erreichen, ein Mangel an finanziellen Mitteln und ein Mangel an Übersetzer/innen. Frauen, aus bestimmten Regionen des Globalen Südens, konnten sich nicht zu Themen, die die SRG betreffen äußern, da diese Themen in ihrer Heimat ein Tabu darstellten (vgl. Joachim 2007:134ff).

Berer hebt in ihrem Artikel hervor, dass die Konferenz für Frauen aus dem Globalen Süden von großer Bedeutung war, da im Rahmen der Konferenz Netzwerke wie das *Latin American and Caribbean Network* und das *Women Living under Muslims Laws* gegründet wurden. Die internationale Frauen Vereinigung ICACS (International Contraception, Abortion and Sterilisation Campaign) hat aus Rücksicht auf Frauen aus dem Globalen Süden, die aufgrund des kontroversen Begriffs „Abtreibung“ im Namen der Gruppierung, der Gruppe nicht beitreten wollten, den Namen zu *The Women's Global Network for reproductive Rights* (WGNRR) geändert (Berer 1997:19ff).

Das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit wurde zum ersten Mal in der Geschichte auf der *Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung* in Kairo (*The International Conference on Population and Development ICPD*) (1994) von den Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen anerkannt. Sexuelle und Reproduktive Rechte wurden als Teil der Menschenrechte, welche für alle Mitgliedsstaaten gesetzlich bindend sind, festgelegt. Im Aktionsprogramm wurden Maßnahmen formuliert, die individuelle Bedürfnisse von Frauen und Männern berücksichtigen (vgl. URL ^aUNFPA 2019). Diese Rechte wurden in dem Aktionsprogramm der ICPD definiert:

These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes the right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents. (ICPD 1994:7.3.)

Ein Schwerpunkt der Konferenz lag auf den Folgen unsicherer Schwangerschaftsabbrüche.

Im Abschlussdokument wurde der Schwangerschaftsabbruch als ein medizinisches Problem festgehalten, wobei gesundheitliche Risiken und Komplikationen bei medizinischen Behandlungen im Mittelpunkt standen. Dadurch, dass politische, moralische und kulturelle Aspekte nicht thematisiert wurden, wurde es für viele Länder möglich das Abschlussdokument anzuerkennen (vgl. Haslegrave 2004:13). Staaten, in welchen der Schwangerschaftsabbruch legalisiert war, haben sich verpflichtet durch Familienplanungsprogramme die Zahl der Abbrüche zu senken, und den Zugang für Frauen zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen. Alle Staaten haben zugestimmt gesundheitliche Leistungen für die Nachsorge von riskanten Abtreibungen, für Beratung nach der Abtreibung, Familienplanung und Bildung zur Verfügung zu stellen (vgl. Zampas 2018:27). Hessini (vgl. 2005:91) zeigt in ihrem Artikel „Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD“ auf, dass viele Regierungen weltweit in den Jahren nach der ICPD die Empfehlungen und Maßnahmen für die Durchführung von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen umgesetzt haben. Im Rahmen der ICPD wurden steigende Rate der sexuell übertragbaren Krankheiten (eng. *sexually transmitted diseases / sexually transmitted infections STD/STI*), und die Risiken für Frauen betont. Die Mitgliedsstaaten haben sich geeinigt, dass Programme zur Prävention und Behandlung von STDs ein fester Bestandteil aller sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen sein müssten (Ortayli et al 2014:22). Ortayli et al (2014:22/23) haben zusätzliche Punkte zu den STIs im Aktionsprogramm der ICPD zusammengefasst:

It further stipulated “that all... family planning providers, should be given specialized training in the prevention and detection of ... sexually transmitted diseases” (PoA 7.31) and provide “accessible, complete and accurate information about various family planning methods, including ... their effectiveness in the prevention of the spread of HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases. (PoA 723 b)

Der UN- Bevölkerungsfonds sieht das im Rahmen der ICPD ausgearbeitete Programm als Meilenstein für die Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik und besonders für die Rechte der Frauen (vgl. ^aUNFPA 2019).

Im Zusammenhang mit dem Thema der Masterarbeit wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die UN Mitgliedsstaaten in dem Aktionsprogramm der ICPD die verantwortlichen Regierungen dazu aufgerufen haben Sexualbildung zu gewährleisten und zu fördern. Es wurde festgehalten, dass Sexualunterricht an Schulen stattfinden müsse, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen zu stärken. Im Aktionsprogramm wurde betont, dass Sexual-

unterricht nicht nur spezifische Themen der SRG, sondern Beziehungen zwischen den Geschlechtern, Geschlechtergleichheit und Gewalt behandeln sollte (vgl. Haberland & Rogow 2014:15). Die Bedeutung der Bildung über reproduktive Gesundheit für Jugendliche wurde im Aktionsprogramm spezifisch erwähnt:

The promotion of the responsible exercise of the rights for all people should be the fundamental basis for government- and community supported policies and programs in the area of reproductive health, including family planning. As part of their commitment, full attention should be given to the promotion of mutually respectful and equitable gender relations and particularly to meeting the educational and service needs of adolescents to enable them to deal in a positive and responsible way with their sexuality. (ICPD 1994:7.3.)

In der *Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung* wurden die Grundsteine für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte gelegt, die heute noch für die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen wegweisend sind. Themen, die einst ein Tabu darstellten wurden von der internationalen Gemeinschaft offen behandelt, und es wurden große Fortschritte für die Frauenrechte erzielt (vgl. Harcourt 2009:45).

Die ICPD wurde von vielen Feministen/innen kritisiert – im folgenden Abschnitt wurde die Kritik von Forschern und Forscherinnen zusammengefasst.

Laut Harcourt, einer feministischen Forscherin (vgl. 2009:46), war die Umsetzung des Aktionsprogramms der ICPD problematisch, da nicht ausreichende finanzielle Mittel zur Erfüllung der Agenda bereitgestellt wurden, und es wurde nicht beachtet, dass die ökonomischen Situationen der Mitgliedsstaaten keines Falls gleich sind - die Richtlinien wurden für alle Länder zusammengefasst. Durch kulturelle und ökonomische Unterschiede gestaltete sich die Umsetzung des Aktionsprogrammes für viele Länder schwierig, wie Harcourt (2009:46) in dem folgenden Zitat betont:

There is an economic question of how to provide quality services and access, and also a cultural and social one. In what way are cultural norms defining the basis of what is appropriate for which women? There is the equally difficult task of charging bureaucracies, medical establishments and other agents to foster their patients' or clients' self-esteem and knowledge to make the choices, whether or not the service is available.

Roseman und Reichenbach (vgl. 2009:3) schreiben in ihrem Text „Global Reproductive Health and Rights: reflecting on ICPD“, dass mehr als zehn Jahre nach der ICPD zwar Fortschritte

von der internationalen Gemeinschaft erzielt werden konnten, dass aber viele Probleme, die ursprünglich die Vereinten Nationen zur ICPD veranlasst haben, weiterhin bestehen:

Approximately half a million women die in childbirth annually; the AIDS epidemic is increasing in both scale and scope; [...]. Over one billion people live in extreme poverty and have inadequate access to health care- The post-ICPD world is still one where women do not exercise control over their bodies. Women and girls are forced into marriages and into sexual relations. Their spouses and families make decisions about when and whether they can leave the home, be it to go to work or to obtain health care. Their governments do not protect them from violence. And in too many places women who belong to ethnic or other minorities are subjected to involuntary sterilization and other forms of violence. (Roseman & Reichenbach 2009:3)

Roseman und Reichenbach begründen das Scheitern der ICPD Ziele mit konservativer Politik ausgehend von den USA und Vorbehalte gegen sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit vom Vatikan und islamischen Staaten. Dies hat zur Folge, dass Themen wie Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und Sexualität von der internationalen Gemeinschaft nicht als Priorität gesehen werden (vgl. Roseman und Reichenbach 2009:6).

Dies wird von Hessini (vgl. 2005:94) bestätigt: „The Catholic Church is pressuring policymakers and health professionals, particularly in Latin America, not to be involved in abortion-related work or support the need for safe abortion.“. Hessini beschreibt verschiedene Strategien von Regierungen gegen den Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch nachfolgend: „In 1997, Poland passed a law restricting access to abortion services and El Salvador removed the only legal grounds for abortion from its law. [...] Hungary and Russia, have also been working to inhibit women’s access to safe abortion services by implementing restrictions [...]“ (Hessini 2005:95).

Haslegrave (vgl 2004:14) zeigt in ihrem Artikel auf, dass Politiker/innen in vielen Ländern der Welt den Zugang für Jugendliche zu Information und zu Gesundheitsleistungen im Bereich von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten blockiert haben. Die Autorin betont aber, dass trotz des Widerstandes sexuelle und reproduktive Rechte seit der ICPD weltweit an Bedeutung gewonnen haben: „While opposition to reproductive rights still continues from conservative and religious elements, and particularly regarding the right to sexual health, it is very clear that reproductive rights are now part of a much broader concept of the right to health, as a result of their inclusion in the ICPD Program of Action“ (Haslegrave 2004:15).

Harcourt (vgl. 2009:64) kritisiert, dass an der ICPD hauptsächlich Frauen teilgenommen haben, da sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte als eine Angelegenheit der Frauen

gesehen wurde: „When male bodies are spoken about in relation to population and numbers they are considered as workers and as soldiers, not as fathers, husbands and lovers. The lack of male reproductive bodies tell us that the embodied reproductive body in gender and development is essentially female” (Harcourt 2009:64). Durch so eine Sichtweise wurde nicht beachtet, dass in vielen Kulturen Männer als *Erzeuger* von Kindern und oftmals als *Besitzer* von Kindern wahrgenommen werden, wodurch Frauen nur wenige oder keine Rechte in Bezug auf ihre Kinder zugesprochen werden. Es wurde zudem Mutterschaft und nicht Elternschaft thematisiert. Ein Fokus auf Elternschaft könnte Rechte und Macht beider Geschlechter aufzeigen und nicht nur die biologischen Faktoren (Harcourt 2009:64).

Correa et al (vgl. 2008:69) kritisieren an dem Aktionsprogramm der ICPD, dass das Dokument heteronormative ist – es bezieht sich auf Gewalt und Krankheiten, die heterosexuelle Menschen betreffen, und es wurde kein Paragraph zu sexuellen Orientierung aufgenommen.

In der vierten Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen (*Fourth World Conference on Women*) am 15. September 1995 in Peking wurden reproduktive Rechte behandelt. Alle Mitgliedsstaaten der UN haben am Ende der Konferenz die *Beijing Declaration* – ein Forderungskatalog für die Gleichstellung der Frauen und für Frauenrechte verabschiedet (vgl. United Nation Department of Public Information 2001: Introduction o.S.). Das Abschlussdokument beinhaltete folgende Themen:

The Platform identified twelve critical areas of concern for action over the next five years: women and poverty; education and training of women; women and health; violence against women; women and armed conflict; women and the economy; women in power and decision-making; institutional mechanisms for the advancement of women; human rights of women; women and the media; women and the environment; and the girl child. (Brautigam 2002:19)

Diese Konferenz war laut Brautigam (vgl. 2002:19) wegweisend für die internationale Gesellschaft, weil Frauenrechte zu Menschenrechten erklärt wurden, und der Abschnitt der *Beijing Declaration* „Frauen und Gesundheit“ - sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beinhaltete, wie sie zuvor in der ICPD formuliert wurden. Laut Bunch et al (vgl. 1996:11) gab es Widerstand gegen die universelle Gültigkeit der Frauenrechte vom Vatikan und von Islamischen Staaten, welchen sie wie folgt beschreibt:

The Vatican, it's supporter states, and some Muslim governments attempted unsuccessfully to limit the extent of universal application of women's human rights. However, they used this debate to claim that there is a feminist imperialism that reflects disrespect for religion and culture, an over-zealous individualism, and an effort to impose western values which destroy the family and local communities. (Bunch et al 1996:11).

Das war keine neue Kritik an den Feministen/innen, aber laut Bunch et al (vgl. 1996:11) waren zu diesem Zeitpunkt die Argumente gegen diese Anschuldigungen nicht deutlich formuliert.

Im Jahr 2000 hat sich der Fokus der UN Mitgliedsstaaten von der Umsetzung des ICPD Programmes auf die Umsetzung der Millennium Development Goals verlagert (vgl. Abrejo et al 2008:o.S.). Die Millennium Development Goals (MDGs) wurden im Rahmen des Millenniumgipfels der Vereinten Nationen in New York formuliert. Die 8 festgelegten Ziele sollten bis zum Jahr 2015 von den Mitgliedsstaaten erreicht werden und der Bekämpfung von Armut, Hunger und Krankheiten dienen (vgl. Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen für Westeuropa 2010).

Haslegrave und Bernstein sind der Meinung, dass die Implementierung der ICPD Agenda erschwert wurde, indem reproduktive Rechte in den MDGs nicht festgehalten wurden. Denn durch die MDGs haben einzelne Themen wie HIV/AIDS weltweit mehr Aufmerksamkeit erhalten, wodurch von verschiedenen Organisationen für die Umsetzung der jeweiligen Programme mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt wurden (vgl. Haslegrave & Bernstein 2005:107). Yamin und Boulanger (vgl. 2013:77) kritisieren, dass durch den internationalen Fokus auf die Umsetzung der MDGs, Themen wie der Zugang zu Verhütungsmitteln, zum Schwangerschaftsabbruch, zu Information und Bildung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten in den Hintergrund gerückt sind und finanzielle Förderungen gekürzt wurden. Eine Konsequenz davon wird von Yamin und Boulanger (2013:77) wie folgt beschrieben: „In terms of unmet need for family planning, the values estimated for middle and western Africa in 2010 were nearly identical to those in 1990“.

Harcourt (vgl. 2009:52) kritisiert, dass nur eine limitierte Auswahl an Themen behandelt wurde. Eine mögliche Erklärung dafür ist laut Harcourt, dass die MDGs nur von sogenannten Experten/innen der Vereinten Nationen formuliert wurden, und nicht unter Einbezug von Vertreter/innen der Zivilgesellschaft. Die Absicht der einberufenen Experten/innen war es messbare Ziele und Indikatoren zu formulieren. So wurde Müttersterblichkeit als eine Messgröße formuliert, um Ungleichheiten in Gesundheitswesen aufzuzeigen (vgl. Harcourt 2009:52).

Müttersterblichkeit als Indikator wird von einigen Forscher/innen nicht als ausreichend betrachtet, um reproduktive und Gesundheit und Rechte zu erfassen. Die Argumente der Forscher/innen werden im folgenden Abschnitt beschrieben:

Sheill kritisiert, dass im Rahmen des Entwicklungsziels *Die Gesundheit der Mütter verbessern* sexuelle und reproduktive Rechte nicht direkt erwähnt wurden, und argumentiert, dass ohne Maßnahmen zur Wahrung der sexuellen und reproduktiven Rechte die MDGs nicht erzielt werden könnten (vgl. Sheill 2008:46). Auch Haslegrave (vgl. 2004:14) bestätigt, dass ohne Implementierung der ICPD Agenda die MDGs nicht erreicht werden könnten. Sie argumentiert, dass Müttersterblichkeit erst gesenkt werden könnte, wenn Zugang für alle Menschen zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung und Rechten gewährleistet wird.

Laut Yamin und Boulanger hätte die Müttersterblichkeit durch einen Zugang zu sicheren und leistbaren Schwangerschaftsabbrüchen weltweit um 13% gesenkt werden können (vgl. 2013:78). Harcourt kritisiert, dass der Indikator Müttersterblichkeit in den MDGs im Kontext von Reduzierung der Armut gesetzt wurde, wodurch sexuelle und reproduktive Rechte nicht mehr auf alle Frauen bezogen wurden. Dadurch wurden Frauen aus sehr hohen Armutsverhältnissen, deren Leben gefährdet war, angesprochen; Frauen aus wohlhabenderen Verhältnissen wurden ausgeschlossen (vgl. Harcourt 2009:61). Diese Aussage erklärt Harcourt (2009:61) wie folgt: „The decline in numbers of women dying can be measured, whereas the achievement of reproductive rights for all is far less precise and has far greater implications“. Harcourt (vgl. 2009:53) erklärt, dass der Schwerpunkt auf Müttersterblichkeit aus strategischen Gründen gelegt wurde, und verdeutlicht das im folgenden Zitat: „It was easier to speak about maternal death in a technical medical way that could be measured, rather than enter into a messy and politically more radical sexual and reproductive rights agenda“ (Harcourt 2009:61).

Im Jahr 2015 wurden die Millennium Development Goals von den Sustainable Development Goals abgelöst.

Zusammengefasst hat das Konzept der sexuelle und Reproduktiven und Gesundheit und Rechte seit der *Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung* (ICPD) weltweit an Bedeutung gewonnen. In dem Aktionsprogramm der ICPD wurden die verantwortlichen Regierungen unter anderem aufgerufen Sexualbildung zu gewährleisten und zu fördern, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von Jugendlichen zu stärken. Die Umsetzung der ICPD Agenda wurde erschwert durch konservative Politik von Ländern wie der USA und Vorbehalte gegen sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit vom Vatikan und islamischen Staaten. In den Millennium Development Goals wurden die in der ICPD erarbeiteten Richtlinien erst nach starker Kritik von der Zivilgesellschaft eingebracht und ein Bezug zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten geschaffen.

Den Millennium Development Goals folgten die Sustainable Development Goals, für die Entwicklung welcher die Richtlinien der ICPD wegweisend waren. Die Entwicklung, Implementierung und Messung sowie die Kritik an den Sustainable Development Goals werden in Kapitel 6 beschrieben.

5. Sustainable Development Goals

Die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen haben im Jahr 2014 17 Nachhaltigkeitsziele – die Sustainable Development Goals (SDGs) formuliert. In Kapitel 5 wurde die Bedeutung und die Messbarkeit der SDGs beschrieben. Für ein besseres Verständnis, wurden die Konzepte der *Nachhaltigen Entwicklung* und der *Global Governance* erklärt. Abschließend wurden die Umsetzung und die Messung der SDGs in Österreich erläutert.

5.1. Nachhaltige Entwicklung

Das Konzept der Nachhaltigen Entwicklung geht auf die *Brundtland-Kommission für Umwelt und Entwicklung* der UN zurück. Im Jahr 1987 forderte die Kommission in ihrem Bericht, dass die Ressourcen der Natur auf eine Weise genutzt werden, welche die Bedürfnisse der gegenwärtigen und der zukünftigen Generation beachten. Im Jahr 1992 wurden diese Forderungen im Rahmen der *Rio de Janeiro Konferenz* (auch *Rio – Konferenz*) der Vereinten Nationen aufgegriffen und auf die internationale Gesellschaft übertragen. Das Aktionsprogramm der Konferenz sprach sowohl Umwelt- als auch Entwicklungsaspekte an, beinhaltete politische Erkenntnisse und es wurden Ziele formuliert. Es wurden im Rahmen des Aktionsprogrammes keine überprüfbaren Verpflichtungen festgehalten. Aus diesem Grund folgten im Anschluss an die *Rio – Konferenz* weitere Zusammenkünfte – die *ICPD* 1994, der *Weltsozialgipfel* 1995 und die *Klimakonferenz* 1997 können dazu gezählt werden (vgl. Von Hauff 2014:10f).

Im Jahr 2002 hat die direkte Folgekonferenz – die *Johannesburg - Konferenz* an die *Rio – Konferenz* stattgefunden. Die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen haben einem Implementierungsplan zugestimmt, der neue Ziele und Maßnahmen für Umweltschutz und die Bekämpfung von Armut beinhaltete. Der Fokus war nicht länger auf einem generationsübergreifenden Zugang, sondern auf einem ganzheitlichen Ansatz, der wirtschaftliche Entwicklung,

soziale Inklusion und ökologische Nachhaltigkeit verbinden sollte (vgl. Sachs 2015:482). Diesbezüglich heißt es im Aktionsprogramm der *Johannesburg – Konferenz*:

[...] the integration of the three components of sustainable development – economic development, social development and environmental protection – as independent and mutually reinforcing pillars. Poverty eradication, changing unsustainable patterns of production and consumption, and protecting and managing natural resource base of economic and social development are overarching objectives of, and essential requirements for, sustainable development. (World Summit on Sustainable Development 2002:1)

Der ganzheitliche Ansatz für Nachhaltige Entwicklung wurde 2012 im Rahmen des Rio+20 Gipfels verfolgt und das Abschlussdokument beinhaltet eine Forderung nach den Nachhaltigkeitszielen, die auf den drei Dimensionen – wirtschaftliche Entwicklung, soziale Inklusion und ökologische Nachhaltigkeit basieren sollten. Im Dokument heißt es dementsprechend:

[The SDGs] should address and incorporate in a balanced way all three dimensions of sustainable development and their interlinkages. They should be coherent with and integrated into the United Nations development agenda beyond 2015, thus contributing to the achievement of sustainable development and serving as a driver of implementation and mainstreaming of sustainable development in the United Nations system as a whole. (Rio+20 2012:63)

Das Konzept der Nachhaltigen Entwicklung wird von vielen Autoren/innen in der wissenschaftlichen Literatur kritisiert: Kastenholz et al (vgl. 2013:2) kritisieren, dass der Begriff Nachhaltigkeit zu vage und zu schwer definierbar ist. Es gibt über 60 Definitionen zu Nachhaltigkeit in der wissenschaftlichen Literatur, welches auf die verschiedenen Disziplinen der Forscher/innen, die sich mit Nachhaltigkeit befassen, zurückzuführen ist. Die Definitionsproblematik ist verbunden mit Unsicherheiten über Strategien sowie über die Umsetzung des Konzeptes. Aufgrund der begrifflichen Unklarheit argumentieren Kritiker/innen, dass Nachhaltigkeit als „politisches Schlagwort“ zur Legitimierung von Interessen oder zur Verschleierung von Konflikten von Politikern/innen verwendet wird (Kastenholz et al 2013:3). Redclift argumentiert, dass der Verweis auf Nachhaltigkeit die tatsächlichen Auswirkungen von Entwicklung auf die Umwelt verschleiert. Die Umwelt ist laut Redclift ein soziales Konstrukt, da die Umwelt für Menschen in verschiedenen Regionen unterschiedliche Bedeutungen hat, und die Ressourcen der Natur verschieden verarbeitet und genutzt werden (vgl. Redclift 2003:o.S. Introduction). In diesem Zusammenhang kritisieren Brand und Görg, dass vor der Rio-Konferenz keine ausreichende Ursachenanalyse der Defizite des Rio-Prozesses durchgeführt wurde. Globalisierungsprozesse wurden nicht hinterfragt, sondern als Rahmenbedingungen für Nachhaltige Entwicklung akzeptiert. Diese Prozesse haben zu einem selektiven Wachstum geführt,

welches zur Erhöhung von nationalen internationalen Ungleichheiten beigetragen hat (vgl. Brand & Görg 2002:14f).

5.2. Global Governance und Zielsetzung

Nach dem zweiten Weltkrieg konnte ein hohes Wachstum an der Zahl der internationalen Organisationen festgehalten werden, die nach Wegen suchten, um neue politische und funktional begründete Ordnungsstrukturen „Nationalstaat“ – übergreifend zu etablieren. In den 1980er Jahren wurden internationale Regime im Zusammenhang mit internationaler Kooperation diskutiert, und in den 1990er Jahren kam es zur Veränderungen in den Diskussionen über die Gestaltung von Politik in übergreifenden Kontexten – der Begriff *Governance* wurde eingeführt (vgl. Deroin & Neyer 2016:176). *Governance* beschreibt das Konzept einer Regierungsform jenseits des Nationalstaates, wobei Regierungen sich auf gemeinsame Interessen und Regelsetzungen einigen und diese dann mit Hilfe von institutionellen Verfahren umsetzen. Dabei wird in die Belange von souveränen Nationalstaaten eingegriffen. Der Begriff ist nicht klar definiert, und wird in verschiedenen Disziplinen anders ausgelegt (vgl. Deroin & Neyer 2016:176). Laut Young (vgl. 2017:45) ist die Erfüllung der Bedürfnisse der internationalen Gesellschaft von zentraler Bedeutung für *Global Governance*. Die Formulierung von Zielen und Interventionen zur Erreichung der Ziele ist eine Strategie der *Global Governance*, um alle beteiligten Akteure/innen zur Anteilnahme am gemeinsamen Handeln zu mobilisieren. Die Millennium Development Goals und die Sustainable Development Goals sind Beispiele für diese Strategie (vgl. Young 2017:45).

Zwischen den Sustainable Development Goals und den Millennium Development Goals bestehen folgende Unterschiede: Die MDGs wurden 1999 hauptsächlich für die Bekämpfung von Problemen, die die Länder des Globalen Südens betreffen entwickelt. Die SDGs dagegen haben die bereits in den MDGs formulierten Schwierigkeiten angesprochen; zusätzlich sollen die SDGs einen globalen Bezug aufweisen. Dies wird von Young (2017:45) wie folgt dargestellt:

Nevertheless, the fundamental challenge in formulating the Sustainable Development Goals is to find a way to balance these ongoing concerns with growing systemic challenges in order to make progress toward integrating the social, economic, and environmental elements of sustainable development under conditions in which the impacts of human actions are significant at the planetary level.

Young (vgl. 2017:46) kritisiert, dass die SDGs zu viele Ziele enthalten, dass nur vage Vorgaben für ihre Implementierung vorgegeben wurden, und dass einige Ziele in bestimmten Regionen bis 2030 auf politischer Ebene kaum umsetzbar sind. Elder et al zeigen (vgl. 2016:8) hingegen auf, dass die SDGs sowohl als Ziele als auch als Hilfsmittel zum Erreichen der Ziele zu verstehen sind – sie argumentieren folgendermaßen:

On the one hand, education is desirable for its own sake, and thus considered as a goal; on the other hand, education is also clearly a necessary means to achieving any other goals. Similarly, good health and clean water may also be desirable per se, but they are also necessary means to achieving most of the other goals. Even within specific goal areas, some targets that are not specifically designated as means may still be logically considered as means

Laut Elder et al ist es notwendig die Zusammenhänge der SDGs zu verstehen, denn wenn ein Land den Schwerpunkt auf die Umsetzung einzelner SDGs, entsprechend der jeweiligen Prioritäten, legt, besteht die Gefahr, dass „[...] cost synergies will be lost, and the way one goal is pursued may harm the progress of other goals, thereby raising the costs and reducing the effectiveness of SDG implementation“ (Elder et al 2016:20).

5.3. Sustainable Development Goals – Entwicklung und Messung

Nach dem Rio+20 Gipfel wurde in einem dreijährigen Prozess unter Anteilnahme von Vertretern/innen der Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen, NGOs und der Zivilgesellschaft ein globales Rahmenwerk für Nachhaltige Entwicklung erstellt. Im Jahr 2015 wurde die *Agenda 2030* von allen Mitgliedsstaaten der UN verabschiedet, in deren Mittelpunkt 17 Nachhaltigkeitsziele – die Sustainable Development Goals stehen (vgl. Rieckmann 2018:4). Die vollständige Liste der Sustainable Development Goals wird in Abbildung 2 angezeigt, in der vorliegenden Studie wurden die Ziele 3-5 und 10 in Kapitel 7 näher beschrieben.



Abbildung 2 Die 17 Nachhaltigkeitsziele (vgl. IMF)

Im Gegensatz zu den MDGs sind die SDGs für alle Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen gültig, beziehen sich sowohl auf den Globalen Süden als auch auf den Globalen Norden, und verfolgen mit ihren 169 konkretisierten Unterzielen eine nachhaltige ökonomische, soziale und ökologische Entwicklung. Durch die Verbindung dieser Themen sollen die SDGs die Mitgliedsstaaten bei einer nachhaltigen Innen- und Außenpolitik unterstützen (vgl. Huck & Kurkin 2018:379). Weitere Schwerpunkte der Nachhaltigkeitsziele sind die Überwindung von Ungleichheiten, die Verwirklichung von den Menschenrechten für alle, und das Erreichen der Selbstbestimmung für Mädchen und Frauen (vgl. Huck & Kurkin 2018:380).

Im Rahmen der Herausarbeitung der SDGs wurde ein System von Indikatoren für die Messung des derzeitigen Zustandes und des Progresses in den jeweiligen Ländern entwickelt (vgl. Laszlo et al 2017:99). Die Bedeutung der Messung der SDGs wird im folgenden Zitat erklärt:

Observation, measurement, and assessment are integral parts of strategic management and governance and essential for recognizing, understanding, and addressing sustainability-related problems. From individuals and society at large to business, governments, civil society, and multilateral organizations, measurement matters because it contributes information to decision making, whether related to understanding past problems, managing in the present, or preparing for an exploring the state of the planet. (Laszlo et al 2017:99)

Laut Sridhar (vgl. 2016:1453) ist die Sinnhaftigkeit und der Nutzen der Messung der SDGs nicht für alle Akutere/innen der Entwicklungszusammenarbeit gleich. Für Großspender/innen

in der Entwicklungszusammenarbeit ist die Messung der SDGs von Bedeutung, da Geberländer, wie die USA und Großbritannien, und private Geber, die Bereitstellung von finanziellen Mittel mit sichtbaren Fortschritt in Verbindung setzen. So müssen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit positive Ergebnisse ihrer Projekte vorweisen, um weitere finanzielle Mittel von den Gebern zu sichern (vgl. Sridhar 2016:1453). Die Ziele sind angelehnt an globale Prioritäten, wodurch die individuellen Bedürfnisse von kleineren Gemeinschaften keine Beachtung finden – diese Problematik beschreibt Sridhar (2016:1454) wie folgt:

The common thread was that the communities consulted wanted to determine their own health priorities based on their values and needs, and rejected the notion that global metrics, especially those based on estimated models, should govern what health services they could access. This view raises a larger question of why heavily modelled numbers exported from Seattle or Washington, DC, USA, are taken as the benchmark for what poor people require [...]

Die Messung im Kontext der SDGs gilt als komplex, da sich die Interessen von den beteiligten Akteuren/innen – wie Regierung, Unternehmen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft unterscheiden, und somit die Indikatoren nicht einheitlich und für unterschiedliche Zwecke verwendet werden (vgl. Laszlo et al 2017:99f). Es bestand keine Einigung zwischen den Beteiligten, über die genaue Definition von Indikatoren und deren Zweck; diese Problematik wird von Kaumanns und Blumers (2016:4) beschrieben: „Neben der Ansicht, dass Indikatoren primär der Messung der Zielerreichung dienen, wurde von einigen Akteuren die Auffassung vertreten, dass durch Indikatoren erst ambitionierte Ziele gesetzt werden oder Entwicklung in bestimmte Richtungen forciert werden soll“. Janouskova et al (2018:1) kritisieren, dass die Ergebnisse widersprüchlich sein werden, die sich durch eine Messung anhand von einem nicht einheitlichen Verständnis der Indikatoren ergeben. Aus diesem Grund ist es notwendig bestehende Indikatoren auf ihre Stärken und Schwächen zu evaluieren und deutlicher zu gestalten. Young betont, dass trotz der Kritik die SDGs eine Möglichkeit für die internationale Gesellschaft zum Beginn eines nachhaltigen Entwicklungsprozesses darstellen (vgl. Young 2017:46f). Dies wird von Sridhar im folgenden Zitat in Bezug auf die Gesundheit bestätigt:

The SDGs, and the assessment of their progress in health, are incredibly complex even for the most astute development and health experts. But whether we like it or not, the SDGs have been agreed on. The best we can do is to acknowledge [...] that they are mostly vague, largely immeasurable, somewhat attainable, and definitely relevant, and then put together the smartest minds and resources to communicate their importance through one index. (Sridhar 2016:1454)

5.4. Implementierung der SDGs in Österreich

Im Jahr 2016 hat die österreichische Bundesregierung beauftragt, unter Einbezug von Kooperationspartner/innen auf Bundes-/ Landes-/ Städte- und Gemeindeebenen, Sozialpartner/innen, Zivilgesellschaft, Wirtschaft und Wissenschaft, die SDGs in entsprechende Programme einzuarbeiten, und notwendige Maßnahmen sowie Aktionspläne zu entwickeln beziehungsweise zu setzen (vgl. ^aBundeskanzleramt 2019). Die Statistik Austria hat basierend auf den Indikatoren zur Messung der SDGs der Vereinten Nationen ein österreichspezifisches Indikatoren-Set erstellt. Dieses Set wird folgendermaßen beschrieben:

Die Darstellung der Indikatoren orientiert sich nach Targets und folgt den Vorgaben der vereinten Nationen und des Europäischen Statistischen Systems. Für knapp die Hälfte des globalen Indikatorensets der Vereinten Nationen stehen derzeit nationale Daten von Statistik Austria oder von externen Datenlieferanten zur Verfügung. 34 Prozent wurden für Österreich entweder als „nicht relevant“ oder „keine statistischen Daten im engeren Sinn“ eingestuft. Lediglich für 19 Prozent der SDG-Indikatoren sind keine Daten verfügbar. (^bBundeskanzleramt 2019).

Auf der Webseite der Statistik Austria kann seit 2017 eine erste Auswertung der nationalen Indikatoren abgerufen werden (^bBundeskanzleramt 2019).

Auf EU-Ebene ist nur eine Orientierung an den 17 Nachhaltigkeitszielen und nicht an den Unterzielen vorgesehen. Dazu wurde mit Hilfe eines Online-Tools eine 2017 ein statistischer Bericht „Sustainable Development in the European Union - Monitoring Report on Progress towards the SDGs in an EU context“ von Eurostat veröffentlicht (^bBundeskanzleramt 2019).

Eine Orientierungshilfe zur Erreichung der und Umsetzung der SDGs bietet der SDG-Index der Bertelsmann Stiftung und des Sustainable Development Solutions Network (SDSN). Zur Darstellung der länderspezifischen Daten wird ein Ampelsystem verwendet, das auf der Homepage des ^bBundeskanzleramtes so beschrieben wird: „Rot markiert Ziele, von deren Erreichung die einzelnen Staaten noch weit weg sind, gelb bedeutet, dass weitere erhebliche Anstrengungen notwendig sind und grün bedeutet, dass die Ziele bereits Großteils erreicht sind.“ Der SDG-Index erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist daher kein offizielles Instrument zum Monitoring der SDGs.

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) untersucht die Lage von Kindern im Globalen Norden in Bezug auf die SDGs. Im UNICEF - Bericht wurde aufgezeigt, dass: „[...] selbst in Ländern mit hohem Einkommen Fortschritt nicht automatisch allen Kindern zugute kommt“ (^bBundeskanzleramt 2019). Österreich belegte im Ländervergleich bei der Erreichung

der Ziele, die für das Wohlergehen von Kindern am relevantesten sind, den 15. Platz (vgl. ^bBundeskanzleramt 2019).

Zusammengefasst sind die Sustainable Development Goals eine Strategie der *Global Governance*, die alle beteiligten Akteure/innen zur Anteilnahme am gemeinsamen Handeln mobilisieren soll. Die SDGs sind eine Weiterentwicklung der Millennium Development Goals, und haben einen globalen Bezug. Die Ziele richten sich an globale Prioritäten; individuellen Bedürfnisse von kleineren Gemeinschaften finden wenig Beachtung.

Die Messungen der SDG-Indikatoren gelten als komplex, da sich diese abhängig von den Interessen der Akteuren/innen – wie Regierung, Unternehmen, Wissenschaft und Zivilgesellschaft unterscheiden und die Indikatoren nicht einheitlich und für unterschiedliche Zwecke verwendet werden. Trotz der Kritik sind die SDGs eine Möglichkeit für die internationale Gesellschaft einen nachhaltigen Entwicklungsprozess einzuleiten.

Die Sustainable Development Goals beinhalten Indikatoren, die im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten stehen. In Kapitel 6 wurden für die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte relevante Ziele und Indikatoren erläutert und die Umsetzung dieser Ziele und Indikatoren in Österreich analysiert.

6. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte in den SDGs

In der *Agenda 2030* verpflichteten sich die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen zu Maßnahmen, die Geschlechtergleichstellung, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stärken sollten. Es wurde sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten deutlich mehr Bedeutung zugesprochen, als zuvor in den Millennium Development Goals (vgl. Barclay et al 2015:2). In den Zielen *Gesundheit und Wohlergehen*, *Hochwertige Bildung* und *Gleichberechtigung der Geschlechter* wurden Unterziele, spezifisch die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte betreffend, festgehalten. Unterziele des SDG *Reduzierte Ungleichheiten* sind bedeutend für die Schaffung der Rahmenbedingungen, um einen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten für alle Menschen zu ermöglichen.

Diese vier SDGs wurden in Kapitel 6 auf ihren Inhalt in Bezug auf reproduktive Gesundheit und Rechte untersucht. Anschließend wurde diesbezüglich die Umsetzung in Österreich anhand von den Daten der Statistik Austria und des SDG-Indexes beschrieben.

6.1. Gesundheit und Wohlergehen

Gesundheit und Wohlergehen ist ein Menschenrecht und ist laut Sachs (2015:275) essentiell für die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes:

Good health aids children to not only survive disease but also flourish, learn, and make their way through school and on to adulthood and the labour force. It also enables a workforce to be productive. Thus, good health enhances the ability of a community to develop human capital, undertake economic activities, and attract investment.

Seit der Gründung der Vereinten Nationen war die Gesundheit der Menschen ein zentrales Thema, und hat Priorität in den SDGs. In den Nachhaltigkeitszielen wurde das Themenfeld „Gesundheit“ als drittes Ziel unter dem Titel *Gesundheit und Wohlergehen* festgehalten. In diesem Ziel wurden soziale und ökonomische Ungleichheiten, rasante Urbanisierungsprozesse, Klimawandel, die Last von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten im Zusammenhang mit der Gesundheit gebracht (vgl. ^aUNDP 2019).

In der Vergangenheit konnte ein bemerkenswerter Fortschritt im Kampf gegen viele Todesursachen und Krankheiten verzeichnet werden. Die Lebenserwartung hat sich in vielen Regionen der Welt erhöht und die Kindersterblichkeit ist zurückgegangen. Der Fortschritt in Bezug auf diese Themen verläuft zwischen den Ländern mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung ungleichmäßig – es besteht ein Unterschied von 31 Jahren in der Lebenserwartung (vgl. ^aUNDP 2019).

In den Ländern des Globalen Nordens ist die Gesundheitsversorgung und die medizinische Technologie fortgeschritten. Schwierigkeiten bestehen in Bezug auf den Zugang zu präventiver Gesundheitsinformation, Impfschutz, Antibiotikaresistenzen, Ungleichheiten bezüglich des Krankversicherungsschutz und gesundheitliche Folgen von Luftverschmutzung (vgl. UNSTATS 2019 / Sachs 2019).

Multisektorale Ansätze, die Gleichstellungs- und Menschenrechtsaspekte aufgreifen, sind bestimmend auf dem Weg zur Erfüllung des SDG *Gesundheit und Wohlergehen* (vgl. ^aUNDP 2019).

6.1.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im SDG 3

Im Nachhaltigkeitsziel *Gesundheit und Wohlergehen* wurde ein universeller Zugang zur sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung gefordert, sowie eine Reduzierung der weltweiten Müttersterblichkeitsraten und die Beseitigung der AIDS-Epidemie bis 2030. Probleme im Bereich der reproduktiven Gesundheit sind eine der Hauptursachen für Krankheiten und für den Tod von Frauen und Mädchen im Globalen Süden. Frauen, die von Armut betroffen sind leiden überproportional unter ungewollten Schwangerschaften, unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen, sexuell übertragbaren Infektionen und den damit verbundenen Folgen. Jugendliche und junge Erwachsene sind von diesen Problemen besonders betroffen, da für sie oft kein Zugang zur Information und Versorgung über sexuelle und reproduktive Gesundheit besteht (vgl. ^bUNFPA 2019). Konkret werden in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte im Nachhaltigkeitsziel *Gesundheit und Wohlergehen* folgende Unterziele formuliert (°Bundeskanzleramt 2019):

3.1. Bis 2030 die weltweite Müttersterblichkeit auf unter 70 je 100.000 Lebendgeburten senken

3.3. Bis 2030 die Aids-, Tuberkulose- und Malaria Epidemien und die vernachlässigten Tropenkrankheiten beseitigen und Hepatitis, durch Wasser übertragbare Krankheiten und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen

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

6.1.2. Umsetzung in Österreich

Laut dem SDG – Index der Bertelsmann Stiftung lag Österreich 2019 im Ländervergleich auf Platz 5. Das Unterziel *Gesundheit und Wohlergehen* wurde, laut dem SDG – Index von 2019 und dem Bericht der Statistik Austria von 2018, in Österreich erreicht. Die Müttersterblichkeit ist deutlich reduziert worden. Die Geburtenrate der Mütter im Alter von 15 - 19 ist ebenso zurückgegangen, von 3,14% in 2010 auf 1,67% im Jahr 2017. Die HIV Infektionen sind etwa gleichgeblieben, allerdings liegen diese nur bei 0.06 % bei 1.000 Einwohnern/innen. Die Hepatitis B Infektionen, die zu den sexuell übertragbaren Krankheiten zählen, haben sich seit dem Jahr 2012 von 7,8 % pro 1.000 uninfizierter Bevölkerung auf 15,4% im Jahr 2016 und 13,9% im Jahr 2017 erhöht. Dies wurde im SDG – Index (Bertelsmann Stiftung 2019) nicht erwähnt.

Der Indikator der Vereinten Nationen: „3.7.1. Proportion of women of reproductive age (15-49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods“ wurde weder von der Statistik Austria als nationaler Indikator noch im SDG - Index berücksichtigt; es stehen dazu keine Daten zur Verfügung (vgl. ^aStatistik Austria 2018 / Sachs et al 2019).

6.2. Hochwertige Bildung

Im Jahr 2015 waren 91% der Kinder im Globalen Süden in Schulen eingeschrieben, und die Schulabbruchsquote ist weltweit um die Hälfte gesunken. Es besuchen mehr Mädchen als je zu vor die Schule (vgl. ^bUNDP 2019). Im SDG *Hochwertige Bildung* wurde der Zugang zu einer kostenfreien Bildung für alle Mädchen und Jungen bis 2030 gefordert. Weitere Unterziele sind ein gleichberechtigter Zugang zu einer leistbaren beruflichen Ausbildung, die Bekämpfung von Geschlechter- und sozialen Ungleichheiten, und ein universeller Zugang zu qualitativen höher bildenden Institutionen (vgl. ^bUNDP 2019).

6.2.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im SDG 4

Die UNFPA stellte Lücken im Wissen Jugendlicher zu Themen der reproduktiven und sexuellen Gesundheit fest: „[...] research shows that a majority of young people lack sufficient knowledge about their sexual and reproductive health, leaving them vulnerable to sexually transmitted infections, adolescent pregnancy and a host of other concerns“ (^bUNFPA 2019). In dem Nachhaltigkeitsziel *Hochwertige Bildung* wurden Regierungen aufgefordert dieser Problematik entgegenzuwirken. Dazu soll Geschlechtergleichstellung gefördert, und in die Bildung von Jugendlichen investiert werden. Das Unterziel, welches auf SRG Maßnahmen abzielt lautet:

4.7. Bis 2030 sicherstellen, dass alle Lernenden die notwendigen Kenntnisse und Qualifikationen zur Förderung nachhaltiger Entwicklung erwerben, unter anderem durch Bildung für nachhaltige Lebensweisen, Menschenrechte, Geschlechtergleichstellung, eine Kultur des Friedens und der Gewaltlosigkeit, Weltbürgerschaft und die Wertschätzung kultureller Vielfalt und des Beitrags der Kultur zu nachhaltiger Entwicklung. (^cBundeskanzleramt 2019)

Die Implementierung von Sexualunterricht an Schulen, wo Jugendliche Wissen über Körper, Gesundheit und Krankheit erwerben sollten, wurde zwar nicht als Unterziel direkt genannt, wurde aber von den Vereinten Nationen als Indikator zum Unterziel 4.7. formuliert: „4.7.2.

Percentage of schools that provide life skills-based HIV and sexuality education“ (UNESCO 2018:42).

Viele Ziele der *Agenda 2030* sind wesentlich für die Schaffung von Bedingungen, die Maßnahmen zu sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechten ermöglichen. Im SDG *Hochwertige Bildung* können folgende Unterziele als Beispiel genannt werden:

4.1. Bis 2030 sicherstellen, dass alle Mädchen und Jungen gleichberechtigt eine kostenlose und hochwertige Grund- und Sekundarbildung abschließen, die zu brauchbaren und effektiven Lernergebnissen führt

4.5. Bis 2030 geschlechtsspezifische Disparitäten und in der Bildung beseitigen und den gleichberechtigten Zugang der Schwachen in der Gesellschaft, namentlich Menschen mit Behinderung, Angehörige indigener Völker und Kinder in prekären Situationen, zu allen Bildungs- und Ausbildungsebenen gewährleisten (°Bundeskanzleramt 2019)

6.2.2. Umsetzung in Österreich

In dem Bericht der Statistik Austria aus dem Jahr 2018 wurden einige Indikatoren der Vereinten Nationen nicht übernommen, und wurden nicht als nationale Indikatoren formuliert. Es wurde keine Erklärung angegeben und wurde nicht angemerkt, dass diese Indikatoren nicht relevant für Österreich sind (vgl. ^bStatistik Austria 2018). Somit fehlen Daten zu Indikatoren der Vereinten Nationen, die im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten stehen. Laut dem SDG – Index der Bertelsmann Stiftung von 2019 wurden von 9 Indikatoren folgende 3 erreicht: „Lower secondary completion rate (97,2 %) / Enrolment in early childhood learning program (99 %) / Population age 25-34 with tertiary education (40,3%)“ (Sachs et al 2019). Daraus kann geschlossen werden, dass grundsätzlich in Österreich durch die Schulbesuchsraten, Kinder Zugang zur Bildung über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte haben sollten. Im UNICEF Bericht über die Nachhaltigkeitsziele zu Österreich, in Bezug auf die PISA Leistungen der Schüler/innen, heißt es:

Mit 69,4 Prozent der 15-Jährigen, die Basiskompetenzen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften erreichen und 86 Prozent der Kinder ab 3 Jahren bis zum Ende des Pflichtschulalters, die mindestens eine Stunde pro Woche in Betreuungseinrichtungen verbringen, liegt Österreich unter diesem Ziel im Mittelfeld (26. Platz). (UNICEF 2017).

Es besteht ein Unterschied zwischen Schüler/innen aus verschiedenen sozioökonomischen Verhältnissen bei den Leistungen in naturwissenschaftlichen Fächern (vgl. Sachs et al 2019).

6.3. Gleichberechtigung der Geschlechter

Die Gleichstellung der Geschlechter ist ein Menschenrecht und der Kampf gegen die Diskriminierung von Frauen und Mädchen ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Nachhaltigen Entwicklung, da das Empowerment von Frauen und Mädchen nachweislich zu einem Wirtschaftswachstum und zur Entwicklung führt (vgl. ^aUNDP 2019).

In den letzten 20 Jahren zeigten sich Errungenschaften durch die steigende Zahl von eingeschulten Mädchen und von Frauen am Arbeitsmarkt, es bestehen aber immer noch Unterschiede in den Arbeitsbedingungen zwischen Frauen und Männern weltweit. Sexuelle Gewalt und Ausbeutung, die schlechte Bedingungen für häusliche und reproduktive Arbeit und die Diskriminierung in öffentlichen Positionen von Frauen sind global zu verzeichnen. Im Kontext von Klimawandel, bewaffnete Konflikten und Migration zählen Frauen und Kinder aufgrund von Ungleichheiten zur gefährdeten Gruppe. Maßnahmen des Entwicklungsziels *Gleichberechtigung der Geschlechter* sollen dieser Problematik entgegenwirken (vgl. ^aUNDP 2019).

6.3.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im SDG 5

Im Nachhaltigkeitsziel *Gleichberechtigung der Geschlechter* rufen die Mitgliedsstaaten der UN zur Beseitigung von jeglicher Form von Gewalt gegen Frauen und Mädchen und von Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes weltweit auf, und fordern einen universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung und Rechten. Dazu zählt die Verbesserung des Sexualunterrichts und der Ausbau des Zuganges zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsleistungen (vgl. ^bUNFPA 2019).

Die Unterziele zu *Gleichberechtigung der Geschlechter* in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte beziehen sich auf die Vereinbarungen, die im Rahmen der ICPD und in der *Beijing Deklaration* festgehalten wurden und lauten wie folgt:

- 5.1. Alle Formen der Diskriminierung von Frauen und Mädchen überall auf der Welt beenden
- 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
- 5.3. Alle schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühheirat und Zwangsheirat sowie Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen beseitigen
- 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 (^cBundeskanzleramt 2019)

Der Zugang zur Bildung und zu Gesundheitsleistungen, welche die sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen, wird durch folgenden Indikator der Vereinten Nationen gemessen: „5.6.2.Number of countries with laws and regulations that guarantee women aged 15-49 years access to sexual and reproductive health care, information and education“ (United Nations 2019).

6.3.2. Umsetzung in Österreich

In dem Bericht der Statistik Austria von 2018 wurde zur Umsetzung des Unterziels 5.1., in welchem zur Beseitigung der Diskriminierung von Mädchen und Frauen aufgerufen wird, der *Gender Pay Gap* (das geschlechterspezifische Lohngefälle), als ein nationaler Indikator festgehalten. Dabei ist seit dem Jahr 2010 ein Rückgang von 24 % auf 20,1% im Jahr 2016 zu erkennen (vgl. °Statistik Austria 2018).

Bei dem Unterziel 5.2., in welchem die Beseitigung von allen Formen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen gefordert wird, werden folgende Nationale Indikatoren verwendet: „Anzahl polizeilicher Betretungsverbote pro Jahr“ und „Körperliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen, innerhalb der letzten 12 Monate“, wobei keine Daten zum zweiten Indikator vorliegen (vgl. °Statistik Austria 2018). Der erste Indikator bezieht sich auf das Sicherheitspolizeigesetz §38a *Betretungsverbot und Wegweisung zum Schutz vor Gewalt*, welches besagt, dass die Polizei ermächtigt ist, einem Menschen, der gewalttätig war und befürchtet werden kann, dass dieser einen erneuten Angriff auf das Leben, die Gesundheit oder die Freiheit des Opfers tätigen wird, das Betreten der Wohnung des gefährdeten Menschen zu untersagen (vgl. §38a SPG 2019). Laut Statistik Austria haben sich die Betretungsverbote von 6.759 im Jahr 2010 auf 8.755 im Jahr 2017 erhöht (vgl. °Statistik Austria 2018). Welches auf mindestens 29,53% mehr Gewaltvorfälle gegen Frauen schließen lässt.

Im Rahmen des Unterziels 5.3. gibt die Statistik Austria an, dass im Jahr 2010 798 15-19 jährige Frauen und 217 Männer verheiratet worden sind. Im Jahr 2017 waren 567 Frauen und 122 Männer betroffen. Zusammengefasst lässt sich 2017 im Vergleich zu 2010 ein Rückgang von Eheschließungen von Frauen zwischen 15 – 19 Jahren in Höhe von 29% erkennen. Im Vergleich dazu haben sich Eheschließungen von Männern in der gleichen Altersgruppe um knapp mehr als die Hälfte reduziert (vgl. °Statistik Austria 2018).

Im Unterziel 5.6. wird der Zugang zu sexueller und reproduktiven Gesundheit und Rechten direkt angesprochen. Statistik Austria gibt an, dass der Indikator der Vereinten Nationen „5.6.1. proportion of women aged 15-49 years who make their own informed decisions regarding sexual relations, contraceptive use and reproductive health care“ nicht relevant für Österreich ist, da das Ziel bereits erreicht wurde (vgl. „Statistik Austria 2018). Es werden keine Daten dazu angegeben, weshalb nicht nachvollziehbar ist, auf welcher Grundlage die Statistik Austria sich bei dieser Aussage stützt. Im SDG – Index wird angegeben, dass derselbe Indikator in Österreich zu 83,6% erreicht ist, wobei die Quelle für diese Daten nicht ersichtlich ist (vgl. Sachs et al 2019).

6.4. Reduzierte Ungleichheiten

Einkommensungleichheiten haben weltweit zugenommen, allerdings mit einer unterschiedlichen Geschwindigkeit – am langsamsten in Europa und am schnellsten im Nahen Osten. Bei einem Einbezug von dem Weltbevölkerungswachstum zeigt sich, dass Ungleichheiten im Globalen Süden um 11% angestiegen sind (vgl. ^dUNDP 2019). Die ^dUNDP (2019:o.S.) hat in Bezug auf Einkommensungleichheiten folgendes festgestellt: „Income inequality is on the rise – the richest 10 percent have up to 40 percent of global income whereas the poorest 10 percent earn only between 2 to 7 percent.“.

Einkommensungleichheiten müssen durch globale Lösungen bekämpft werden. Allgemeine Maßnahmen in SDG *Reduzierte Ungleichheiten* umfassen: „[...] improving the regulation and monitoring of financial markets and institutions, encouraging development assistance and foreign direct investment to regions where the need is greatest. Facilitating the safe migration and mobility of people [...]“ (^dUNDP 2019:o.S.).

6.4.1. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im SDG 10

Im SDG *Reduzierte Ungleichheiten* wurde zwar kein direkter Bezug zu sexueller und reproduktiver Gesundheit hergestellt; einige Unterziele sind bedeutend für die Schaffung der Rahmenbedingungen um Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten für alle Menschen zu ermöglichen. Die relevanten Unterziele lauten wie folgt:

10.2. Bis 2030 alle Menschen unabhängig von Alter, Geschlecht, Behinderung, Rasse, Ethnizität, Herkunft, Religion oder wirtschaftlichem oder sonstigem Status zu Selbstbestimmung befähigen und ihre soziale, wirtschaftliche und politische Inklusion fördern

10.3. Chancengleichheit gewährleisten und Ungleichheit durch Ergebnisse reduzieren, namentlich durch die Abschaffung diskriminierender Gesetze, Politiken und Praktiken und die Förderung geeigneter gesetzgeberischer, politischer und sonstiger Maßnahmen in dieser Hinsicht

10.4. Politische Maßnahmen beschließen, insbesondere fiskalische, lohnpolitische und den Sozialschutz betreffende Maßnahmen, und schrittweise größere Gleichheit erzielen (°Bundeskanzleramt 2019).

6.4.2. Umsetzung in Österreich

Die Einkommensdifferenz zwischen Männern und Frauen hat sich seit dem Jahr 2010 (39,7%) um 2,7% im Jahr 2017 verringert. Es lassen sich Unterschiede in der Einkommensdifferenz nach Art der Erwerbstätigkeit erkennen. Die geschlechterspezifische Einkommensdifferenz beträgt 2017 bei Arbeitern/innen 55,9 %, bei Angestellten 47,9 %, bei Vertragsbediensteten 22,1% und bei Beamten/innen 3,8% (vgl. Statistik Austria 2018).

Knittler (vgl. 2015:242) zeigt auf, dass in der Europäischen Union, Österreich die größten geschlechterspezifischen Einkommensunterschiede aufweist. Im Jahr 2015 arbeitete jede vierte Frau zu Niedriglöhnen, das heißt drei Mal so häufig im Vergleich zu Männern.

In Bezug auf Bildung haben 2011 14,5% der Männer in Österreich einen Tertiärabschluss (Universität/Akademie/Kolleg) im Vergleich zu 16,3% der Frauen. Im Jahr 2016 können 3,4% mehr Frauen (19,6%) einen höheren Bildungsabschluss als Männer aufweisen. Die Allgemeinbildende Schule schließen im Jahr 2011 und 2016 nur 1% mehr Männer als Frauen ab (vgl. ^dStatistik Austria 2019).

Laut Riedler et al (vgl. 2017:177) haben Faktoren wie Bildung, Sozialstatus und Einkommen einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Dabei ist zu beachten, dass faire Ausgangsbedingungen im Bildungsbereich geschaffen und der benachteiligte Teil der Bevölkerung gestärkt werden muss, um gleiche Gesundheitschancen für die ganze Gesellschaft zu gewährleisten. Riedler et al beschreiben Unterschiede im Gesundheitszustand von Männern und Frauen auf Grund Ihrer Bildung ausgehend von den Ergebnissen einer Gesundheitsbefragung (vgl. Klimont & Baldaszi 2014:11) in Österreich:

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung zeigen hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung sowohl bei Männern als auch bei Frauen einen bedeutenden sozialen Gradienten [...] So lag 2014 der altersstandardisierte Prozentsatz der Personen mit ausschließlich Pflichtschulabschluss und (sehr) schlechtem Gesundheitszustand rund viermal höher als der von Akademiker(inne)n oder Absolvent(inn)en einer höheren Schule. (Riedler et al 2017:183)

Waxenegger et al (vgl 2017:128) zeigen auf, dass MigrantInnen oftmals eine schlechtere Gesundheit aufweisen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede können auf Faktoren wie sozioökonomischer Status aber auch auf den Lebensstandard und die Verteilungsgerechtigkeit im Herkunftsland zurückgeführt werden.

Zusammengefasst lag Österreich 2019 laut dem SDG – Index im Ländervergleich auf Platz 5. Es konnten in Österreich viele Indikatoren der Sustainable Development Goals in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte erreicht werden.

Es wird aus dem Bericht der Statistik Austria von 2018 und dem SDG-Index nicht bei jedem Indikator der Vereinten Nationen ersichtlich, ob diese erreicht wurden. Einige Indikatoren der Vereinten Nationen wurden in Österreich nicht übernommen. Indikatoren in Bezug auf sexuelle und reproduktive Rechte wurden genannt, die Daten wurden nicht vollständig veröffentlicht. Es ist nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage die Statistik Austria und der SDG-Index sich stützen, wenn sie von der „Erreichung der Ziele“ schreiben.

In Österreich haben die Hepatitis B Infektionen (STI) seit dem Jahr 2012 zugenommen; dies wurde im SDG – Index (Bertelsmann Stiftung 2019) nicht erwähnt. Der Gender Pay Gap ist im Jahr 2016 bei 20,1%, und die Gewaltvorfälle gegen Frauen haben sich von 2010 bis 2017 um etwa 30 Prozent erhöht.

Faktoren wie Bildung und Sozialstatus haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Dabei ist zu beachten, dass faire Ausgangsbedingungen im Bildungsbereich geschaffen und der benachteiligte Teil der Bevölkerung gestärkt werden muss, um gleiche Gesundheitschancen für die ganze Gesellschaft zu gewährleisten.

In Kapitel 7 wurde die Auswertung der Datenerhebung vorgestellt. Die Ergebnisse dienen der Beantwortung der Forschungsfragen – es wurde ein Vergleich des Wissensstandes, der Bezugspersonen und Informationsquellen Jugendlicher und junger Erwachsener zu Themen der reproduktiven Gesundheit und Rechten durchgeführt. Dabei wurden die Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern hinzugezogen

7. Auswertung der Befragung

In diesem Kapitel wurden die Ergebnisse der Auswertung der Datenerhebung vorgestellt. Für die Auswertung der Daten wurde ausschließlich das Programm IBM SPSS Statistics Version 25.0.0.1 verwendet. Im ersten Schritt wurde im Kapitel 7.1. ein Überblick über die Datenlage gegeben. Anschließend wurde der subjektive Kenntnisstand der Teilnehmer/innen, die Informationsquellen und Bezugspersonen der Sexualaufklärung in Kapitel 7.2. vorgestellt. Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse der Wissensbefragung zu „biologischen Aspekten“ (Kapitel 7.3.), „sexuell übertragbaren Krankheiten (Kapitel 7.4.) und „Menschenrechten und Sexualität“ (Kapitel 7.6.) präsentiert. In Kapitel 7.7. die subjektiv empfundenen Wissensdefizite der Teilnehmer/innen erläutert. Abschließend wurde die Auswertung der Hypothesen, basierend auf den Ergebnissen aus den Kapiteln 7.3.4. / 7.4.2. / 7.6.4., durchgeführt.

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte unter Heranziehung univariater und bivariater Methoden. Zum einen wurden die Variablen univariat, mittels deskriptiver Datenanalyse, ausgewertet. Dieses Verfahren ist eine „Zusammenfassung von Methoden zur Erfassung, Auswertung und übersichtlicher Darstellung von Daten“ (Pflaumer et al 2017:1). Zum anderen wurden für bivariate Analysen inferenzstatistische Tests durchgeführt. Es wurden Chi-Quadrat-Tests, t-Tests, Mann-Whitney-U-Tests und Kruskal-Wallis-H-Tests gerechnet.

Die univariate Analyse wurde zur Auswertung der Verteilung der Ausprägungen einzelner Variablen verwendet. Häufigkeitsverteilungen wurden in tabellarischer Form mit absoluten und relativen Häufigkeiten und in graphischer Form durch Balkendiagramme oder Säulendiagramme dargestellt. Für die univariate Analyse wurden statistische Maßzahlen der zentralen Tendenz und der Streuung verwendet (vgl. Paier 2010:127). Statistische Maßzahlen bringen das Wesentliche einer statistischen Verteilung durch einen numerischen Ausdruck unmittelbar zum Ausdruck. Es werden lagetypische und rechnerische Mittelwerte unterschieden (vgl. Litz 2003:76). In der vorliegenden Arbeit wurden vor allem der Mittelwert und der Median verwendet. Der lagetypische Wert „Median“ wird von Litz (2003:80) wie folgt beschrieben: „Er ist diejenige Merkmalsausprägung, die eine geordnete Reihe von Merkmalsausprägungen X_i (mit $i = 1 \dots N$) in zwei gleiche Teile zerlegt. Aus diesem Grund werden zu seiner Bestimmung mindestens ordinal-skalierte Daten vorausgesetzt. Der Vorteil des Medians ist seine einfache Ermittelbarkeit und die Klarheit seiner Aussage: 50% der Beobachtungen liegen unter ihm, 50% liegen über ihm“. Das arithmetische Mittel, der rechnerische Mittelwert, beschreibt den

Durchschnitt aller vorkommenden Werte und wird bei metrisch-skalierten Daten angewendet (vgl. Hartung et al 2009:2 / Matthäus & Schulze 2008:103).

Die Methode der bivariaten Statistik wurde zur Analyse von statistischen Zusammenhängen zwischen zwei Variablen und zur Analyse von Unterschieden zwischen zwei Gruppen bezüglich einer Variable verwendet. Die Ergebnisdarstellung erfolgte anhand von Tabellen mit absoluten und relativen Häufigkeiten sowie mit Hilfe von Balken- oder Säulendiagrammen (vgl. Manderscheid 2012:91). Es wurden inferenzstatistische Tests durchgeführt, um zu prüfen, mit welcher Wahrscheinlichkeit die errechneten Zusammenhänge oder Unterschiede in den Daten durch Zufall zu erwarten sind, wenn in der Gesamtbevölkerung keine Zusammenhänge oder Unterschiede vorhanden sind. Die Nullhypothese sagt aus, dass kein Zusammenhang/Unterschied besteht, und die Alternativhypothese, dass ein Zusammenhang/Unterschied vorliegt, der nicht zufällig ist. Anhand des p-Werts wird die Wahrscheinlichkeit, ob die Daten für oder gegen die Nullhypothese sprechen, angezeigt. Das Signifikanzniveau wurde für die vorliegende Arbeit standardmäßig mit $p = 0,05$ (5%) festgelegt. Wenn die Wahrscheinlichkeit dafür (p-Wert) kleiner war als 5%, dann wurde die Nullhypothese verworfen (vgl. Paier 2011:134 / Field 2012:78).

In Kapitel 7.2 wurden kategorial-, nominalskalierte Daten mit dem Chi-Quadrat-Verfahren (χ^2 – Test) verglichen (vgl. Rasch et al 2010:71). Dieses Verfahren dient „zur Analyse von Häufigkeitsunterschieden bezüglich der Ausprägungen eines oder mehrerer Merkmale“ (Benesch 2009:128). Bei der Anwendung des χ^2 – Tests bei Kontingenztafeln wird „die Nullhypothese H_0 der Unabhängigkeit zweier Merkmale gegen die Alternativhypothese H_1 der Abhängigkeit“ getestet (Benesch 2009:128).

Bei Unterschieden zwischen zwei unabhängigen Stichproben (zum Beispiel Schüler/innen vs. junge Erwachsene) bezüglich einer kontinuierlichen Variable wurde ein t-Test bei abhängigen Stichproben gerechnet. Ein t-Test vergleicht die Mittelwerte der beiden Gruppen und prüft ob die Differenz der zwei Mittelwerte signifikant unterschiedlich ist von null (vgl. Antonius 2003:277). Der t-Test wurde bei dem Vergleich des Summenscores zu biologischen Aspekten (Kapitel 8.3.5.) und zu sexuellen übertragbaren Krankheiten (Kapitel 8.4.2.) angewendet.

Bei Unterschieden zwischen mehr als zwei Gruppen (zum Beispiel Migrationshintergrund: Österreich, EU, Drittstaaten) wurde eine Varianzanalyse gerechnet. Nach einer Varianzanalyse

wurden Post-Hoc-Tests nach Bonferroni gerechnet um die Unterschiede zwischen den Gruppen zu lokalisieren (vgl Schäfer 2014:224).

Bei Unterschieden zwischen zwei unabhängigen Stichproben (zum Beispiel Schüler vs. junge Erwachsene) wurden in Kapitel 7.6.4. für den Vergleich des Summenscores zu sexuellen und reproduktiven Rechten der Mann-Whitney-U-Test gerechnet. Es handelt sich dabei um ein parameterfreies Verfahren, das bei ordinalen Merkmalen der abhängigen Variable eingesetzt werden kann. Im Gegensatz zum t-Test bei unabhängigen Stichproben, der auf Basis von Mittelwerten und Standardabweichungen die Unterschiede zwischen zwei Gruppen untersucht, vergleicht der Mann-Whitney-U-Test die Rangreihung der Personen zweier Gruppen bezüglich der abhängigen Variable (vgl. Benesch 2009:148).

Für die Untersuchung von Unterschieden zwischen mehr als zwei Gruppen bezüglich einer abhängigen ordinal-skalierten Variable kann der Mann-Whitney-U-Test nicht angewendet werden, stattdessen ist ein Kruskal-Wallis-H-Test möglich (vgl. Corder & Foreman 2009:59/60). Ein signifikanter H-Test gibt an, analog zur Varianzanalyse, ob es Unterschiede zwischen den Gruppen gibt. Um herauszufinden welche Gruppe sich untereinander unterscheiden, können paarweise Post-Hoc Tests gerechnet werden (vgl. Corder & Foreman 2009:64). Bei der Durchführung von Post-Hoc-Test mit paarweisen Mann-Whitney-U-Tests muss eine Bonferroni-Korrektur angewandt werden, aufgrund von wiederholten, multiplen Testungen. Dabei wird eine Korrektur des Alpha-Niveaus (5%) erforderlich. Nach Bonferroni wird Alpha durch die Anzahl der Tests dividiert und ergab bei drei Paarvergleichen somit ein Alpha Niveau von 0,0167 (vgl. Field 2013:70).

In Kapitel 2.2. aufgestellten Hypothesen wurden nachfolgend geprüft und in Kapitel 7.8. wurden die Ergebnisse zusammengetragen:

Hypothese 1 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen.

Hypothese 2 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Hypothese 3 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund.

Hypothese 3 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen aus bildungsnahen und jungen Menschen aus bildungsfremderen Schichten

8.1. Demographische Daten – Ein Überblick

Im Kapitel 7.2. wurde ein Überblick über die Datenlage gegeben. Dazu wurde durch eine univariate Deskription eine Charakterisierung und zusammenfassende Beschreibung der Variablen durchgeführt (vgl. Paier 2010:126). Es wurden die Häufigkeitsverteilungen für die Indikatoren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund beschrieben.

Insgesamt haben 380 Teilnehmer/innen den Fragebogen, entweder online oder analog, ausgefüllt. Es wurden 58 Teilnehmer/innen aus dem Sampling ausgeschlossen – 30 Teilnehmer/innen aufgrund eines zu hohen Alters (älter als 25 Jahre), und 28 Teilnehmer/innen, da sie nicht in Wien aufgewachsen sind und somit die Schule außerhalb von Wien besucht haben. Somit stand für die Analyse ein Sample von 322 Fragebögen zur Verfügung.

Die Häufigkeitsverteilung für das Alter in absoluten Zahlen wurde in Abbildung 3 in Form eines Säulendiagramms dargestellt.

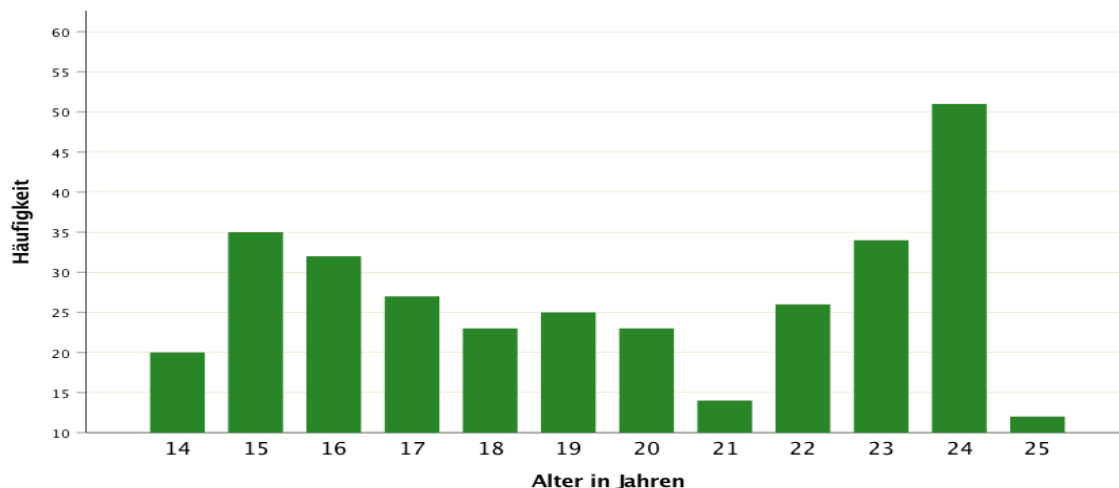


Abbildung 3 Häufigkeitsverteilung für das Alter in Jahren ($n = 322$)

Die jüngsten Befragten waren 14 Jahre, die ältesten 25 Jahre alt. Der Mittelwert lag bei 19 Jahren. Die Häufigkeitsverteilung in Bezug auf den Indikator Alter war bimodal, da der Fragebogen von zwei unterschiedlichen Altersgruppen (Schüler/innen / junge Erwachsene) beantwortet wurde (vgl. Paier 2010:130). Im weiteren Teil der Arbeit wurden die Teilnehmer/innen in zwei Gruppen für eine vergleichende Analyse aufgeteilt. Die erste Gruppe setzt sich aus den 14 bis 18 jährigen Teilnehmer/innen ($n = 137$, 42,5%), und die zweite Gruppe aus den 19 bis 25 jährigen Teilnehmer/innen ($n = 185$, 57,5%) zusammen. Die Gruppe der 19 bis 25 Jährigen hatte um 15 % mehr Teilnehmer/innen als die Gruppe der Schüler/innen. Dieser Unter-

schied ergibt sich durch den erschwerten Zugang zur Befragung von Minderjährigen. Die Befragung der Volljährigen konnte Online durchgeführt werden, wohingegen die Schüler/innen im Rahmen des Schulunterrichts erst nach Zustimmung der Direktion, des Schulgemeinschaftsausschusses und der Eltern befragt werden konnten (vgl. Kapitel 2.3.).

Die Frage nach dem Geschlecht haben alle Teilnehmer/innen beantwortet. Hier zeigte sich, dass 117 Personen männlich (36,3%) und fast doppelt so viel weiblich (n = 201, 62,4%) angegeben haben. Vier Personen haben die Option „andere“ gewählt (1,2%). Die Anzahl der Personen, die sich der Gruppe der „andere“ zuordneten, war im Vergleich zu den Gruppen, die „männlich“ beziehungsweise „weiblich“ angekreuzt haben, gering und konnte daher in den statistischen Tests nicht berücksichtigt werden.

Die Fragen zum Bildungshintergrund der Eltern wurden von allen Teilnehmern/innen beantwortet. 49 Prozent der Teilnehmer/innen (n = 159) gaben an, dass ihre Mutter eine Universität oder eine Fachhochschule abgeschlossen hat. Rund 20 Prozent der Teilnehmer/innen haben die Optionen Matura (n = 65) oder Lehre (n = 65) und 9% haben die Option Pflichtschule mit einem Abschluss (n = 30) gewählt. Nur drei Personen gaben an, dass die Mutter keinen Schulabschluss besitzt.

Bei der Frage zum höchsten Abschluss des Vaters gaben 40% der Befragten (n = 129) an, dass der Vater einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss besitzt. In etwa 20% führten an, dass der Vater die Matura (n = 68) oder eine Lehre (n = 61) abgeschlossen hat. 16 Prozent der Befragten (n = 53) gaben an, dass der Vater eine Pflichtschule mit einem Abschluss absolviert hat und 11 Personen gaben an, dass der Vater keinen Schulabschluss hat.

Bei der Frage nach dem Geburtsland der Eltern gaben etwa 33 Prozent an, dass die Mutter und 28 Prozent, dass der Vater nicht in Österreich geboren wurde. Die Magistratsabteilung 17 – für Integration und Diversität der Stadt Wien hat in der Studie *Migrant/innen in Wien 2018* folgende Unterteilung der Herkunftsländer der Bevölkerung in Wien vorgenommen:

- Österreich
- EU / EFTA
- Drittstaaten

Diese Gruppen wurden für die weitere Auswertung der Masterarbeit übernommen, da die Umfrage in Wien durchgeführt wurde, und nur Teilnehmer/innen berücksichtigt wurden die in

Wien aufgewachsen sind. Im folgenden Abschnitt wurden, die von den Teilnehmern/innen genannten Herkunftsländer der Eltern den Gruppen EU / EFTA und Drittstaaten zugeordnet:

EU / EFTA

Bulgarien (n = 5), Deutschland (n = 47), Frankreich (n = 3), Italien (n = 5), Kroatien (n = 7), Niederlande (n = 3), Polen (n = 10), Portugal (n = 1), Rumänien (n = 2), Schweiz (n = 2), Slowakei (n = 4), Spanien (n = 3), Ungarn (n = 1), Zypern (n = 1)

Drittstaaten

Afghanistan (n = 1), Ägypten (n = 4), Äthiopien (n = 2), Australien (n = 1), Bosnien und Herzegowina (n = 12), Brasilien (n = 1), Chile (n = 1), China (n = 2), Ghana (n = 3), Iran (n = 5), Israel (n = 1), Japan (n = 4), Karibik (n = 1), Kosovo (n = 2), Kuba (n = 2), Libanon (n = 1), Marokko (n = 1), Neuseeland (n = 2), Nordmazedonien (n = 1), Mexiko (n = 1), Peru (n = 2), Philippinen (n = 3), Ruanda (n = 4), Russland (n = 7), Serbien (n = 7), Südafrika (n = 2), Südkorea (n = 2), Syrien (n = 5), Thailand (n = 1), Türkei (n = 14), Ukraine (n = 5), USA (n = 1)

Es gaben 67 Prozent der Befragten (n = 217), dass ihre Mutter aus Österreich stammte. 50 Teilnehmer/innen gaben einen EU / EFTA Staat und 55 Teilnehmer/innen einen Drittstaat als Herkunftsland ihrer Mutter an.

Bei der Frage nach der Herkunft des Vaters wählten 71% der Befragten (n = 231) die Option Österreich. Jeweils 14% gaben an, dass ihr Vater aus einem EU / EFTA Staat (n = 44) oder einem Drittstaat (n = 47) stammte.

Zusammengefasst hatten 20,8% der Teilnehmer/innen (n = 67) mindestens ein oder beide Elternteile aus einem Drittstaat und 61 Personen (18,9 %) mindestens ein Elternteil oder beide aus einem EU / EFTA Land. Insgesamt hatten 39,7% der Befragten einen Migrationshintergrund.

7.2. Subjektiver Kenntnisstand

In Kapitel 7.2. wurde anhand univariater statistischer Beschreibung ein Überblick über die subjektive Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit, über die Quellen und Ansprechpersonen für Fragen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und zu den Themen des Aufklärungsunterrichts an den Schulen gegeben. Die Daten wurden mit den Ergebnissen zu den Fragen nach den Quellen, den Ansprechpersonen und den Themen des Sexualunterrichts mit der *Jugendsexualität 2015* Studie verglichen.

Bezüglich bivariater Statistik wurden Zusammenhänge und Beziehungen zwischen kategorialen Variablen in Form von Kontingenztafeln (Kreuztabellen) dargestellt. Die Informationsquellen und die Ansprechpersonen wurden zwischen den Indikatoren Altersgruppe, Geschlecht, Bildungshintergrund der Eltern und Migrationshintergrund verglichen. Dabei wurden in Kreuztabellen die „Häufigkeitsverteilungen von zwei Variablen dargestellt und analysiert“ (Kuckartz et al 2013:87). Eine Voraussetzung für eine Kreuztabelle ist eine kleine Zahl der zu vergleichenden Kategorien, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten (Kuckartz et al 2013:87). Aus diesem Grund wurde der Bildungshintergrund der Eltern in zwei Gruppen eingeteilt – die erste Gruppe setzt sich aus den Optionen Matura und Universität und die zweite Gruppe aus den Optionen kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschule mit Abschluss und Lehre zusammen. Diese Unterteilung wurde gewählt, da in Österreich eine Matura eine Voraussetzung für einen Zugang zu einem Hochschulstudium ist.

7.2.1. Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen?

Die Frage zur subjektiven Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit in sexuellen Fragen wurde mittels einer fünfstufigen Ratingskala abgefragt. Alle Teilnehmer/innen haben die Frage beantwortet. Etwa 52 Prozent der Altersgruppe der 19-25 Jährigen ($n = 96$) gaben an „sehr gut“ aufgeklärt zu sein. 40 Prozent gaben an, sich für „gut“ ($n = 74$) und 8% sich für „mittelmäßig“ ($n = 14$) aufgeklärt zu halten. Bei der Altersgruppe der Schüler/innen gaben 41 Prozent an, dass sie „sehr gut“ ($n = 56$) und 43 Prozent, dass sie „gut“ ($n = 59$) aufgeklärt sind. 15 Prozent wählten die Option „mittelmäßig“ ($n = 21$), wie in Abbildung 4 in Form eines gruppierten Säulendiagramms aufgezeigt wird. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Gruppe der 19-25 Jährigen sich als besser aufgeklärt in sexuellen Fragen als die Schüler/innen sieht.

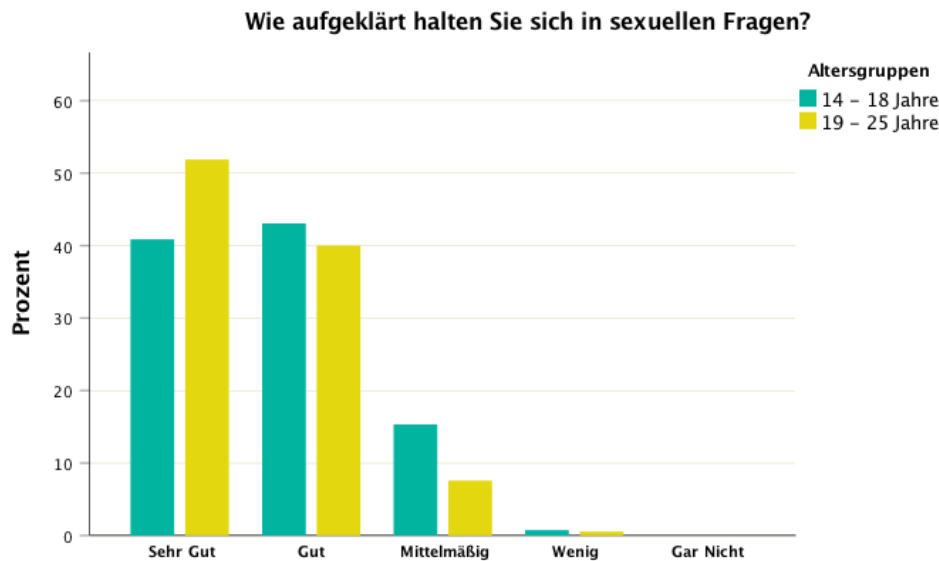


Abbildung 4 Gruppiertes Säulendiagramm nach Altersgruppen zur Frage: Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen? (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

7.2.2. Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend?

In Kapitel 7.2.2. wurden die Informationsquellen der Sexualaufklärung vorgestellt. Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Im ersten Schritt wurden die Informationsquellen der Sexualaufklärung in Abbildung 5 graphisch dargestellt und erläutert. Anschließend wurde ein Vergleich der angegebenen Quellen der Sexualaufklärung zwischen den Indikatoren Altersgruppen, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt.

Der Vergleich zwischen den Werten der vorliegenden Studie und den Werten der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde in Kapitel 7.2.3. vorgestellt.

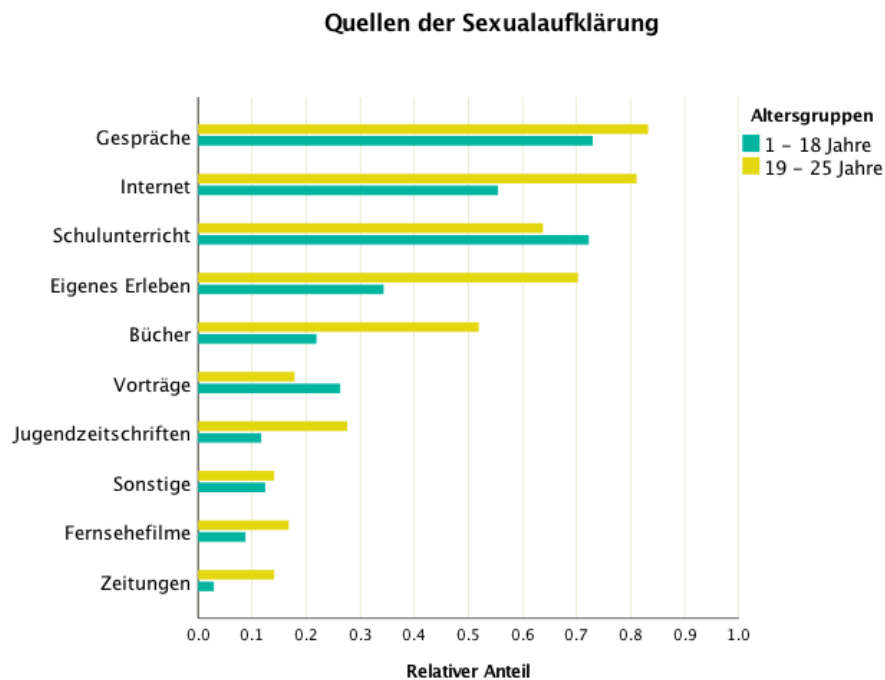


Abbildung 5 Quellen der Sexualaufklärung (Mehrfachnennungen möglich; n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

Die Reihenfolge der drei wichtigsten Nennungen lautete bei den 19-25 Jährigen „Gespräche“ auf Platz eins (83,2%), „das Internet“ (81,1%) auf Platz zwei und „das eigene Erleben“ (70,3%) auf dem dritten Platz. „Der Schulunterricht“ (63,8%) wurde mit Abstand auf den vierten Platz gewählt.

Die Schüler/innen nannten als wichtigste Informationsquellen „Gespräche“ (74,1%) und „den Schulunterricht“ (73,3%). Erst mit deutlichem Abstand folgte „das Internet“ (53,3%) auf Platz zwei.

Für den Vergleich der Informationsquellen zwischen den Indikatoren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern wurden Chi – Quadrat Tests durchgeführt. Bei dem Indikator Geschlecht wurde der Test nur zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen gerechnet, da die geringe Anzahl der Teilnehmer/innen, die sich als „andere“ identifizieren, keinen Chi – Quadrat Test erlaubt.

In den Tabellen 3 und 4 wurden die Ergebnisse der Berechnungen mittels Kreuztabellen und des Chi – Quadrat Tests zum Zwecke eines Überblicks angeführt.

Tabelle 3 Quellen der Sexualaufklärung; Kreuztabellen & Chi Quadrat Test für Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft

Quelle	*Geschlecht		Altersgruppe		Herkunft	
Gespräche 254 (78,9)	Weiblich:	172 (85,6)	14-18 Jahre:	100 (73,0)	Österreich: 186 (80,5)	175(80,6)
	Männlich:	79 (67,5)	19-25 Jahre:	154 (83,2)	EU/EFTA: 36 (81,8)	42(84,5)
	Andere:	3 (75,0)			Drittstaaten: 32 (68,1)	37 (67,5)
	$\chi^2 = 14,49, p < .001$		$\chi^2 = 4,96, p = .026$		$\chi^2_v = 3,89, p = .143 / \chi^2_M = 5,64, p = .060$	
Internet 226 (70,2)	Weiblich:	137 (68,2)	14-18 Jahre:	76 (55,5)	Österreich: 164 (71,0)	155 (71,4)
	Männlich:	85 (72,6)	19-25 Jahre:	150 (81,1)	EU/EFTA: 31 (70,5)	37 (74,0)
	Andere:	3 (100,0)			Drittstaaten: 31 (66,0)	34 (61,8)
	$\chi^2 = .71, p = .400$		$\chi^2 = 24,66, p < .001$		$\chi^2_v = .48, p = .788 / \chi^2_M = 2,35, p = .309$	
Schulunterricht 217 (67,4)	Weiblich:	135 (67,2)	14-18 Jahre:	99 (72,3)	Österreich: 157 (68,0)	151 (69,6)
	Männlich:	79 (67,5)	19-25 Jahre:	118 (63,8)	EU/EFTA: 27 (61,4)	29 (58,0)
	Andere:	3 (75,0)			Drittstaaten: 33 (70,2)	37 (67,3)
	$\chi^2 = .004, p = .948$		$\chi^2 = 2,57, p = .109$		$\chi^2_v = .93, p = .627 / \chi^2_M = 2,48, p = .289$	
Eigenes Erleben 177 (55,0)	Weiblich:	113 (56,2)	14-18 Jahre:	47 (34,3)	Österreich: 135 (58,4)	120 (55,3)
	Männlich:	63 (53,8)	19-25 Jahre:	130 (70,3)	EU/EFTA: 25 (56,8)	31 (62,0)
	Andere:	1 (25,0)			Drittstaaten: 17 (36,2)	26 (47,3)
	$\chi^2 = .17, p = .681$		$\chi^2 = 41,13, p < .001$		$\chi^2_v = 7,89, p = .019 / \chi^2_M = 2,32, p = .313$	
Bücher 126 (39,1)	Weiblich:	88 (43,8)	14-18 Jahre:	30 (21,9)	Österreich: 95 (41,1)	84 (38,7)
	Männlich:	37 (31,6)	19-25 Jahre:	96 (51,9)	EU/EFTA: 17 (38,6)	22 (44,0)
	Andere:	1 (25)			Drittstaaten: 14 (29,8)	20 (36,4)
	$\chi^2 = 4,58, p = .032$		$\chi^2 = 29,73, p < .001$		$\chi^2_v = 2,11, p = .348 / \chi^2_M = .69, p = .708$	
Vorträge 69 (21,4)	Weiblich:	41 (20,4)	14-18 Jahre:	36 (26,3)	Österreich: 46 (19,9)	46 (21,2)
	Männlich:	28 (23,9)	19-25 Jahre:	33 (17,8)	EU/EFTA: 12 (27,3)	10 (20,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 11 (23,4)	13 (23,6)
	$\chi^2 = .54, p = .461$		$\chi^2 = 3,33, p = .068$		$\chi^2_v = 1,32, p = .518 / \chi^2_M = .23, p = .893$	
Jugendzeitschrift 67 (20,8)	Weiblich:	57 (28,4)	14-18 Jahre:	16 (11,7)	Österreich: 48 (20,8)	45 (20,7)
	Männlich:	10 (8,5)	19-25 Jahre:	51 (27,6)	EU/EFTA: 9 (20,5)	12 (24,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 10 (21,3)	10 (18,2)
	$\chi^2 = 17,45, p < .001$		$\chi^2 = 12,06, p = .001$		$\chi^2_v = .01, p = .995 / \chi^2_M = .54, p = .763$	
Sonstige 43 (13,4)	Weiblich:	26 (12,9)	14-18 Jahre:	17 (12,4)	Österreich: 30 (13,0)	28 (12,9)
	Männlich:	17 (14,5)	19-25 Jahre:	26 (14,1)	EU/EFTA: 3 (6,8)	5 (10,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 10 (21,3)	10 (18,2)
	$\chi^2 = .16, p = .688$		$\chi^2 = .18, p = .668$		$\chi^2_v = 4,20, p = .122 / \chi^2_M = 1,63, p = .442$	
Fernsehfilme 43 (13,4)	Weiblich:	33 (16,4)	14-18 Jahre:	12 (8,8)	Österreich: 28 (12,1)	25 (11,5)
	Männlich:	10 (8,5)	19-25 Jahre:	31 (16,8)	EU/EFTA: 9 (20,5)	8 (16,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 6 (12,8)	10 (18,2)
	$\chi^2 = 3,92, p = .048$		$\chi^2 = 4,35, p = .037$		$\chi^2_v = 2,23, p = .327 / \chi^2_M = 2,04, p = .360$	
Zeitungen 30 (9,3)	Weiblich:	20 (10)	14-18 Jahre:	4 (2,9)	Österreich: 23 (10,0)	21 (9,7)
	Männlich:	10 (8,5)	19-25 Jahre:	26 (14,1)	EU/EFTA: 5 (11,4)	6 (12,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 2 (4,3)	3 (5,5)
	$\chi^2 = .17, p = .680$		$\chi^2 = 11,55, p = .001$		$\chi^2_v = 1,75, p = .416 / \chi^2_M = 1,43, p = .489$	

n = 322; Werte stellen Anzahl dar, Werte in Klammern sind Prozente; *Geschlecht: Test zwischen Männlich und Weiblich, ohne "andere"; V = Vater; M = Mutter; Mehrfachnennungen möglich

Junge Erwachsene gaben signifikant häufiger an, ihre Kenntnisse über „Gespräche“ (n = 154, 83,2%; $\chi^2 = 4,96$, p = 0,026) und über „das Internet“ (n = 150, 81,1%; $\chi^2 = 24,66$, p < 0,001) bezogen zu haben, im Vergleich zu den Schülern/innen („Gespräche“: n = 100, 73,0% / „Internet“: n = 76, 55,5%). Es gab einen signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 41,13$, p < 0,001) bei der Option „eignes Erleben“ als Aufklärungsquelle zwischen den Altersgruppen. Junge Erwachsene (n = 130, 70,3%) gaben etwa doppelt so oft an, dass sie sich durch „das eigene Erleben“ aufgeklärt haben als Jugendliche (n = 47, 34,3%). Printmedien („Bücher“: n = 96, 51,9%; $\chi^2 = 29,73$, p < 0,001 / „Jugendzeitschriften“: n = 51, 27,6%; $\chi^2 = 12,06$, p = 0,001 / „Zeitungen“: n = 26, 14,1%; $\chi^2 = 11,55$, p = 0,001) und „Fernsehfilme“ (n = 31, 16,8%; $\chi^2 = 4,35$, p = 0,037) wurden von den jungen Erwachsenen signifikant häufiger als Aufklärungsquelle genutzt als von den Schüler/innen („Bücher“: n = 30, 21,9% / „Jugendzeitschriften“: n = 16, 11,7% / „Zeitungen“: n = 4, 2,9%).

Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmer/innen bezüglich der Option „Gespräche“ ($\chi^2 = 14,49$, p < 0,001). Weibliche Teilnehmerinnen (n = 172, 86,5%) wählten signifikant häufiger „Gespräche“ als Quelle der Sexualaufklärung als männliche Teilnehmer (n = 79, 67,5%;). Weibliche Teilnehmerinnen nannten Printmedien („Bücher“ n = 88, 43,8%; $\chi^2 = 4,58$, p = 0,032 / „Jugendzeitschriften“ n = 57, 28,4%; $\chi^2 = 17,45$, p < 0,001) und „Fernsehfilme“ (n = 33, 16,4%; $\chi^2 = 3,92$, p = 0,048) signifikant öfter als männliche Teilnehmer („Bücher“: n = 37, 31,6% / „Jugendzeitschriften“: n = 10, 8,5% / „Fernsehfilme“: n = 10, 8,5%) als Quelle für Sexualaufklärung.

Keine Informationsquelle wurde signifikant häufiger von männlichen Teilnehmern im Vergleich zu weiblichen Teilnehmerinnen angegeben (p > 0,05).

Die Reihenfolge der am häufigsten genannten Quellen bei männlichen Teilnehmern war „Internet“, gefolgt von „Gesprächen“ und dem „Schulunterricht“, bei weiblichen Teilnehmerinnen waren „die Gespräche“ die meist gewählte Quelle gefolgt von „Internet“ und „Schulunterricht“.

Der Vergleich in Bezug auf die Herkunft der Eltern ergab einen signifikanten Unterschied bei der Herkunft des Vaters in Bezug auf die Option „eigenes Erleben“ ($\chi^2 = 7,89$, p = 0,019). Teilnehmer/innen aus Österreich (n = 135, 58,4%) oder einem europäischen Migrationshintergrund (n = 25, 56,8%) hatten diese Antwortmöglichkeit signifikant öfter gewählt als Teilneh-

mer/innen mit einem außereuropäischen Migrationshintergrund (n =17, 36,2%). Teilnehmer/innen mit einem Elternteil aus einem außereuropäischen Staat hatten „den Schulunterricht“ als häufigste Aufklärungsquelle angekreuzt. Bei Befragten aus Österreich / EU / EFTA war „der Schulunterricht“ auf dem dritten Platz.

In Tabelle 4 wurden die Ergebnisse der Berechnungen mittels Kreuztabellen und des Chi – Quadrat Tests, unter Berücksichtigung des Indikators Bildungshintergrund der Eltern, für einen Überblick zusammengetragen:

Tabelle 4 Quellen der Sexualaufklärung, Kreuztabellen / Chi Quadrat Test für Bildungshintergrund der Eltern

Quelle	Bildungshintergrund Vater		Bildungshintergrund Mutter	
Gespräche 254 (78,9)	Matura 152 (77,2) $\chi^2 = .91, p = .341$	Keine Matura 102 (81,6)	Matura 178 (79,5) $\chi^2 = .15, p = .669$	Keine Matura 76 (77,6)
Internet 226 (70,2)	Matura 143 (72,4) $\chi^2 = 1,40, p = .237$	Keine Matura 83 (66,4)	Matura 149 (66,5) $\chi^2 = 4,73, p = .030$	Keine Matura 77 (78,5)
Schulunterricht 217 (67,4)	Matura 133 (67,5) $\chi^2 = .003, p = .953$	Keine Matura 84 (67,2)	Matura 150 (67,0) $\chi^2 = .06, p = .805$	Keine Matura 67 (68,4)
Eigenes Erleben 177 (55,0)	Matura 117 (59,4) $\chi^2 = 4,01, p = .045$	Keine Matura 60 (48,0)	Matura 125 (55,8) $\chi^2 = .21, p = .649$	Keine Matura 52 (53,1)
Bücher 126 (39,1)	Matura 84 (42,6) $\chi^2 = 2,62, p = .105$	Keine Matura 42 (33,6)	Matura 87 (38,8) $\chi^2 = .03, p = .871$	Keine Matura 39 (39,8)
Vorträge 69 (21,4)	Matura 37 (18,8) $\chi^2 = 2,11, p = .146$	Keine Matura 32 (25,6)	Matura 49 (21,9) $\chi^2 = .09, p = .768$	Keine Matura 20 (20,4)
Jugendzeitschrift 67 (20,8)	Matura 41 (20,8) $\chi^2 = .00, p = .998$	Keine Matura 26 (20,8)	Matura 48 (21,4) $\chi^2 = 0,17, p = .678$	Keine Matura 19 (19,4)
Sonstige 43 (13,4)	Matura 28 (14,2) $\chi^2 = .32, p = .569$	Keine Matura 15 (12,0)	Matura 31 (13,8) $\chi^2 = .15, p = .699$	Keine Matura 12 (12,2)
Fernsehfilme 43 (13,4)	Matura 25 (12,7) $\chi^2 = .19, p = 0,660$	Keine Matura 18 (14,4)	Matura 27 (12,1) $\chi^2 = 1,08, p = .300$	Keine Matura 16 (16,3)
Zeitungen 30 (9,3)	Matura 18 (9,1) $\chi^2 = .12, p = .889$	Keine Matura 12 (9,6)	Matura 21 (9,4) $\chi^2 = .003, p = .957$	Keine Matura 9 (9,2)

n = 322; Werte stellen Anzahl dar, Werte in Klammer sind Prozent; Mehrfachnennungen möglich

Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmer/innen, deren Eltern eine Matura oder eine Hochschule absolviert haben, und Teilnehmer/innen, deren Eltern keine Matura haben, bezüglich der Option „Internet“. Teilnehmer/innen, deren Mutter keine Matura hat (n = 77, 78,5%), klärten sich signifikant öfters durch „das Internet“ auf als Teilnehmer/innen deren Mutter mindestens die Matura hat (n = 149, 66,5%; $\chi^2 = 4,73, p = 0,030$).

Zusammengefasst zählten „Gespräche“, „das Internet“ und „der Schulunterricht“ bei beiden Geschlechtern zu den wichtigsten Informationsquellen für die Aufklärung. Weibliche Teilnehmerinnen klärten sich außerdem vermehrt über Print- und audiovisuelle Medien auf. Für die Schüler/innen war der Schulunterricht sehr wichtig für die Aufklärung. Für junge Erwachsene spielte „das Internet“ und „das eigene Erleben“ eine große Rolle und „der Schulunterricht“ ist mit dem Alter in den Hintergrund getreten.

Teilnehmer/innen mit einem außereuropäischen Migrationshintergrund wählten häufiger den „Schulunterricht“ als europäische Befragte (inklusive Österreich).

Teilnehmer/innen aus bildungsfremderen Schichten wählten häufiger „das Internet“ als Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten.

7.2.3. Vergleich der Informationsquellen mit der Originalstudie

Die Frage „Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend?“ wurde in der Studie *Jugendsexualität 2015* verwendet (vgl. Bode & Heßling 2015:57). In der Studie wurden die Antworten der 14-17 Jährigen (n = 3.568) präsentiert. Im Sinne eines Vergleichs der deutschen Studie mit der vorliegenden Studie wurden die Daten der 14-17 jährigen (n = 110; weiblich: n = 57, männlich: n = 53) Befragten ausgewählt und die Häufigkeit für die Auswahl der Informationsquellen für die Aufklärung neu berechnet.

Ein Vergleich der Ergebnisse zwischen der deutschen Studie und den 14-17 jährigen Befragten im Rahmen der Masterarbeit zeigte, dass deutsche und österreichische Schüler/innen sich vor allem im „Schulunterricht“ (Deutschland: 82% / Wien: 75%) und durch „Gespräche“ (Deutschland: 67% / Wien: 74%) aufklärten.

In der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde eine große Bedeutung den Medien bei der Aufklärung zugesprochen: „[...] zu den Quellen der Sexualaufklärung zählen in jedem Fall außerdem die verschiedenen Medien, von Illustrierten und Broschüren über Video bis zum Internet. Ihnen kommt eine erhebliche Bedeutung bei der Vermittlung von Kenntnissen über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. zu [...]“ (Bode & Heßling 2015:57).

In der deutschen Studie belegte „das Internet“ (50%) bei den Jungen den ersten Platz und die „Jugendzeitschriften“ den zweiten Platz (30%). Bei den Mädchen belegten dahingegen „die Jugendzeitschriften“ (46%) den ersten Platz und „das Internet“ den zweiten Platz (39%). Wenn in der vorliegenden Studie aus Wien nur die Medien als Informationsquellen betrachtet werden,

dann nannten Mädchen (58%) und Jungen (92,3%) „das Internet“ als häufigstes Medium. „Jugendzeitschriften“ belegten bei den Mädchen (25%) und bei den Jungen (10,3%) in Österreich den dritten Platz. Andere Quellen der Information folgten in der deutschen Studie „dem Internet“ und „den Jugendzeitschriften“ mit deutlichem Abstand. Mädchen (16%) wählten öfter „Aufklärungsbroschüren“ als Jungen (10%), und Jungen (9%) wählten öfter audiovisuelle Medien, wie DVDs oder Videos, als Mädchen (4%). Nur 5,6 Prozent der Mädchen und keiner der Jungen in Wien haben „die kostenlose Aufklärungsbroschüre“ gewählt. Audiovisuelle Medien wurden von den Mädchen (5,6%) öfter angekreuzt als von den Jungen (2,6%).

Zusammengefasst haben sich österreichische und deutsche Jugendliche in Bezug auf die Medien als Informationsquelle am häufigsten über das Internet aufgeklärt, die anderen Optionen, wie Printmedien und audiovisuelle Medien, folgten in beiden Ländern mit deutlichem Abstand nach dem Internet.

7.2.4. Welches waren für Sie die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?

In Kapitel 7.2.4. wurden die Bezugspersonen der Sexualaufklärung vorgestellt. Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachnennungen möglich; Die Frage wurde von allen Teilnehmern/innen beantwortet.

Im ersten Schritt wurden die Bezugspersonen der Sexualaufklärung in Abbildung 6 graphisch dargestellt und erläutert. Anschließend wurde ein Vergleich der angegebenen Quellen der Sexualaufklärung zwischen den Indikatoren Altersgruppen, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt.

Der Vergleich zwischen den Werten der vorliegenden Studie und den Werten der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde in Kapitel 7.2.5. durchgeführt.

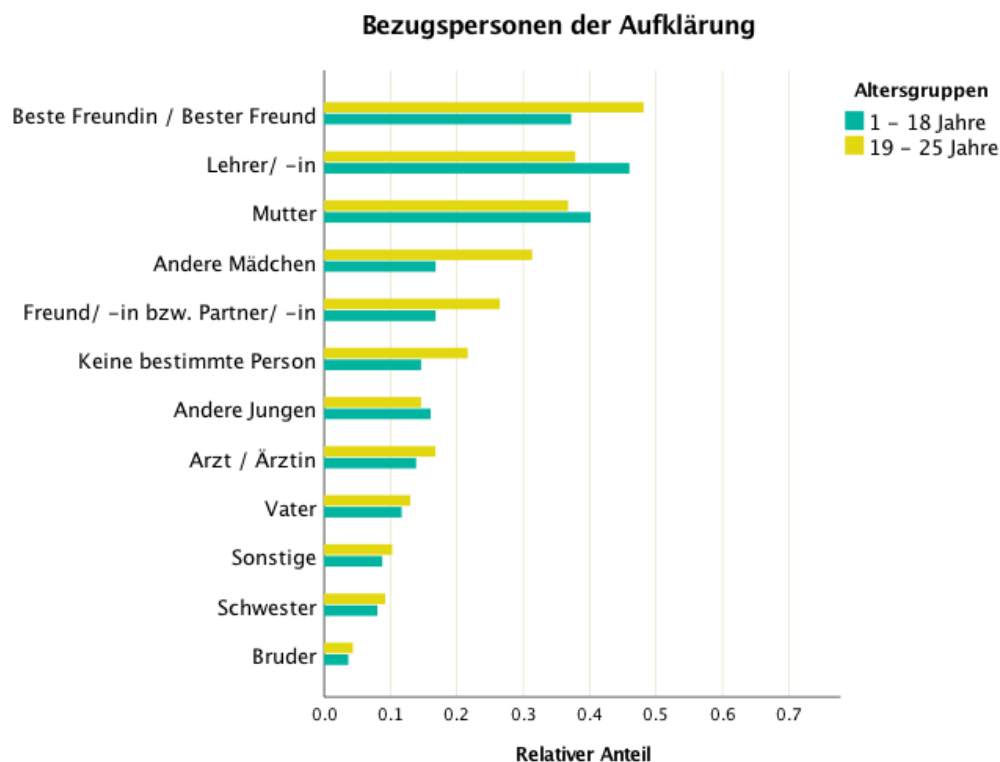


Abbildung 6 Bezugspersonen der Aufklärung (Mehrfachnennungen möglich; n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

Die Ergebnisse der Befragung zeigten ein ähnliches Muster wie in Kapitel 7.2.2. (Informationsquellen), in welchem beschrieben wurde, dass „Gespräche“ und „der Schulunterricht“ zu den wichtigsten Informationsquellen für die Aufklärung zählten. Insgesamt wurden die beste Freundin, die Lehrperson und die Mutter am öftesten genannt.

Die Option „Beste Freundin / bester Freund“ wurde von den 19-25 Jährigen (n = 89, 48,1%) am häufigsten angekreuzt. Die Schüler/innen nannten „die Lehrperson“ (n = 63, 46%) am öftesten. „Die Lehrperson“ war bei den 19-25 Jährigen auf dem zweiten Platz (n = 70, 37,8%). „Die Mutter“ war bei den Schülern/innen (n = 55, 40,1%) auf dem zweiten Platz und bei den jungen Erwachsenen auf dem dritten Platz (n = 68, 36,8%). Weitere Ansprechpersonen wurden deutlich seltener genannt. „Der Vater“ wurde als Ansprechperson für sexuelle Fragen nur von etwa 12 Prozent (n = 40) aller Befragten angegeben.

Die Ergebnisse der Berechnung der Signifikanz mit dem Chi-Quadrat Verfahren hinsichtlich der Indikatoren Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern wurden in den Tabellen 5 und 6 zusammengetragen.

Tabelle 5 Ansprechpersonen für sexuelle Dinge; Kreuztabellen & Chi Quadrat Test für Geschlecht, Altersgruppen, Herkunft

Ansprechperson	^a Geschlecht		Altersgruppe		Herkunft	
					Vater	Mutter
Beste/r Freund/in 140 (43,5)	Weiblich:	104 (51,7)	14-18 Jahre:	51 (37,2)	Österreich: 100 (43,3)	96 (44,2)
	Männlich:	33 (28,2)	19-25 Jahre:	89 (48,1)	EU/EFTA: 24 (54,5)	24 (48,0)
	Andere:	3 (75,0)			Drittstaaten: 16 (34,0)	20 (36,4)
	$\chi^2 = 16,71, p < .001$		$\chi^2 = 3,79, p = .051$		$\chi^2_V = 3,89, p = .142 / \chi^2_M = 1,60, p = .449$	
Lehrer/in 133 (41,3)	Weiblich:	76 (37,8)	14-18 Jahre:	63 (46,0)	Österreich: 100 (43,3)	93 (42,9)
	Männlich:	57 (48,7)	19-25 Jahre:	70 (37,8)	EU/EFTA: 16 (36,4)	19 (38,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 17 (36,2)	21 (38,2)
	$\chi^2 = 3,62, p = .057$		$\chi^2 = 2,15, p = .142$		$\chi^2_V = 1,33, p = .514 / \chi^2_M = .66, p = .718$	
Mutter 123 (38,2)	Weiblich:	86 (42,8)	14-18 Jahre:	55 (40,1)	Österreich: 91 (39,4)	86 (39,6)
	Männlich:	37 (31,6)	19-25 Jahre:	68 (36,8)	EU/EFTA: 19 (43,2)	19 (38,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 13 (27,7)	18 (32,7)
	$\chi^2 = 3,88, p = .049$		$\chi^2 = .38, p = .536$		$\chi^2_V = 2,81, p = .245 / \chi^2_M = .89, p = .642$	
Andere Mädchen 81 (25,2)	Weiblich:	68 (33,8)	14-18 Jahre:	23 (16,8)	Österreich: 59 (25,5)	54 (24,9)
	Männlich:	13 (11,1)	19-25 Jahre:	58 (31,4)	EU/EFTA: 16 (36,4)	18 (36,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 6 (12,8)	9 (16,4)
	$\chi^2 = 20,11, p < .001$		$\chi^2 = 8,87, p = .003$		$\chi^2_V = 6,79, p = .034 / \chi^2_M = 5,39, p = .068$	
Partner/in 72 (22,4)	Weiblich:	49 (24,4)	14-18 Jahre:	23 (16,8)	Österreich: 55 (23,8)	50 (23,0)
	Männlich:	23 (19,7)	19-25 Jahre:	49 (26,5)	EU/EFTA: 11 (25,0)	13 (26,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 6 (12,8)	9 (16,4)
	$\chi^2 = .94, p = .332$		$\chi^2 = 4,26, p = .039$		$\chi^2_V = 2,95, p = .229 / \chi^2_M = 1,58, p = .454$	
Keine bestimmte Person 60 (18,6)	Weiblich:	32 (15,9)	14-18 Jahre:	20 (14,6)	Österreich: 41 (17,7)	34 (15,7)
	Männlich:	27 (23,1)	19-25 Jahre:	40 (21,6)	EU/EFTA: 8 (18,2)	13 (26,0)
	Andere:	1 (25,0)			Drittstaaten: 11 (23,4)	13 (23,6)
	$\chi^2 = 2,51, p = .113$		$\chi^2 = 2,56, p = .110$		$\chi^2_V = .83, p = .660 / \chi^2_M = 3,96, p = .138$	
Arzt / Ärztin 50 (15,5)	Weiblich:	40 (19,9)	14-18 Jahre:	19 (13,9)	Österreich: 37 (16,0)	31 (14,3)
	Männlich:	8 (6,8)	19-25 Jahre:	31 (16,8)	EU/EFTA: 7 (15,9)	10 (20,0)
	Andere:	2 (50,0)			Drittstaaten: 6 (12,8)	9 (16,4)
	$\chi^2 = 9,85, p = .002$		$\chi^2 = .50, p = .479$		$\chi^2_V = .32, p = .852 / \chi^2_M = 1,05, p = .592$	
Andere Jungen 49 (15,2)	Weiblich:	21 (10,4)	14-18 Jahre:	22 (16,1)	Österreich: 33 (14,3)	36 (16,6)
	Männlich:	27 (23,1)	19-25 Jahre:	27 (14,6)	EU/EFTA: 12 (27,3)	8 (16,0)
	Andere:	1 (25,0)			Drittstaaten: 4 (8,5)	5 (9,1)
	$\chi^2 = 9,20, p = .002$		$\chi^2 = .13, p = .718$		$\chi^2_V = 6,75, p = .034 / \chi^2_M = 1,94, p = .379$	
Vater 40 (12,4)	Weiblich:	18 (9,0)	14-18 Jahre:	16 (11,7)	Österreich: 28 (12,1)	27 (12,4)
	Männlich:	22 (18,8)	19-25 Jahre:	24 (13,0)	EU/EFTA: 7 (15,9)	8 (16,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 5 (10,6)	5 (9,1)
	$\chi^2 = 6,52, p = .011$		$\chi^2 = .12, p = .728$		$\chi^2_V = .68, p = .723 / \chi^2_M = 1,15, p = .563$	
Sonstige 31 (9,6)	Weiblich:	15 (7,5)	14-18 Jahre:	12 (8,8)	Österreich: 21 (9,1)	21 (9,7)
	Männlich:	16 (13,7)	19-25 Jahre:	19 (10,3)	EU/EFTA: 6 (13,6)	5 (10,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 4 (8,5)	5 (9,1)
	$\chi^2 = 3,24, p = .072$		$\chi^2 = .21, p = .649$		$\chi^2_V = .96, p = .620 / \chi^2_M = .03, p = .987$	
Schwester 28 (8,7)	Weiblich:	24 (11,9)	14-18 Jahre:	11 (8,0)	Österreich: 17 (7,4)	15 (6,9)
	Männlich:	4 (3,4)	19-25 Jahre:	17 (9,2)	EU/EFTA: 7 (15,9)	6 (12,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 4 (8,5)	7 (12,7)
	$\chi^2 = 6,69, p = .010$		$\chi^2 = .13, p = .715$		$\chi^2_V = 3,40, p = .182 / \chi^2_M = 2,68, p = .261$	
Bruder 13 (4,0)	Weiblich:	8 (4,0)	14-18 Jahre:	5 (3,6)	Österreich: 10 (4,3)	8 (3,7)
	Männlich:	5 (4,3)	19-25 Jahre:	8 (4,3)	EU/EFTA: 2 (4,5)	2 (4,0)
	Andere:	0 (0,0)			Drittstaaten: 1 (2,1)	3 (5,5)
	$\chi^2 = .12, p = .889$		$\chi^2 = .09, p = .761$		$\chi^2_V = .52, p = .770 / \chi^2_M = .35, p = .838$	

n = 322; Werte stellen Anzahl dar, Werte in Klammern sind Prozente; ^aGeschlecht: Test zwischen Männlich und Weiblich, ohne "andere"; V = Vater; M = Mutter; Mehrfachnennungen möglich

Der Vergleich der Altersgruppen zeigte einen signifikanten Unterschied bei der Option „andere Mädchen“ ($\chi^2 = 8,87$, $p = 0,003$). Junge Erwachsene (19-25 Jahre; $n = 58$, 31,4%) kreuzten „andere Mädchen“ signifikant häufiger an als „Schüler/innen“ (14-18 Jahre; $n = 23$, 16,8%). Mit dem Alter hat „der / die Partner/in“ mehr an Bedeutung gewonnen und wurde von 26,5 Prozent ($n = 49$) der jungen Erwachsenen als Bezugsperson und somit signifikant öfter als von 16,8 Prozent ($n = 23$) der Jugendlichen genannt ($\chi^2 = 4,26$, $p = 0,039$).

Bei der Auswertung der Daten wurden signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der weiblichen und männlichen Teilnehmer/innen ($n = 318$, ohne „andere“) ersichtlich bei den Optionen „beste Freundin / bester Freund“, bei den Eltern, bei „Arzt / Ärztin“, bei „andere Mädchen“ und „andere Jungen“ sowie bei der Option „Schwester“.

Weibliche Teilnehmerinnen ($n = 104$, 51,7%) gaben signifikant öfter an, dass „die beste Freundin / der beste Freund“ wichtige Ansprechpersonen sind, als die männlichen Teilnehmer ($n = 33$, 28,2%; $\chi^2 = 16,71$, $p < 0,001$). Bei den Antwortmöglichkeiten Eltern, „Schwester“ und „andere Mädchen“ / „andere Jungen“ wählten die Befragten dem eigenen Geschlecht entsprechend. Männliche Teilnehmer gaben signifikant öfter den „Vater“ ($n = 22$, 18,8%; $\chi^2 = 6,52$, $p = 0,011$) und „andere Jungen“ ($n = 27$, 23,1%; $\chi^2 = 9,20$, $p = 0,002$) als Bezugspersonen der Aufklärung an als weibliche Befragte („Vater“: $n = 18$, 9% / „andere Jungen“: $n = 21$, 10,4%). Weibliche Teilnehmerinnen nannten hingegen „die Mutter“ ($n = 86$, 42,8%; $\chi^2 = 3,88$, $p = 0,049$) und „andere Mädchen“ ($n = 68$, 33,8%; $\chi^2 = 20,11$, $p < 0,001$) signifikant häufiger als männliche Befragte („Mutter“: $n = 37$, 31,6% / „andere Mädchen“: $n = 13$, 11,1%). Die Optionen „Schwester“ ($n = 24$, 11,9%; $\chi^2 = 6,69$, $p = 0,010$) und „Arzt / Ärztin“ ($n = 40$, 19,9%; $\chi^2 = 9,85$, $p = 0,002$) wurden signifikant öfter von den Mädchen und Frauen als von den Jungen und Männern („Schwester“: $n = 4$, 3,4% / „Arzt / Ärztin“: $n = 8$, 6,8%) angekreuzt.

Für Jugendliche und junge Erwachsene mit einem außereuropäischen Migrationshintergrund war „der / die Lehrer/in“ (37,2%) die wichtigste Ansprechperson bei sexuellen Fragen und „die beste Freundin / der beste Freund“ (35,2%) die zweitwichtigsten, und „Mutter“ die drittwichtigste (30,2%). Bei den Teilnehmern/innen aus Österreich zählten „die beste Freundin / der beste Freund“ (43,7%) und „die Lehrperson“ (43,1%) mit etwa gleichvielen Nennungen zu den wichtigen Bezugspersonen. „Die Mutter“ folgte auch hier auf dem dritten Platz (39,5%).

Bei europäischen, nicht-österreichischen Teilnehmer/innen war „die beste Freundin / der beste Freund“ (51,2%) die wichtigste Ansprechperson und am zweiten Platz „die Mutter“ (40,6%) gefolgt von „der Lehrperson“ (37,2%).

Es gab einen signifikanten Unterschied zwischen der Herkunft des Vaters der Teilnehmer/innen bei den Antwortmöglichkeiten „andere Mädchen“ ($\chi^2 = 6,79$, $p = 0,034$). Die Befragten mit einem Vater aus der EU / EFTA, ohne Österreich, wählten diese Option öfter ($n = 16$, 36,4%), als die Befragten aus Österreich ($n = 91$, 25,5%) und als die Teilnehmer/innen mit mindestens einem Elternteil aus einem Drittstaat ($n = 6$, 12,8%).

Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse aus Kapitel 7.2.2., da die Teilnehmer/innen mit einem außereuropäischen Hintergrund „den Schulunterricht“ als die wichtigste Quelle bei der Aufklärung nannten, und „die Lehrperson“ war in dieser Gruppe auch die wichtigste Bezugsperson.

In Tabelle 6 wurden die Ergebnisse der Berechnungen des Chi – Quadrat Tests bezüglich des Indikators Bildungshintergrund der Eltern, für einen Überblick zusammengetragen:

Tabelle 6 Ansprechpersonen für sexuelle Dinge, Kreuztabellen & Chi Quadrat Test für Bildungshintergrund der Eltern

Ansprechperson	Bildungshintergrund Vater				Bildungshintergrund Mutter			
Beste/r Freund/in 140 (43,5)	Matura 84 (42,6) $\chi^2 = .14$, $p = .703$	Keine Matura 56 (44,8)			Matura 90 (40,2) $\chi^2 = 3,26$, $p = .71$	Keine Matura 50 (51,0)		
Lehrer/in 133 (41,3)	Matura 81 (41,1) $\chi^2 = .01$, $p = .937$	Keine Matura 51 (41,6)			Matura 95 (42,4) $\chi^2 = .37$, $p = .542$	Keine Matura 38 (38,8)		
Mutter 123 (38,2)	Matura 71 (36,0) $\chi^2 = 1,00$, $p = .317$	Keine Matura 52 (41,6)			Matura 92 (41,1) $\chi^2 = 2,57$, $p = .109$	Keine Matura 31 (31,6)		
Andere Mädchen 81 (25,2)	Matura 52 (26,4) $\chi^2 = .41$, $p = .520$	Keine Matura 29 (23,2)			Matura 56 (25,0) $\chi^2 = .01$, $p = .923$	Keine Matura 25 (25,5)		
Partner/in 72 (22,4)	Matura 42 (21,2) $\chi^2 = .32$, $p = .574$	Keine Matura 30 (24,0)			Matura 49 (21,9) $\chi^2 = .10$, $p = .752$	Keine Matura 23 (23,5)		
Keine bestimmte Person 60 (18,6)	Matura 34 (17,3) $\chi^2 = .63$, $p = .426$	Keine Matura 26 (20,8)			Matura 42 (18,8) $\chi^2 = .01$, $p = .935$	Keine Matura 18 (18,4)		
Arzt / Ärztin 50 (15,5)	Matura 26 (13,2) $\chi^2 = 2,10$, $p = .147$	Keine Matura 24 (19,2)			Matura 30 (13,4) $\chi^2 = 2,56$, $p = .110$	Keine Matura 20 (20,4)		
Andere Jungen 49 (15,2)	Matura 31 (15,7) $\chi^2 = .11$, $p = .745$	Keine Matura 18 (14,4)			Matura 31 (13,8) $\chi^2 = 1,08$, $p = .298$	Keine Matura 18 (18,4)		
Vater 40 (12,4)	Matura 28 (14,2) $\chi^2 = 1,49$, $p = .221$	Keine Matura 12 (9,6)			Matura 31 (13,8) $\chi^2 = 1,36$, $p = .244$	Keine Matura 9 (9,2)		
Sonstige 31 (9,6)	Matura 18 (9,1) $\chi^2 = .14$, $p = .708$	Keine Matura 13 (10,4)			Matura 18 (8,0) $\chi^2 = 2,14$, $p = .143$	Keine Matura 13 (13,3)		
Schwester 28 (8,7)	Matura 16 (8,1) $\chi^2 = .21$, $p = .646$	Keine Matura 12 (9,6)			Matura 19 (8,5) $\chi^2 = .04$, $p = .837$	Keine Matura 9 (9,2)		
Bruder 13 (4,0)	Matura 9 (4,6) $\chi^2 = .37$, $p = .543$	Keine Matura 4 (3,2)			Matura 10 (4,5) $\chi^2 = .35$, $p = .556$	Keine Matura 3 (3,1)		

$n = 322$; Werte stellen Anzahl dar, Werte in Klammer sind Prozent; Mehrfachnennungen möglich

Der Vergleich hinsichtlich des soziökonomischen Hintergrunds hat ergeben, dass bei Teilnehmer/innen, deren Mutter eine Matura hat, „die Lehrperson“ (n = 95, 42,4%) die wichtigste Bezugsperson bei der Aufklärung war; „die Mutter“ (n = 92, 41,1%) wurde auf Platz zwei gewählt und „der beste Freund / die beste Freundin“ (n = 90, 40,2%) auf Platz drei. Bei Teilnehmer/innen, deren Mutter keine Matura hat, war mit großem Vorsprung „die beste Freundin / der beste Freund“ (n = 50, 51,0%) auf Platz eins, „die Lehrperson“ war auf Platz zwei (n = 38, 38,8 %), und nur 31,6 Prozent (n = 31) wählten „die Mutter“ als Ansprechperson in sexuellen Fragen.

Der Vergleich der Antworten mit dem Chi-Quadrat Verfahren hatte keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Indikators Bildungshintergrund der Eltern ergeben.

Zusammengefasst wurde eine Tendenz zu einer Orientierung an gleichgeschlechtlichen Personen deutlich. Weibliche Teilnehmerinnen wählten im Vergleich zu den männlichen durch den „Arzt / die Ärztin“ eine zusätzliche Ansprechperson. Mit dem Alter hat „der / die Partner/in“ mehr an Bedeutung gewonnen. Befragte aus bildungsnahen Schichten nannten „die Mutter“ häufiger als Bezugsperson im Vergleich zu Befragten aus bildungsfremderen Schichten.

8.2.5. Vergleich der Bezugspersonen mit der Originalstudie

In der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde die Frage: „Welches waren für Sie die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge“ verwendet und bei der Präsentation der Auswertung wurde ein Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den 14-17 jährigen Mädchen und Jungen gelegt (vgl. Bode & Heßling 2015:13ff). Die Ergebnisse wurden mit den Daten der 14-17 jährigen Schüler/innen der vorliegenden Studie (n = 110; weiblich: n = 57, männlich: n = 53) verglichen.

In der deutschen Studie war die unterschiedliche Bedeutung, die den beiden Elternteilen zukommt am auffälligsten. Für die deutschen Mädchen war „die Mutter“ (59%) die vorrangige Bezugsperson und „der Vater“ (9%) ist nur in eine Nebenrolle vorgekommen. Bei den deutschen Jungen waren „Vater“ (34%) und „Mutter“ (34%) gleichbedeutend.

52 Prozent der österreichischen Mädchen nannten „die Mutter“ und nur 9 Prozent „den Vater“ als Ansprechperson. Österreichische Jungen nannten „die Mutter“ (41,5%) doppelt so oft als Bezugsperson als „den Vater“, sie wenden sich aber deutlich häufiger als die Mädchen an „den Vater“ (22%). Sowohl deutsche als auch österreichische Mädchen und Jungen nannten Perso-

nen des gleichen Geschlechts (Optionen: „andere Jungen“, „andere Mädchen“) als Bezugspersonen für Aufklärung, und das andere Geschlecht war abgesehen von den Eltern von untergeordneter Bedeutung. Gleiches wurde daraus ersichtlich, dass Jungen sich auf „den Bruder“ und Mädchen auf „die Schwester“ bezogen haben, wenn die Geschwister als Bezugspersonen gewählt wurden. Deutsche (16%) und österreichische Mädchen (15%) haben mit dem „Arzt / der Ärztin“ noch eine weitere Ansprechperson, die von den Jungen in Deutschland kaum genannt wurde. In Österreich haben im Vergleich 12% der 14-17 jährigen Jungen „den Arzt / die Ärztin“ als Bezugsperson angegeben.

Zusammengefasst haben in beiden Studien die Schüler/innen ihrem Geschlecht entsprechend die Bezugspersonen angegeben. Jungen in der vorliegenden Studie nannten öfter eine/n Ärztin / Arzt als Bezugsperson als deutsche Schüler.

8.2.6. Im Sexualkunde-Unterricht behandelte Themenbereiche

Die Frage nach den Themenbereichen, die im Aufklärungsunterricht behandelt wurden, wurde in der *Jugendsexualität 2015* Studie an 14-17 jährige Schüler/innen gestellt (vgl. Bode & Heßling 2015:36). Die Ergebnisse wurden mit den Aussagen der 14-17 jährigen Schüler/innen (n = 114) in Wien verglichen. Die Teilnehmer/innen konnten Mehrfachnennungen wählen. Die Antworten wurden in Abbildung 7 in einem Balkendiagramm dargestellt.

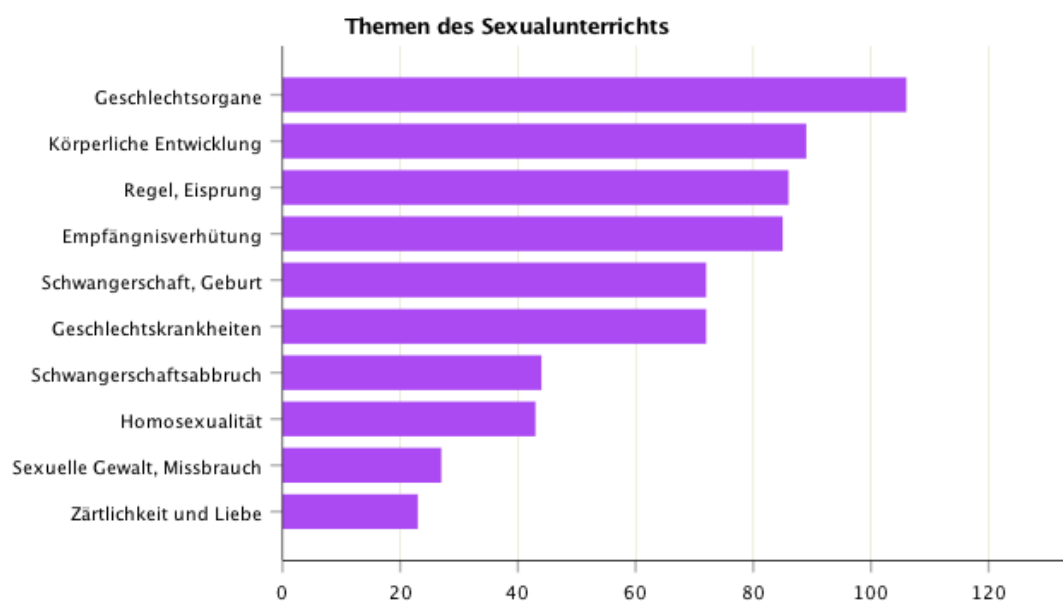


Abbildung 7 Themen des Sexualunterrichts; Mehrfachnennungen möglich; n = 114; 14-17 Jährige

Die deutschen (97%) und österreichischen (93,8%) Schüler/innen gaben am häufigsten an, dass biologische Aspekte, wie „Geschlechtsorgane“ im Schulunterricht behandelt wurden. In der deutschen Studie waren „Geschlechtskrankheiten“ (81%) und „Empfängnisverhütung“ (79%) auf Platz zwei und drei. Im Vergleich haben 75 Prozent der österreichischen Schüler/innen „Empfängnisverhütung“ und nur 64 Prozent „Geschlechtskrankheiten“ gewählt. In beiden Studien wurden „Homosexualität“ von etwa 40% der Schüler/innen angekreuzt. In Deutschland haben 40% der Jugendlichen angegeben, dass „sexuelle Gewalt“ im Schulunterricht behandelt wurde, in Österreich nur von 24%.

Zusammengefasst haben die Schüler/innen aus Wien angegeben, dass „biologische Aspekte“ mehr Aufmerksamkeit im Schulunterricht bekommen als „Geschlechtskrankheiten“. Themen, die die sexuellen und reproduktiven Rechte, wie „Schwangerschaftsabbruch“ und „sexuelle Gewalt“ betreffen wurden nur von wenigen Teilnehmer/innen genannt.

7.3. Biologische Aspekte

In diesem Kapitel wurde die Auswertung der Wissensbefragung zu den *biologischen Aspekten* vorgestellt. Zum Themenfeld *biologische Aspekte* wurden acht Fragen aus der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* von Kumar et al (2013) gestellt.

Im ersten Schritt wurde für jede Frage die richtigen Antworten mit 1 und die falschen Antworten (inklusive „nicht sicher“ und fehlender Antwort) mit 0 codiert. Diese umcodierten Variablen für alle gültigen Teilnehmer/innen (n = 322, 14 – 25 Jahre) wurden mit Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Im zweiten Schritt wurden analog zur kanadischen Studie die richtigen Antworten pro Person zusammengezählt. Dieser Summenscore wurde zunächst deskriptivstatistisch beschrieben und anschließend wurden diesbezüglich Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen, dem Migrationshintergrund und dem Bildungshintergrund der Eltern untersucht. In Kapitel 7.5. wurden die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit der kanadischen Studie verglichen.

7.3.1. Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden?

Die Frage „Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden?“ wurde von allen Teilnehmern/innen beantwortet (n = 322; 14 - 25 Jahre). Die richtige Antwort (Zwischen 1-2 Wochen nach dem Ende der Periode; ungefähr 2 Wochen bevor ihre nächste Periode einsetzt) haben 216 Personen (67,1%) gewählt. 23,3 Prozent (n = 75) der Befragten haben die Frage falsch beantwortet, 9,6 Prozent (n = 31) haben die Option „weiß nicht“ gewählt. Insgesamt wurde die Frage von etwa 33 Prozent der Befragten falsch beantwortet.

7.3.2. Sexuelle Aktivitäten, die zu einer Schwangerschaft führen

Für die Darstellung der Ergebnisse für die Frage „Kreuzen Sie für jede der Aktivitäten („Oralsex“, „Vaginalverkehr“, „Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen“, „Analverkehr“, „Gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“) an, wie wahrscheinlich es ist, dass die Aktivität zur Schwangerschaft führt“ wurde jede sexuelle Aktivität einzeln ausgewertet. Die Befragten konnten anhand einer Likert-Skala die Frage beantworten. Die Optionen waren – „ganz sicher“, „ziemlich wahrscheinlich“, „vielleicht“, „wahrscheinlich nicht“ und „keinesfalls“.

Es wurde von 84,5 Prozent (n = 272) der Teilnehmer/innen ausgeschlossen („keinesfalls“), dass „Oralsex“ in einer Schwangerschaft resultieren kann, und damit die Frage richtig beantwortet. 15,5 Prozent der Befragten haben eine falsche Antwort angegeben, aufgeteilt auf 34 Personen die (10,6%) „wahrscheinlich nicht“, 6 Personen (1,9%) „vielleicht“, 3 Personen (0,9%) „ziemlich wahrscheinlich“ und 2 Personen (0,6%) „ganz sicher“ angekreuzt haben. Die Frage wurde von 5 Teilnehmer/innen (1,6%) nicht beantwortet.

Fast alle Teilnehmer/innen (n = 318, 98,8%) haben gewusst, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass „Vaginalverkehr“ zu einer Schwangerschaft führen kann („ganz sicher“ n = 12, 3,7%; „ziemlich wahrscheinlich“ n = 151, 46,9%; „vielleicht“ n = 126, 39,1%). 4 Personen (1,2%) haben die Frage falsch beantwortet.

150 Personen antworteten, dass die sexuelle Aktivität „Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen“ „vielleicht“ (n = 126, 39,1%) zu einer Schwangerschaft führt. Etwa 46 Prozent (n = 151) der Teilnehmer/innen gaben an, dass diese Aktivität „ziemlich wahrscheinlich“ und 3,7 Prozent (n = 12) „ganz sicher“ in einer Schwangerschaft resultiert. Die Option „wahrscheinlich nicht“, wurden von 24 Teilnehmer/innen gewählt (7,5%). 6 Personen (1,9%) kreuzten „keinesfalls“ an und 3 Personen (0,9%) haben die Frage nicht beantwortet.

Bei der Option „Analverkehr“ schlossen 58,7% der Teilnehmer/innen eine Schwangerschaft aus („keinesfalls“), und haben somit die Frage korrekt beantwortet. 41,3 Prozent kreuzten eine falsche Antwort an. Im Detail wählten 89 Personen (27,6%) die Option „wahrscheinlich nicht“. 30 Personen (9,3%) sagten „vielleicht“ und 9 Personen (2,8%) „ziemlich wahrscheinlich“. Nur 2 Personen (0,6%) haben „ganz sicher“ angekreuzt und 3 Teilnehmer/innen (0,9%) haben die Frage nicht beantwortet.

Etwa 29 Prozent der Befragten (n = 92) kreuzten an, dass eine „gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“ zu einer Schwangerschaft führen kann, und haben damit die Frage falsch beantwortet. Im Detail haben 67 Personen (20,8%) „wahrscheinlich nicht“, 15 Personen (4,7%) „vielleicht“, 3 Personen „ziemlich wahrscheinlich“ (0,9%) und 2 Personen (0,6%) „ganz sicher“ angekreuzt. 5 Befragte haben die Frage nicht beantwortet. Die richtige Antwort „keinesfalls“ wählten 230 Personen (71,4%).

Zusammengefasst waren die Prozentwerte für Falschantworten für „Oralsex“ 15,5%, für „Analverkehr“ 41,3%, und für „gegenseitiger Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“ 29,4%. Etwa die Hälfte (48,4%) der Befragten gaben an, dass „Oralsex“, „Analverkehr“ oder eine „gegenseitiger Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“ zu einer Schwangerschaft führen kann. Mehr als jede/r Zehnte (12,4%) war sogar der Ansicht, dass alle drei sexuellen Aktivitäten in einer Schwangerschaft resultieren könnten.

Zur besseren Übersicht wurde in Abbildung 8 der relative Anteil richtig angekreuzter Antworten in Form eines Säulendiagramms dargestellt. Daraus wird ersichtlich, dass die größten Wissenslücken bei der sexuellen Aktivität „Analverkehr“ vermerkt worden sind.

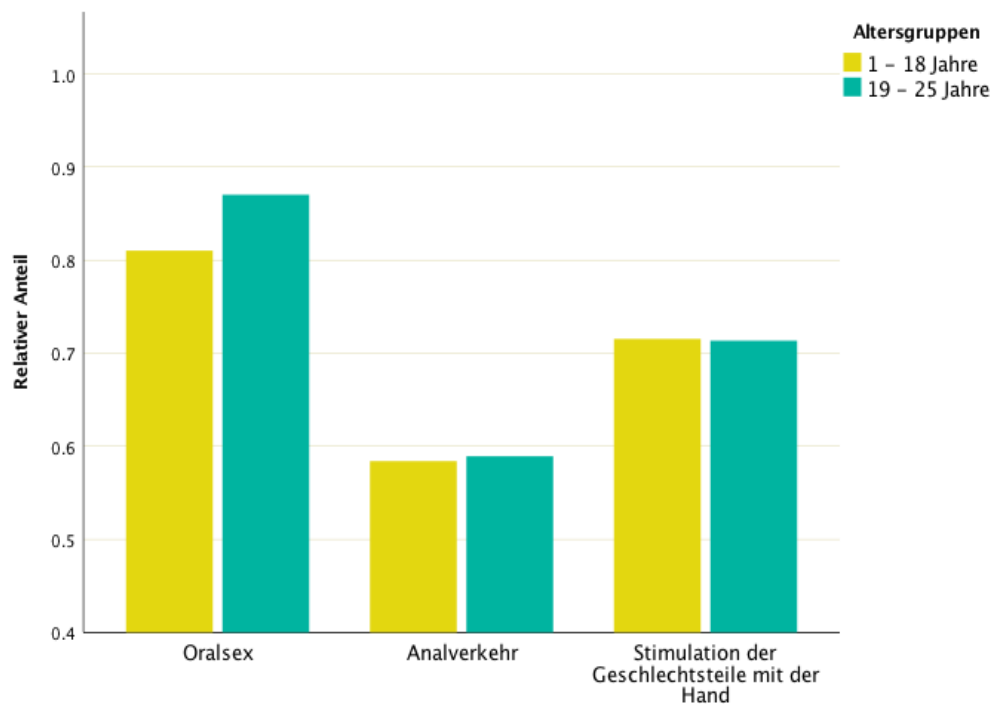


Abbildung 8 Relativer Anteil richtig angekreuzter Antworten für die Frage: Wie wahrscheinlich ist es, dass die Aktivitäten Oralsex, Analverkehr, gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand zu einer Schwangerschaft führen? 0 = Frage falsch beantwortet, 1 = Frage richtig beantwortet (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

7.3.3. Frageblock zu biologischen Aspekten

Der Frageblock zu den *biologischen Aspekten* setzte sich aus sechs Aussagen zusammen, die mit wahr, falsch, nicht sicher beantwortet werden konnte. Die Ergebnisse aller Teilnehmer/innen wurden nachfolgend vorgestellt:

Die Aussage „Die Pubertät endet bei allen Menschen im gleichen Alter“ wurde von fast allen Teilnehmer/innen richtig beantwortet (Antwortoption „falsch“; n = 315, 97,8%). Die Frage wurde von 7 Personen (2,2%) falsch beantwortet; 2 Personen haben „nicht sicher“ angekreuzt. Es wussten 242 Personen (75,2%), dass die Aussage „Manche Menschen werden mit Genitalien geboren, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind.“ „wahr“ ist. Die Frage wurde von 80 Teilnehmer/innen (24,8%) falsch beantwortet. Davon wählten 36 Personen (11,2%) „nicht sicher“.

Die Aussage „Brüste und/oder Genitalien unterscheiden sich optisch kaum zwischen verschiedenen Männern und zwischen verschiedenen Frauen“ haben 49 Teilnehmer/innen (15,2%)

falsch beantwortet (Antwortoption „wahr“), wobei sich davon 15 Personen (4,7%) „nicht sicher“ waren. Etwa 85 Prozent wussten, dass die Aussage „falsch“ ist und kreuzten damit die richtige Antwort an.

Etwa 62 Prozent der Befragten wussten, dass die Aussage „Männer und Frauen verlieren ab dem Alter von 60 Jahren die Fähigkeit zur Fortpflanzung“ „falsch“ ist, im Gegensatz zu 121 Personen (37,6%) die „wahr“ angekreuzt haben und damit die falsche Antwortmöglichkeit. Von diesen 121 Personen, kreuzten 41 Teilnehmer/innen (12,7%) „nicht sicher“ an.

Der Aussage „Wenn ein Paar ein Problem hat ein Baby zu bekommen, liegt wahrscheinlich ein medizinisches Problem bei der Frau vor“ haben 265 Personen (82,3%) nicht zugestimmt (Antwortmöglichkeit „falsch“) und beantworteten somit die Frage richtig. 22 Personen (6,8%) waren sich „nicht sicher“, und 34 Personen (10,6%) haben die Frage falsch beantwortet.

Insgesamt haben mehr Personen die Frage nach dem Schwangerschaftsabbruch – „In Österreich kann ein Schwangerschaftsabbruch nur bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, außer es liegt ein schwerwiegender medizinischer Grund für den Abbruch vor“ falsch (Antwortoption „falsch“; n = 179, 55,6%) beantwortet als richtig (Antwortoption „wahr“; n = 143, 44,4%). Von den Teilnehmern/innen, die die Frage falsch beantwortet haben, haben 109 Personen (33,9%) „nicht sicher“ angekreuzt.

Zusammengefasst haben die meisten Teilnehmer/innen Fragen zur Anatomie richtig beantwortet. Es wurden jedoch Wissenslücken zu den Themen, die die Reproduktionsphysiologie betreffen ersichtlich. Etwa 48 Prozent waren der Meinung, dass „Oralsex“, „Analverkehr“, oder „gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit Hand“ zu einer Schwangerschaft führen kann. 32,9 Prozent wussten nicht, zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden kann. Nur 62 Prozent der Befragten haben der Aussage widersprochen, dass „Männer und Frauen ab dem Alter von 60 Jahren die Fähigkeit zur Fortpflanzung verlieren“. Die Mehrheit der Befragten konnte die Frage zur Fristenregelung in Österreich in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch nicht korrekt beantworten. In Abbildung 9 wurden die Ergebnisse für einen Überblick zusammengetragen. Aus Abbildung 9 geht hervor, dass die Gruppe der 19-25 Jährigen deutlich bessere Ergebnisse erzielen konnte als die Gruppe der Schüler/innen.

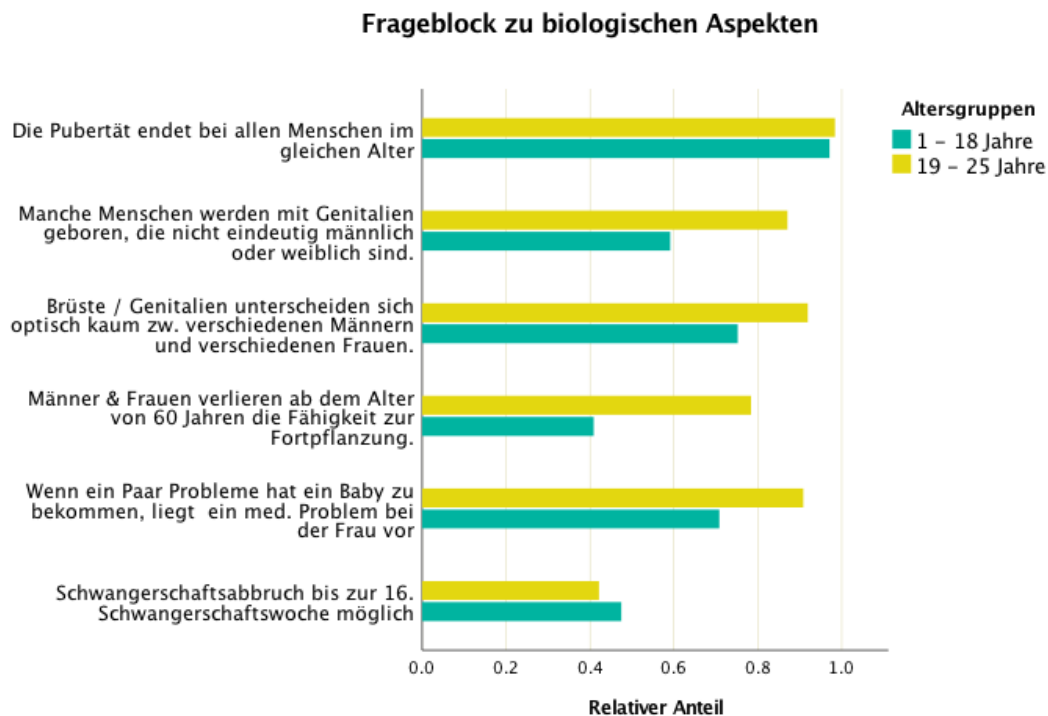


Abbildung 9 Frageblock zu biologischen Aspekten; 0 = Frage falsch beantwortet, 1 = Frage richtig beantwortet (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

7.3.4. Summenscore für biologische Aspekte

In Kapitel 7.3.5. wurde die Erstellung des Summenscores für die Fragen zu den *biologischen Aspekten* erklärt. Nach einer deskriptiven Beschreibung des Summenscores wurde ein Vergleich der erreichten Punktezahls zwischen den Indikatoren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt.

Der Summenscore wurde gebildet aus den acht Fragen zu den *biologischen Aspekten*, wobei die Frage nach den sexuellen Aktivitäten, die zu einer Schwangerschaft führen könnten, in dem Score einzeln berücksichtigt wurden. Die sexuelle Aktivität „Coitus Interruptus“ wurde nicht inkludiert, da es sich um eine kritisch betrachtete Möglichkeit zur Schwangerschaftsverhütung handelt (siehe Kapitel 3.3.1.), und in der vorliegenden Studie nicht eindeutig eine klare Antwort auf diese Frage gegeben werden kann (Doherty 2011:356).

Somit setzte sich der Summenscore aus 11 Fragen zusammen. Die maximal zu erreichende Punktezahls war 11 und die geringstmögliche Punktezahls war null. Der Median lag bei 9. Das Minimum lag bei 2, das Maximum bei 11. Der Interquartilsabstand betrug 3.

Für den Vergleich des Summenscores für die Fragen zu den *biologischen Aspekten* zwischen den Indikatoren Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Hintergrund wurden t-Tests bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Für den Vergleich des Summenscores zwischen dem Migrationshintergrund wurden Varianzanalysen gerechnet. Die Ergebnisse der statistischen Tests wurden in Tabelle 7 für einen Überblick zusammengetragen:

Tabelle 7 Vergleich des Summenscores für biologische Aspekte durch t-Test für Geschlecht, Altersgruppen, Bildungshintergrund der Eltern; Varianzanalyse für Migrationshintergrund

Vergleich des Summenscores für biologischen Aspekten			
	<i>T - Test</i>	<i>Mittelwert / Median</i>	
^a Geschlecht	$t = 1,496, p = 0,136$	Weiblich: 8,41 / 9	Männlich: 8,10 / 8
Altersgruppe	$t = -7,454, p < 0,001$	14-18 Jahre: 7,58 / 8	19-25 Jahre: 8,86 / 9
Bildung der Mutter	$t = 0,463, p = 0,644$	Matura: 8,30 / 9	Keine Matura: 8,20 / 8
Bildung des Vaters	$t = 2,414, p = 0,016$	Matura 8,56 / 9	Keine Matura: 7,97 / 8
	<i>Varianzanalyse</i>		
Herkunftsland der Mutter	$F = 5,116, p = 0,197$	AUT 8,40 / 9; EU/EFTA 8,06 / 9; Drittstaat 7,98 / 8	
Herkunftslands des Vaters	$F = 3,031, p = 0,050$	AUT 8,42 / 9; EU/EFTA 8,02 / 8; Drittstaat 7,79 / 8	

^aGeschlecht: Test zwischen Männlich und Weiblich, ohne "andere, $n = 322$

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen ($n = 318$ ohne „andere“) in Bezug auf den Summenscore der *biologischen Aspekte*, $t = 1,496, p = 0,136$. Es konnte eine Tendenz dahingehend abgelesen werden, dass männliche Teilnehmer weniger Punkte im Summenscore (Mittelwert = 8,10, Median = 8) im Vergleich zu weiblichen Teilnehmer/innen (Mittelwert = 8,41, Median = 9) aufgewiesen haben.

In Bezug auf die Altersgruppen – Jugendliche (14-18 Jahre) und junge Erwachsene (19-25), konnte ein signifikanter Unterschied bei dem Vergleich des Summenscores festgemacht werden. Junge Erwachsene (Mittelwert = 8,86, Median = 9) erreichten mehr Punkte im Summenscore als die Schüler/innen (Mittelwert = 7,58, Median = 8). Der t-Test hat $t = -7,454, p < 0,001$ ergeben.

Der Migrationshintergrund wurde in dieser Arbeit, wie bereits mehrfach ausgeführt, in drei Gruppen (Österreich, EU/EFTA, Drittstaaten) erfasst. Eine Varianzanalyse ergab einen knapp signifikanten Unterschied zwischen den Herkunftsländern des Vaters bezüglich des Summenscores, $F = 3,031, p = 0,050$. Die Mittelwerte für die einzelnen Gruppen waren: Österreich:

Mittelwert = 8,42, Median = 9; EU/EFTA: Mittelwert = 8,02, Median = 8; Drittstaaten: Mittelwert = 7,79, Median = 8. Keiner der Bonferroni Post-Hoc Tests war signifikant.

Bezüglich der Mütter gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Herkunftsländern in Bezug auf den Summenscore, $F = 5,116$, $p = 0,197$ (Österreich: Mittelwert = 8,40, Median = 9; EU/EFTA: Mittelwert = 8,06, Median = 9; Drittstaaten: Mittelwert = 7,98, Median = 8).

Der Vergleich des Summenscores der Befragten, unter Berücksichtigung des Bildungshintergrundes der Eltern, zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmer/innen, deren Vater mindestens eine Matura hat, und Teilnehmer/innen, deren Vater keine Matura hat, $t = 2,414$, $p = 0,016$. Die Auswertung ergab, dass die Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten einen höheren Score hatten als Teilnehmer/innen aus bildungsfremderen Schichten (Vater mit mindestens Matura: Mittelwert = 8,56, Median = 9; Vater ohne Matura: Mittelwert = 7,97, Median = 8).

Bei einem Vergleich des Summenscores in Bezug auf den Bildungshintergrund der Mutter konnten keine signifikanten Unterschiede festgemacht werden, $t = 0,463$, $p = 0,644$.

Numerisch betrachtet bestätigten die Ergebnisse bezüglich des Bildungshintergrunds der Mutter jene des Vaters – Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten hatten eine höhere Punktezahl als die Befragten aus bildungsfremderen Schichten (Mutter mit mindestens Matura: Mittelwert = 8,30, Median = 9; Mutter ohne Matura: Mittelwert = 8,20, Median = 8). Bei Betrachtung der Mittelwerte und bei Betrachtung der Abbildung 10 ist aufgefallen, dass Väter ohne Matura den geringsten Mittelwert im Summenscore zeigten. Väter mit Matura waren ähnlich zu Mütter mit oder ohne Matura.

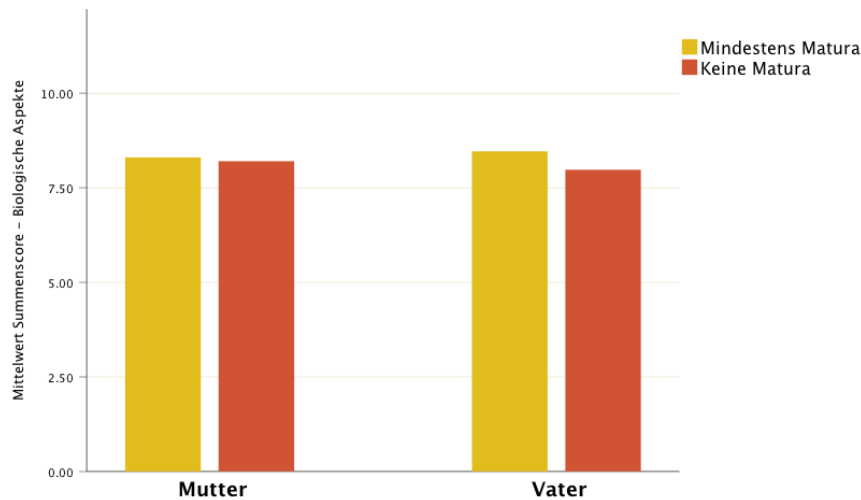


Abbildung 10 Vergleich des Summenscores in Hinblick auf den Bildungshintergrund der Eltern; n = 322

Zusammengefasst gab es signifikante Unterschiede in der Punkteanzahl zwischen den Altersgruppen und dem Bildungshintergrund des Vaters der Teilnehmer/innen. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Summenscore in Hinblick auf das Geschlecht und auf den Migrationshintergrund.

7.4. Sexuell übertragbare Krankheiten

In Kapitel 7.4. wurden die Ergebnisse der Wissensbefragung zu *sexuell übertragbaren Krankheiten* vorgestellt. Der Fragenblock zu den STIs bestand aus acht Aussagen, die mit „wahr“ / „falsch“ / „nicht sicher“ beantwortet werden konnten. Die Fragen basierten auf der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* von Kumar et al (2013). Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte nach dem gleichen Prinzip, wie die Auswertung der Fragen zu den *biologischen Aspekten*. Im ersten Teil des Kapitels wurden die Ergebnisse aller Befragten (n = 322, 14 – 25 Jahre) mit Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Dafür wurden die umcodierten Variablen (richtige Antwort = 1, falsche Antwort = 0, „nicht sicher“ = 0, nicht beantwortet = 0) verwendet. Es wurde ein Summenscore gebildet und deskriptiv-statistisch beschrieben. Anschließend wurde ein Vergleich des Summenscores unter Berücksichtigung der Indikatoren Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt. In Kapitel 7.5. wurden die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit der kanadischen Studie verglichen.

7.4.1. Frageblock zu sexuell übertragbaren Krankheiten

Der Aussage „Eine unbehandelte sexuell übertragbare Krankheit kann Ihre Fähigkeit Kinder zu bekommen / zu zeugen beeinträchtigen, unabhängig davon, ob Sie männlich oder weiblich sind“ stimmten 243 Teilnehmer/innen zu (Antwortoption „wahr“; 75,5%) und beantworteten damit die Frage richtig. Insgesamt beantworteten 24,5 Prozent (n = 79) der Teilnehmer/innen die Frage falsch. Im Detail kreuzten 16,8 Prozent (n = 54) „nicht sicher“ an, und 1 Person (0,3%) hat die Frage nicht beantwortet.

Ein Großteil der Teilnehmer/innen beantwortete die Frage „Sowohl Männer als auch Frauen, sollten sich regelmäßig sexuellen Gesundheitsuntersuchungen unterziehen, nachdem sie sexuell aktiv geworden sind“ richtig (Antwortoption „wahr“; n = 291, 90,4%). Nur 5,9 Prozent (n = 19) wählten „nicht sicher“ und 3,4 Prozent (n = 11) haben die Frage falsch beantwortet. Eine Person (0,3%) hat diese Frage nicht beantwortet.

Es konnten 72 Personen (22,4%) ausschließen, dass die Aussage „Das Humane Papillomavirus (HPV), das Virus, das Genitalwarzen verursacht, kann bei Frauen, jedoch nicht bei Männern, Genitalkrebs verursachen“ korrekt ist, und haben somit die Frage richtig beantwortet (Antwortoption „falsch“). Gleich viele Teilnehmer/innen (n = 72, 22,4%) haben die Frage falsch beantwortet. 55 Prozent der Befragten waren sich „nicht sicher“, wodurch die Frage ebenfalls falsch beantwortet wurde. Somit haben 77,6 Prozent die Frage zum HP-Virus falsch beantwortet.

Es wussten 110 Personen nicht (34,2%; „falsch“: n = 12, 3,7%; „nicht sicher“: n = 97, 30,1%; nicht beantwortet: n = 1, 0,3), dass eine sexuell übertragbare Krankheit während der Schwangerschaft dem Baby schaden kann (Antwortoption „falsch“). Die Frage wurde von 212 Teilnehmer/innen (65,8%) richtig beantwortet.

Der Aussage „Oralsex führt nicht zur Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten“ haben 236 Personen (73,3%) widersprochen (Antwortmöglichkeit „falsch“) und daher die richtige Antwort angekreuzt. 13 Prozent (n = 42) wählten entweder die falsche Antwort oder „nicht sicher“. Zwei Teilnehmer/innen haben die Frage nicht beantwortet.

Bei der Aussage „Sie können sich nicht von jemanden, der keine Anzeichen für eine Infektion zeigt, mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anstecken“ kreuzten 78 Prozent der Befragten (n = 251) die richtige Antwortmöglichkeit (Antwortmöglichkeit: „falsch“) an. 10,2 Prozent (n = 33) wählten „nicht sicher“, und 11,5 Prozent (n = 37) wählten die falsche Antwortmöglichkeit („wahr“). 1 Person (0,3%) hat die Frage nicht beantwortet.

Es gaben 158 Personen (49,1%) an, dass „Kondome vor allen sexuell übertragbaren Krankheiten schützen“, und haben damit die Frage falsch beantwortet (Antwortmöglichkeit „wahr“). 43 Teilnehmer/innen (13,4%) waren sich „nicht sicher“. Dieser Aussage haben 121 Personen (37,6%) widersprochen (Antwortmöglichkeit „falsch“) und kreuzten die richtige Antwort an. Diese Aussage wurde am häufigsten falsch beantwortet.

Etwa 81 Prozent (n = 262) der Teilnehmer/innen wussten, dass HIV nicht über Hautkontakt übertragen wird (Antwortoption „falsch“). 60 Personen (18,6%) haben die Frage falsch beantwortet, wovon 43 Personen (13,4%) „nicht sicher“ angekreuzt haben.

Zusammengefasst haben die Befragten die Fragen zur Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten mehrheitlich richtig beantwortet (zwischen 78% – 90%). Größere Wissenslücken zeigten sich bei den folgenden Aspekten: Es haben 77,6 Prozent der Teilnehmer/innen nicht gewusst, dass das Humane Papillomavirus (HPV) nicht nur bei der Frau sondern auch beim einem Mann zu einem Genitalkarzinom führen kann. Etwa 49 Prozent der Befragten haben eine falsche Auffassung in Bezug auf die Sicherheit von Kondomen als Schutz vor STIs gezeigt und haben angegeben, dass Kondome vor allen Geschlechtskrankheiten einen Schutz bieten. Es haben 34 Prozent der Teilnehmer/innen nicht gewusst, dass eine sexuell übertragbare Krankheit während der Schwangerschaft dem Baby schaden kann.

Der jeweilige relative Anteil richtig gewählter Antworten wurde in Form eines Balkendiagramms in Abbildung 11 dargestellt. Aus Abbildung 11 geht hervor, dass die Gruppe der 19-25 Jährigen bessere Ergebnisse erzielen konnte als die Gruppe der Schüler/innen.

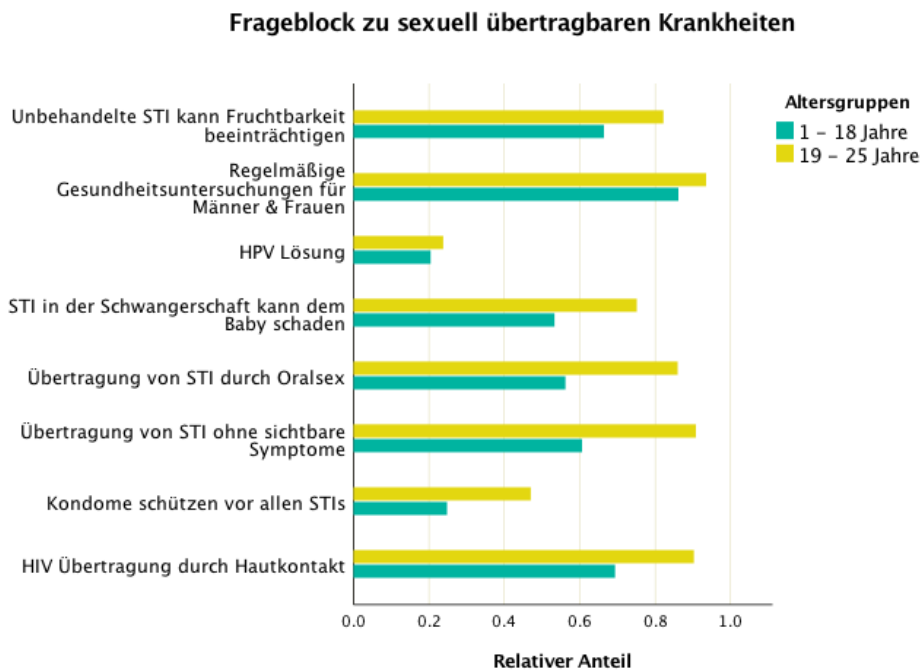


Abbildung 11 Frageblock zu sexuell übertragbaren Krankheiten; 0 = Frage falsch beantwortet, 1 = Frage richtig beantwortet (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

7.4.2. Summenscore für sexuell übertragbare Krankheiten

In Kapitel 7.4.2. wurde die Erstellung des Summenscores für die Fragen zu den *sexuell übertragbaren Krankheiten* erklärt. Nach einer deskriptiven Beschreibung des Summenscores wurde ein Vergleich der erreichten Punktezahl zwischen den Indikatoren Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt.

Der Summenscore wurde aus den acht Fragen zu den *sexuell übertragbaren Krankheiten* gebildet. Die maximal zu erreichende Punktezahl war 8 und die geringstmögliche Punktezahl war null. Der Mittelwert lag bei 5,24 und der Median bei 5. Die Verteilung war linksschief, das bedeutet, dass die Fragen häufiger richtig als falsch beantwortet wurden. Das Minimum lag bei 0 das Maximum bei 8. Der Interquartilsabstand betrug 2.

Für den Vergleich des Summenscores zu den *sexuell übertragbaren Krankheiten* zwischen den Indikatoren Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Hintergrund wurden t-Tests bei unabhängigen Stichproben durchgeführt. Für den Vergleich des Summenscores zwischen dem Migrationshintergrund wurden Varianzanalysen gerechnet.

Die Ergebnisse der statistischen Tests wurden in Tabelle 8 für einen Überblick zusammengetragen:

Tabelle 8 Vergleich des Summenscores für sexuell übertragbare Krankheiten durch t-Test für Geschlecht, Altersgruppen, Bildungshintergrund der Eltern; Varianzanalyse für Migrationshintergrund

Vergleich des Summenscores für sexuell übertragbare Krankheiten			
	<i>T - Test</i>	<i>Mittelwert / Median</i>	
^a Geschlecht	t = 0,812, p = 0,417	Weiblich: 5,30 / 6	Männlich: 5,14 / 5
Altersgruppe	t = -8,952, p < 0,001	14-18 Jahre: 4,47 / 5	19-25 Jahre: 5,89 / 6
Bildung der Mutter	t = -0,669, p = 0,504	Matura: 5,20 / 5	Keine Matura: 5,34 / 5
Bildung des Vaters	t = 1,938, p = 0,053	Matura 5,39 / 6	Keine Matura: 5,20 / 6
	<i>Varianzanalyse</i>		
Herkunftsland der Mutter	F = 3,306, p = 0,038	AUT 5,22 / 5; EU/EFTA 5,72 / 6; Drittstaat 4,89 / 5	
Herkunftslands des Vaters	F = 3,685, p = 0,026	AUT 5,36 / 6; EU/EFTA 5,27 / 5; Drittstaat 4,64 / 5	

^aGeschlecht: Test zwischen Männlich und Weiblich, ohne "andere, n = 322

Der t-Test für den Vergleich des Summenscores zwischen den männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen hat keinen signifikanten Unterschied ergeben, t = 0,812, p = 0,417. Dieses Ergebnis bestätigte die Ergebnisse in Kapitel 7.3.5., in welchem beschrieben wurde, dass bei den Fragen zu biologischen Aspekten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufgezeigt werden konnten. Numerisch betrachtet wurde ersichtlich, dass männliche Teilnehmer weniger Punkte im Summenscore (Mittelwert = 5,14, Median = 5) im Vergleich zu weiblichen Teilnehmerinnen (Mittelwert = 5,30, Median = 6) hatten.

Der Vergleich des Summenscores in Bezug auf die Altersgruppen hat ebenfalls die Ergebnisse aus Kapitel 7.3.5. bestätigt und signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen gezeigt, t = -8,952, p < 0,001. Die Gruppe der 14-18 Jährigen (Mittelwert = 4,47, Median = 5) hatte weniger Punkte im Summenscore als die Gruppe der 19-25 Jährigen (Mittelwert = 5,89, Median = 6) erreicht.

Der Vergleich des Summenscores der Teilnehmer/innen aus bildungsnahen mit den Teilnehmern/innen aus bildungsfremderen Schichten zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Punktezahl der Teilnehmer/innen, deren Vater mindestens eine Matura (Mittelwert = 5,39; Median = 6) hat, und der Punktezahl der Befragten, deren Vater keine Matura hat (Mittelwert = 5,02, Median = 6; t = 1,938, p = 0,053). Bei dem Vergleich des Summenscores in Bezug auf

den Bildungshintergrund der Mutter gab es keine signifikanten Unterschiede, $t = -0,669$, $p = 0,504$ (Mutter mit mindestens Matura: Mittelwert = 5,20, Median = 5; Mutter ohne Matura: Mittelwert = 5,34, Median = 5).

Es gab einen signifikanten Unterschied bezüglich des Summenscores für STIs zwischen Vätern unterschiedlicher Herkunft, $F = 3,685$, $p = 0,026$. Post hoc Analysen nach Bonferroni ergaben, dass Teilnehmer/innen mit Vätern aus Drittstaaten signifikant weniger Punkte im STI Summenscore erreichten (Mittelwert = 4,64, Median = 5) im Vergleich zu jenen mit Vätern aus Österreich (Mittelwert = 5,36, Median = 6, $p = 0,026$).

Es gab einen signifikanten Unterschied bezüglich des Summenscores für STIs zwischen den Müttern unterschiedlicher Herkunft, $F = 3,306$, $p = 0,038$. Teilnehmer/innen mit einer Mutter aus EU/ EFTA Ländern (Mittelwert = 5,72, Median = 6) hatten mehr Punkte im STI Summenscore im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit einer Mutter aus Drittländern (Mittelwert = 4,89, Median = 5, $p = 0,034$).

Zusammengefasst gab es bei dem Vergleich des Summenscores zu den Fragen zu sexuellen übertragbaren Krankheiten signifikante Unterschiede in Bezug auf die Indikatoren Alter und Migrationshintergrund der Eltern. Die Ergebnisse dieses Kapitels waren ähnlich zu den Ergebnissen zu den Fragen zu biologischen Aspekten aus Kapitel 7.3.6.

7.5 Vergleich der Wissenserhebung zu biologischen Aspekten und zu den sexuell übertragbaren Krankheiten mit der Originalstudie

Die Fragen zu den Biologischen Aspekten und zu den *sexuell übertragbaren Krankheiten* wurden der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* von Kumar et al (2013) entnommen. Die kanadische Studie hat für die Auswertung der Ergebnisse wie die vorliegende Studie einen Summenscore gewählt, und die Einzelergebnisse zu manchen Fragen präsentiert. Da die Fragekategorien in der kanadischen Studie anders zusammengesetzt waren als in der Masterarbeit, war ein Vergleich des Summenscores nicht sinnvoll. Für den Vergleich der beiden Studien wurde die Altersgruppe an die kanadische Studie angepasst (14-18 Jährige; $n = 137$) und anschließend wurde die Häufigkeit der richtigen Antworten berechnet. Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse mit den präsentierten Ergebnissen aus der kanadischen Studie verglichen.

Die Ergebnisse der kanadischen Studie zeigten Wissenslücken bei den Fragen zur Reproduktionsphysiologie, wie im folgenden Zitat beschrieben wird: „[...] 27% of respondents reported that pregnancy could result from oral sex, anal sex or mutual masturbation; 40% agreed with the statement that when a couple cannot conceive, the woman usually has a medical problem; and 55% could not identify when a woman is most likely to get pregnant during her menstrual cycle” (Kumar et al 2013: o.S.)

In der vorliegenden Studie haben etwa 50 Prozent der 14-18 Jährigen angegeben, dass eine Schwangerschaft durch „Oralverkehr“, „Analverkehr“ oder durch „gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“ möglich ist, und damit fast doppelt so viele Teilnehmer/innen wie in der kanadischen Studie. In dieser Stelle ist es jedoch erwähnenswert, dass die Antwortmöglichkeiten in der kanadischen Studie nur „possible“ beziehungsweise „impossible“ waren, wohingegen in der Masterarbeit, eine fünfstufige Likert-Skala verwendet wurde. Es wurde dabei nur die Antwortoption „keinesfalls (5)“ als gültig gezählt. Alle Stufen von „ganz sicher (1)“ bis „wahrscheinlich nicht (4)“ wurden als falsch gewertet.

In der Masterarbeit stimmten etwa 29 Prozent der Aussage „Wenn ein Paar ein Problem hat ein Baby zu bekommen, liegt wahrscheinlich ein medizinisches Problem bei der Frau vor“ zu (Antwortmöglichkeit „wahr“), und somit etwa 10 Prozent weniger Teilnehmer/innen als in der kanadischen Studie. Über 50 Prozent der Schüler/innen in Wien und in Kanada konnten nicht korrekt beantworten, zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden kann.

Zusammengefasst haben die Jugendlichen in der kanadischen und in der vorliegenden Studie Wissensdefizite zu Themen der Reproduktionsphysiologie gezeigt.

In der kanadischen Studie wussten fast 60 Prozent der Teilnehmer/innen nicht, dass das Humane Papillomavirus (HPV) sowohl bei Frauen als auch bei Männern Genitalkrebs verursachen kann. Die Auswertung der vorliegenden Studie zeigte ein ähnliches Ergebnis –etwa 80 Prozent der 14 – 18 Jährigen wählten die falsche Antwort oder die Option „nicht sicher“. In der kanadischen Studie waren 46 Prozent der Teilnehmer/innen der Meinung, dass HIV über Hautkontakt übertragen werden kann. In der vorliegenden Studie haben etwa 30 Prozent der Schüler/innen diese Frage falsch beantwortet.

7.6. Menschenrechte und Sexualität

Für den Teil der Wissensbefragung zu *Menschenrechten und Sexualität* wurde das Wissen und die Einstellung der Teilnehmer/innen zu Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen erfragt. Dieser Teil der Befragung setzte sich aus zwei Frageblöcken zusammen. In Kapitel 7.6. wurden die Ergebnisse zu beiden Frageblöcken präsentiert, und es wurden Vergleiche zwischen den Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt. Anschließend wurden die Ergebnisse jeweils mit den Ergebnissen aus den Originalstudien verglichen.

7.6.1. Frageblock zur Gleichberechtigung der Geschlechter

Der erste Frageblock wurde der Studie *Gleichberechtigung der Geschlechter*, die 2015 von der Europäischen Union veröffentlicht wurde, entnommen (vgl. Spezial Eurobarometer 2015:13). Im ersten Schritt wurde die Ergebnisse aller Befragten ($n = 322$, 14-25 Jahre) mit den Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Im zweiten Schritt wurde ein Mann-Whitney-U-Test für den Vergleich der Ausprägungen auf der Likert-Skala zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen und dem Bildungshintergrund der Eltern durchgeführt. Der Kruskal-Wallis-H-Test wurde für den Vergleich in Bezug auf den Migrationshintergrund der Teilnehmer/innen gerechnet.

Die Teilnehmer/innen waren fast alle der Meinung, dass die Gleichstellung von Männern und Frauen ein Grundrecht ist ($n = 322$; 14 – 25 Jahre). Es wählten 87,9 Prozent ($n = 283$) die Option „völlig richtig“ und 7,1 Prozent „ziemlich richtig“. Die Antwortmöglichkeiten „ziemlich falsch“ und „völlig falsch“ wählten jeweils 2 Personen (0,6%). 10 Personen (3,1%) kreuzten die Option „unentschieden“ an; 2 Teilnehmer/innen (0,6%) haben die Frage nicht beantwortet.

Bei dem Vergleich der Ausprägungen auf der Likert-Skala mittels Mann-Whitney-U-Test konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Im Detail lauteten die Ergebnisse des U-Tests für die einzelnen Indikatoren wie folgt: Geschlecht ($n = 318$ – ohne „andere“) $z = -1,024$, $p = 0,306$; Altersgruppe $z = -0,796$, $p = 0,426$; Bildungshintergrund Mutter $z = -0,819$, $p = 0,413$; Bildungshintergrund Vater $z = -0,120$, $p = 0,904$).

Der Kruskal-Wallis-H-Test ergab in Bezug auf den Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede (Herkunftsland Mutter $H = 4,247$, $p = 0,120$; Herkunftsland Vater $H = 4,942$, $p = 0,085$).

Etwa 96 Prozent der Teilnehmer/innen waren der Ansicht, dass die Schaffung einer faireren Gesellschaft notwendig ist, um die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen zu bekämpfen (Antwortoption: „völlig richtig“ $n = 269$, 83,5%; „ziemlich richtig“ $n = 39$, 12,1%). Der Anteil der Befragten, die dieser Aussage widersprechen, fiel mit 2,2% gering aus (Antwortoption: „ziemlich falsch“ $n = 2$, 0,6%; „völlig falsch“ $n = 5$, 1,6%). Es waren 6 Personen „unentschieden“ (1,9%) und eine Person (0,3%) hat die Frage nicht beantwortet.

Bei dem Vergleich Ausprägungen auf der Likert-Skala mittels Mann-Whitney-U-Test konnte nur ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den Indikator Altersgruppe festgestellt werden, $z = -2,138$, $p = 0,032$. Jugendliche hatten höhere Ausprägungen als die jungen Erwachsenen. Bei einer genauen Betrachtung der Häufigkeiten der angekreuzten Antworten der 14-18 und 19-25 jährigen Teilnehmer/innen, lies sich ein Unterschied zwischen der Wahl der Option „völlig richtig“ und „ziemlich richtig“ erkennen. Die Gruppe der 19-25 Jährigen ($n = 163$, 88,1%) hatte die Aussage „Die Bekämpfung der Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen ist notwendig, um eine fairere Gesellschaft zu schaffen“ häufiger mit der Option „völlig richtig“ beantwortet als die Schüler/innen ($n = 106$, 77,4%). Die 14-18 Jährigen ($n = 24$, 17,5%) hatten wiederum die Option „ziemlich richtig“ öfter angekreuzt als die 19-25 Jährigen ($n = 15$, 8,1%). Die nicht signifikanten Ergebnisse des U-Tests lauteten im Detail für die einzelnen Indikatoren wie folgt: Geschlecht ($n = 318$ – ohne „andere“) $z = -1,496$, $p = 0,135$; Bildungshintergrund Mutter $z = -0,696$, $p = 0,487$; Bildungshintergrund Vater $z = -1,100$, $p = 0,271$).

Der Kruskal-Wallis-H-Test ergab in Bezug auf den Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede (Herkunftsland Mutter $H = 1,033$, $p = 0,597$; Herkunftsland Vater $H = 1,677$, $p = 0,432$).

Ähnlich hohe Zustimmung (89,1%) unter den Befragten fand die Aussage, dass die Gleichstellung von Männern und Frauen den Frauen helfen wird, wirtschaftlich unabhängiger zu werden (Antwortoption: „völlig richtig“ $n = 209$, 64,9%; „ziemlich richtig“ $n = 78$, 24,2%). Es haben erneut nur wenige Personen der Aussage widersprochen (Antwortoption: „ziemlich falsch“ $n = 3$, 0,9%; „völlig falsch“ $n = 6$, 1,9%). 23 Personen (7,1%) waren unentschieden und 3 Teilnehmer/innen haben die Frage nicht beantwortet.

Der Vergleich der Häufigkeiten der angekreuzten Antworten anhand des Mann-Whitney-U-Tests zeigte keine signifikanten Unterschiede. Im Detail lauteten die Ergebnisse des U-Tests für die einzelnen Indikatoren wie folgt: Geschlecht ($n = 318$ – ohne „andere“) $z = -0,768$, $p = 0,442$; Altersgruppe $z = -1,557$, $p = 0,120$; Bildungshintergrund Mutter $z = -0,951$, $p = 0,341$; Bildungshintergrund Vater $z = -0,001$, $p = 0,999$).

Der Kruskal-Wallis-H-Test ergab in Bezug auf den Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede (Herkunftsland Mutter $H = 1,314$, $p = 0,518$; Herkunftsland Vater $H = 1,088$, $p = 0,580$).

Knapp mehr als die Hälfte der Teilnehmer/innen (54,1%) glaubten, dass die Wirtschaft wachsen wird, wenn es mehr Frauen auf dem Arbeitsmarkt gibt (Antwortmöglichkeit: „völlig richtig“ $n = 102$, 31,7%; „ziemlich richtig“ $n = 72$, 22,4%). Demgegenüber glaubten 11,2 Prozent nicht, dass die Wirtschaft durch einen Anstieg des Anteils von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wachsen wird (Antwortoption: „ziemlich falsch“ $n = 20$, 6,2%; „völlig falsch“ $n = 16$, 5%). Ein auffallend hoher Anteil der Befragten war nicht in der Lage, sich hierzu eine Meinung zu bilden ($n = 110$, 34,2%; Antwortmöglichkeit: „unentschieden“). Die Frage wurde von 2 Personen (0,6%) nicht beantwortet.

Bei dem Vergleich der Ausprägungen auf der Likert-Skala mittels Mann-Whitney-U-Test konnte nur ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den Indikator Geschlecht ($n = 318$, ohne „andere“) festgestellt werden, $z = -2,174$, $p = 0,030$. Die weiblichen Teilnehmerinnen ($n = 136$, 67,7%) haben die Aussage „Die Wirtschaft wird wachsen, wenn es mehr Frauen auf dem Arbeitsmarkt gibt“ häufiger mit der Option „völlig richtig“ beantwortet als die männlichen Teilnehmer ($n = 71$, 60,4%). Die männlichen Teilnehmer ($n = 33$, 28,2%) haben wiederum die Option „ziemlich richtig“ öfter angekreuzt als die weiblichen Befragten ($n = 45$, 22,4%).

Die nicht signifikanten Ergebnisse des U-Tests lauteten im Detail für die einzelnen Indikatoren wie folgt: Altersgruppe $z = -0,107$, $p = 0,914$; Bildungshintergrund Mutter $z = -0,435$, $p = 0,664$; Bildungshintergrund Vater $z = -0,164$, $p = 0,870$).

Der Kruskal-Wallis-H-Test ergab in Bezug auf den Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede (Herkunftsland Mutter $H = 1,199$, $p = 0,549$; Herkunftsland Vater $H = 0,637$, $p = 0,727$).

Zusammengefasst waren die meisten Teilnehmer/innen der Meinung, dass die Gleichstellung der Geschlechter ein Grundrecht ist, dass es für die Schaffung einer faireren Gesellschaft notwendig ist, die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen zu bekämpfen, und dass die Gleichstellung der Geschlechter den Frauen helfen wird, wirtschaftlich unabhängiger zu werden. Nur der Aussage, dass die Wirtschaft durch einen Anstieg des Anteils von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wachsen wird, konnte insgesamt fast die Hälfte (46%) der Teilnehmer/innen nicht zustimmen (Antwortoptionen „unentschieden“, „ziemlich falsch“, „völlig falsch“ und Frage nicht beantwortet).

7.6.2. Vergleich der Ergebnisse des Frageblocks zur Gleichberechtigung der Geschlechter mit der Originalstudie

Der Frageblock zur Gleichberechtigung der Geschlechter wurde der Studie *Gleichberechtigung der Geschlechter*, die 2015 von der Europäischen Union veröffentlicht wurde, entnommen (vgl. Spezial Eurobarometer 2015:13). In der europäischen Studie wurde der Indikator Alter verwendet, wobei 15 – 24-Jährige die Gruppe der jungen Menschen bildeten. Die Ergebnisse der Studie wurden nur für die Grundgesamtheit der Stichprobe publiziert (15 – 65+ Jahre). Da in der vorliegenden Studie 14-25-Jährige befragt wurden, war ein detaillierter Vergleich der Studien nicht sinnvoll. In der europäischen Studie wurden die Antwortoptionen „stimme zu“, „stimme nicht zu“ und „weiß nicht“ gegeben und in der vorliegenden Studie wurde wie bereits beschrieben eine fünfstufige Likert-Skala verwendet, wodurch ein Vergleich erschwert wurde. Trotz der fehlenden Vergleichbarkeit des Alters, war das Antwortverhalten vergleichbar, da in beiden Studien, der Aussage, dass die Wirtschaft durch einen Anstieg des Anteils von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wachsen wird, von den vier Fragen mit Abstand am wenigsten oft zugestimmt wurde. In Abbildung 12 wurden die Ergebnisse der vorliegenden Studie graphisch dargestellt und in Abbildung 13 die Ergebnisse der europäischen Studie für einen Überblick angeführt.

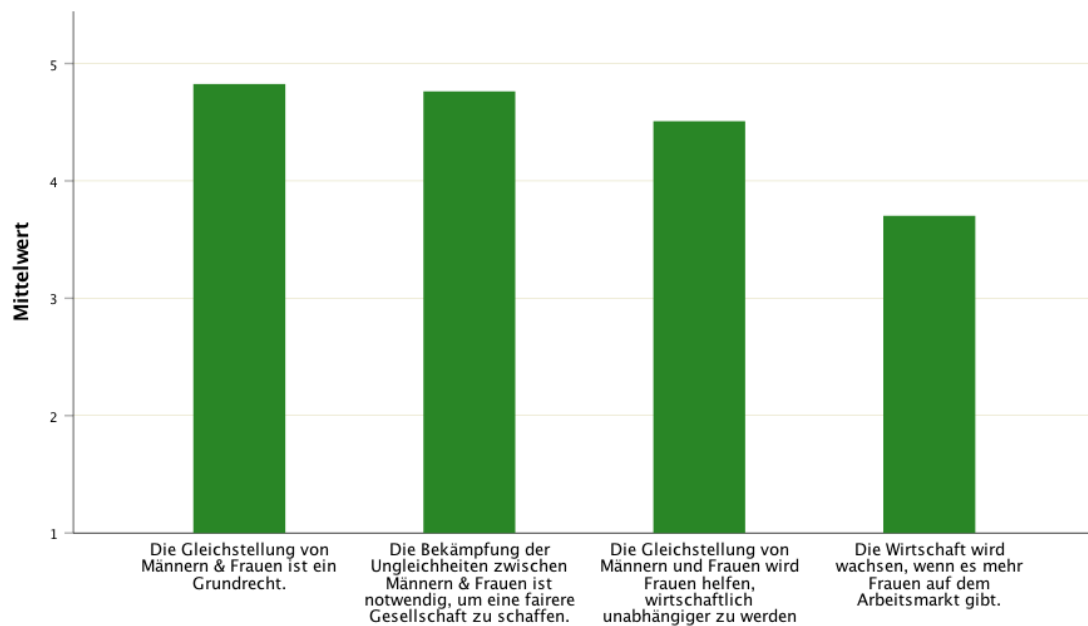


Abbildung 12 Prozentsatz der angekreuzten Antworten für den Frageblock zur Gleichberechtigung der Geschlechter 1 = völlig falsch = ziemlich falsch, 3 = unentschieden, 4 = ziemlich richtig, 5 = völlig richtig; n = 322



Abbildung 13 Spezial Eurobarometer 428 – Originalstudie

7.6.3. Frageblock zu Sexuellen und Reproduktiven Rechten

Der zweite Frageblock setzte sich aus 4 Fragen zu sexuellen und reproduktiven Rechten zusammen. Die Fragen in Form von Aussagen basieren auf der Studie *Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution –based cross-sectional* von Adinew et al aus dem Jahr 2013. Die Fragen konnten mit „wahr“, „falsch“ oder „nicht sicher“ beantwortet werden. Für die Auswertung der Daten wurden im ersten Schritt für jede Frage die richtigen Antworten mit 1 und die falschen Antworten (inklusive „nicht sicher“ und fehlender Antwort) mit 0 codiert. Diese umcodierten Variablen für alle gültigen Teilnehmer/innen (n = 322, 14-25 Jahre) wurden mit Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Im zweiten Schritt wurden analog zur Studie von Adinew et al die richtigen Antworten pro Person zusammengezählt. Dieser Summenscore wurde zunächst deskriptivstatistisch beschrieben und anschließend wurden diesbezüglich Unterschiede zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen, dem Migrationshintergrund und dem Bildungshintergrund der Eltern untersucht. Für diese Untersuchung wurden, wie bereits im vorhergehenden Kapitel, der Mann-Whitney-U-Test beziehungsweise der Kruskal-Wallis-H-Test verwendet. Abschließend wurden die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit der Originalstudie verglichen.

Es haben 79,5 Prozent der Teilnehmer/innen zugestimmt, dass Jugendliche das Recht haben reproduktive Gesundheitsdienste vertraulich in Anspruch zu nehmen (Antwortoption „wahr“; n = 256). Insgesamt 20,5 Prozent haben die Frage falsch beantwortet (Antwortoption: „falsch“ n = 8, 2,5%; „nicht sicher“ n = 58, 18%).

Die Aussage „Ein Mann sollte Sex bekommen, wann immer er möchte, ungeachtet des Wunsches der Frau“ wurde mehrheitlich richtig beantwortet (Antwortoption: „falsch“ n = 306, 95%). Der Aussage haben 9 Teilnehmer/innen (2,8%) zugestimmt; 7 Personen (2,2%) waren sich „nicht sicher“. Insgesamt wurde die Frage von 5% der Teilnehmer/innen falsch beantwortet.

Es wussten knapp die Hälfte der Befragten, dass Jugendliche das uneingeschränkte Recht haben, ohne die Zustimmung ihrer Eltern, auf alle reproduktiven Gesundheitsdienste zuzugreifen (Antwortoption: „wahr“ n = 179, 55,6%). Etwa 44 Prozent konnten die Frage nicht richtig beantworten (Antwortoption: „falsch“ n = 59, 18,3%; „nicht sicher“ n = 84, 26,1%).

Es waren 77 Prozent der Teilnehmer/innen der Meinung, dass alle Schüler/innen in der Lage sein sollten, frei über ihr sexuelles und reproduktives Leben zu entscheiden (Antwortoption: „wahr“ n = 258). Etwa 10 Prozent der Befragten (Antwortoption: „falsch“ n = 33) waren nicht dieser Meinung; 12,7 Prozent (n = 41) waren sich nicht sicher.

Zusammengefasst wurden die Fragen zu sexuellen und reproduktiven Rechten zum Großteil richtig beantwortet. Es wurde beobachtet, dass die Teilnehmer/innen die Option „nicht sicher“ vermehrt gewählt haben. Vor allem bei der Frage nach dem Zugang zu sexuellen und reproduktiven Rechten für Jugendliche, ohne die Zustimmung der Eltern, waren sich etwa 25 Prozent bei der Beantwortung der Frage nicht sicher.

7.6.4. Summenscore für Sexuelle und Reproduktive Rechte

Der Summenscore wurde aus den vier Fragen zu den sexuellen und reproduktiven Rechten gebildet. Die maximal zu erreichende Punktezahl war 4 und die geringstmögliche Punktezahl war null. Der Median lag bei 3, das Minimum bei 0 das Maximum bei 4. Der Interquartilsabstand betrug 2.

Der Vergleich des Summenscores mittels Mann-Whitney-U-Test beziehungsweise Kruskal-Wallis-H-Test unter Berücksichtigung der Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern hatte keine signifikanten Unterschiede ergeben. Die detaillierten Ergebnisse der Auswertung wurden in Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9 Vergleich des Summenscores für Sexuelle und Reproduktive Rechte durch Mann-Whitney-U-Test für Geschlecht, Altersgruppen, Bildungshintergrund der Eltern; Kruskal-Wallis-H-Test für Migrationshintergrund

Vergleich des Summenscores zu Sexuellen und Reproduktiven Rechten			
	<i>Mann-Whitney-U-Test</i>	<i>Mittelwert / Median</i>	
^a Geschlecht	$z = -0,017, p = 0,986$	Weiblich: 3,1 / 3	Männlich: 3,1 / 3
Altersgruppe	$z = -1,124, p = 0,261$	14-18 Jahre: 3 / 3	19-25 Jahre: 3,1 / 3
Bildung der Mutter	$z = -0,373, p = 0,709$	Matura: 3,1 / 3	Keine Matura: 3 / 3
Bildung des Vaters	$z = -1,435, p = 0,151$	Matura 3,1 / 3	Keine Matura: 3 / 3
	<i>Kruskal-Wallis-H-Test</i>		
Herkunftsland der Mutter	$H = 0,611, p = 0,737$	Österreich 3,1 / 3; EU/EFTA 3,1 / 3; Drittstaat 2,9 / 3	
Herkunftslands des Vaters	$H = 3,909, p = 0,142$	Österreich 3,1 / 3; EU/EFTA 3,3 / 4; Drittstaat 3 / 3	

^aGeschlecht: Test zwischen Männlich und Weiblich, ohne "andere, n = 322

7.6.5. Vergleich der Ergebnisse des Frageblocks zu Sexuellen und Reproduktiven Rechten mit der Originalstudie

Der Frageblock zu *sexuellen und reproduktiven Rechten* basierte auf der Studie *Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution –based cross-sectional* von Adinew et al aus dem Jahr 2013. Ein detaillierter Vergleich der Studien war nicht möglich, da die Altersgruppen der äthiopischen (18 – 28 Jahre) und der vorliegenden Gruppen nicht übereinstimmen und die Gesetzeslage sich in Österreich und Äthiopien unterscheiden.

7.7. Subjektiv empfundene Informationsdefizite

Im letzten Teil des Fragebogens wurden die subjektiven Informationsdefizite der Teilnehmer/innen erhoben. Die Frage basierte auf der *Jugendsexualität 2015* Studie – die Teilnehmer/innen wurden zu 17 Themenaspekten befragt, ob sie dazu jeweils gern mehr Information hätten, sie genügend darüber wissen, oder ob das Thema sie nicht interessiert (Bode & Heßling 2015:70). Zu Beginn dieses Kapitels wurden die Ergebnisse der Auswertung zu den drei oben genannten Optionen mit Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Anschließend wurde ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Ergebnissen der *Jugendsexualität 2015* Studie durchgeführt.

Es kristallisierten sich 6 Bereiche heraus, bei denen jeweils über 40 Prozent der 14 – 25 Jährigen noch Wissensbedarf geäußert haben. Am häufigsten wurde von den Teilnehmern/innen angegeben, dass sie insgesamt mehr über „sexuell übertragbare Krankheiten“ (14-18 Jahre n = 92, 67,2%; 19-25 Jahre n = 128, 69,2%) wissen möchten. Die ältere Gruppe der 19-25 Jährigen (n = 128, 69,2%) hat am zweit häufigsten „sexuelle Praktiken und Reaktion / Höhepunkt (Orgasmus)“ genannt und am dritthäufigsten wurde das Thema „Schwangerschaftsabbruch“ angekreuzt (n = 109, 58,9%). Die Schüler/innen wählten auf den zweiten Platz „über den Schwangerschaftsabbruch“ (n = 77, 56,2%), und auf den dritten Platz „Empfängnisverhütung“ (n = 71, 51,8%).

In Abbildung 14 wurden die Nennungen ab 40% für einen Überblick in Form eines Balkendiagramms dargestellt. Dazu wurde der relative Anteil für die Antwortoption „Ich möchte insgesamt mehr über das Thema wissen“ angegeben.

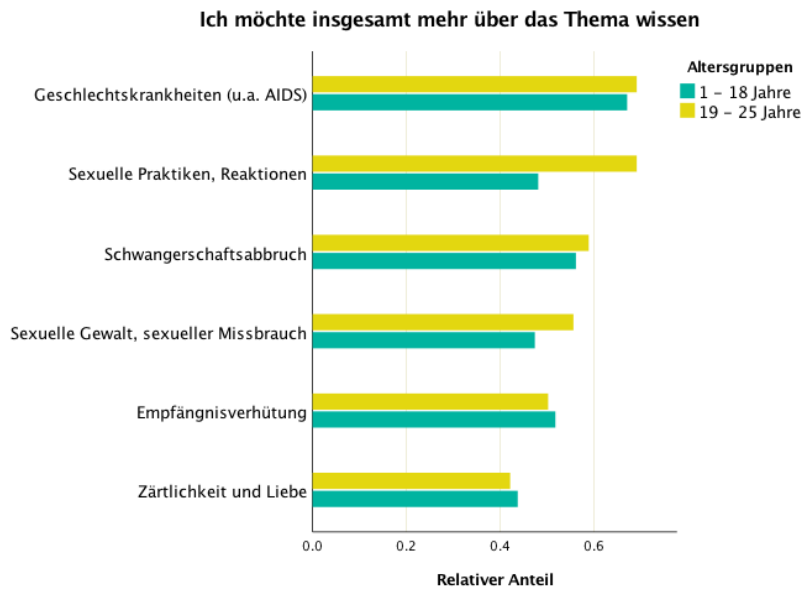


Abbildung 14 Relativer Anteil für „Ich möchte insgesamt mehr über das Thema wissen“; Nennungen ab 40% (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

Bei der Auswertung der Antwortoption „Ich weiß genügend über das Thema“ wurde, wie in Abbildung 15 graphisch dargestellt ersichtlich, dass bei 10 Themen jeweils über 40 Prozent der Befragten diese Antwortoption gewählt hatten. Die Schüler/innen (n = 104, 75,9%) gaben am häufigsten an, dass sie genügend über „die Geschlechtsorgane des Mannes und der Frau“ wissen. Die 19-25 Jährigen wählten am öftesten die Option „Regel, Eisprung, Fruchtbare Tage“ (n = 104, 56,2%).

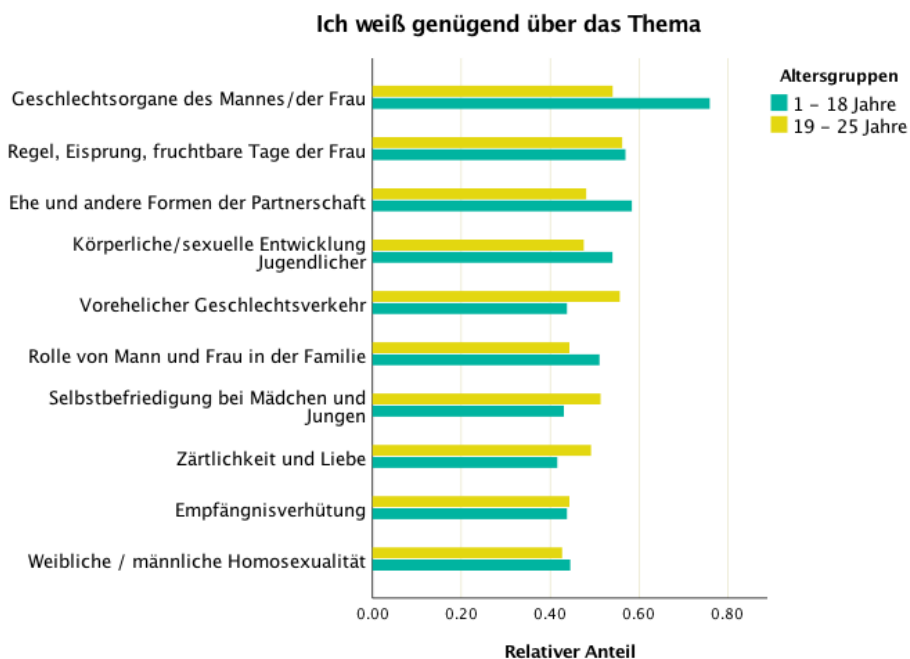


Abbildung 15 Relativer Anteil für „Ich weiß genügend über das Thema“; Nennungen ab 40% (n 14-18 Jahre = 137 / n 19-25 Jahre = 185)

Insgesamt wählten deutlich weniger Personen die Option „dieses Thema interessiert mich nicht“, als die oben beschriebene Antwortmöglichkeit. Es gaben 86 Personen (26,7%) an, dass sie das Thema „Beschneidung des Mannes“ nicht interessiert. Etwa 75 Personen (23%) jeweils an, dass sie sich nicht für „Vorehelichen Geschlechtsverkehr“ und „Pornographie“ interessieren.

Zusammengefasst wollen über 60 Prozent der Junge Erwachsene und Jugendliche mehr über Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit wissen. Dabei interessieren sich die Teilnehmer/innen besonders für Themen, wie „sexuelle übertragbare Krankheiten“, „sexuelle Praktiken“ und „den Schwangerschaftsabbruch“. Die Teilnehmer/innen haben angegeben, dass sie bereits genügend über biologische Aspekte und Themen der Reproduktionsphysiologie wissen. Weniger als 30 Prozent der Befragten haben angekreuzt, dass sich für einzelne Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gar nicht interessieren.

Die Frage nach den subjektiv empfundenen Informationsdefiziten basierte auf der *Jugendsexualität 2015* Studie (vgl. Bode & Heßling 2015:70). In der deutschen Studie wurden die Ergebnisse für die 14-25 Jährige vorgestellt und Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern/innen aufgezeigt.

Beim Vergleich der vorliegenden Studie mit der *Jugendsexualität 2015* Studie wurde ersichtlich, dass die Rangreihungen der Themen bezüglich der angegebenen Wissensdefizite sehr ähnlich waren. Die Reihenfolge der vorliegenden Studie (Geschlechtskrankheiten, sexuelle Praktiken, Schwangerschaftsabbruch, sexuelle Gewalt und Empfängnisverhütung) war gleichlautend mit jener in der Vergleichsstudie. Die einzige Ausnahme in der Rangreihung war, dass das Thema zur Schwangerschaft und Geburt (in der vorliegenden Studie auf Platz 6) in der deutschen Studie den dritten Platz eingenommen hat.

7.8. Auswertung der Hypothesen

In Kapitel 2.2. wurden für die Beantwortung der Forschungsfrage vier Hypothesen, ausgehend von der wissenschaftlichen Literatur, aufgestellt. Diese Hypothesen wurden in den Kapiteln 7.3.4. *Summenscore für biologische Aspekte*, 7.4.2. *Summenscore für sexuell übertragbare Krankheiten* und 7.6.4. *Summenscore für sexuelle und reproduktive Rechte* geprüft. Die Ergebnisse wurden nachfolgend zusammengetragen.

Hypothese 1 *Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen.*

Keiner der statistischen Tests (Kapitel 7.3.4., Kapitel 7.4.2., Kapitel 7.6.4.) zeigte einen signifikanten Unterschied in der erreichten Punktezahl zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen ($p > 0,05$); die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied im Wissensstand zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer/innen gibt, wurde bestätigt. Somit wurde Hypothese 1 widerlegt.

Hypothese 2 *Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.*

Die statistischen Tests in Kapitel 7.3.4. *Summenscore für biologische Aspekte* ($t = -7,454$, $p < 0,001$) und 7.4.2. *Summenscore für sexuell übertragbare Krankheiten* ($t = -8,952$, $p < 0,001$) haben signifikante Unterschiede im Wissensstand zwischen 14-18 Jährigen und 19-25 Jährigen gezeigt. Die Nullhypothese, dass es keinen Unterschied im Wissensstand zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt, wurde verworfen.

In Kapitel 7.6.4. *Summenscore für sexuelle und reproduktive Rechte* konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden; die Nullhypothese wurde bestätigt.

Zusammengefasst konnte Hypothese 2 in Bezug auf den Wissensstand zu biologischen Aspekten, und sexuell übertragbaren Krankheiten bestätigt werden. In Bezug auf den Wissensstand zu sexuellen und reproduktiven Rechten wurde Hypothese 2 widerlegt, da keine signifikanten Unterschiede aufgezeigt werden konnten.

Hypothese 3 *Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund.*

Es konnten nur im Kapitel 7.4.2. *Summenscore für sexuell übertragbaren Krankheiten* signifikante Unterschiede im Wissensstand zwischen den Teilnehmer/innen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden (Herkunftsland der Mutter: $F = 3,306$, $p = 0,038$, Herkunftsland des Vaters: $F = 3,685$, $p = 0,026$); die Nullhypothese, dass es keine Unterschiede im Wissensstand zwischen jungen Menschen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund gibt, wurde verworfen.

In den Kapiteln 7.3.4. *Summenscore für biologische Aspekte* und 7.6.4. *Summenscore für sexuelle und reproduktive Rechte* hat es keine eindeutigen, signifikanten Unterschiede gegeben; die Nullhypothese wurde bestätigt.

Zusammengefasst konnte Hypothese 3 in Bezug auf die Punkteanzahl zu sexuell übertragbaren Krankheiten bestätigt werden. In Bezug auf den Wissenstand zu biologischen Aspekten, und sexuellen und reproduktiven Rechten wurde Hypothese 3 widerlegt.

Hypothese 4 Es gibt einen Unterschied im Wissensstand zwischen jungen Menschen aus bildungsnahen und jungen Menschen aus bildungsfremderen Schichten

Es wurden nur in Kapitel 7.3.4. *Summenscore für biologische Aspekte* signifikante Unterschiede, bei dem Vergleich des Bildungshintergrundes des Vaters, zwischen Teilnehmer/innen aus bildungsnahen und bildungsfremden Schichten deutlich ($t = 2,414$, $p = 0,016$). Die Nullhypothese, dass es keine Unterschiede im Wissensstand zwischen jungen Menschen aus bildungsnahen und jungen Menschen aus bildungsfremderen Schichten gibt, wurde verworfen.

In den Kapiteln 7.4.2. *Summenscore für sexuell übertragbare Krankheiten* ($t = 1,938$, $p = 0,053$) und in Kapitel 7.6.4. *Summenscore für sexuelle und reproduktive Rechte* ($z = -1,435$, $p = 0,151$) wurden keine signifikanten Unterschiede ersichtlich; die Nullhypothese wurde bestätigt. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Wissensstand in Bezug auf den Bildungshintergrund der Mutter ($p > 0,05$); die Nullhypothese wurde bestätigt.

Zusammengefasst gab es signifikante Unterschiede im Wissensstand zu *biologischen Aspekten* und *sexuell übertragbaren Krankheiten* zwischen den Altersgruppen. Bei dem Wissensstand zu biologischen Aspekten gab es Unterschiede zwischen Teilnehmer/innen mit einem Vater mit mindestens Matura und einem Vater ohne Matura. Bei dem Wissensstand zu sexuell übertragbaren Krankheiten gab es Unterschiede im Wissensstand zwischen Teilnehmer/innen mit einem Migrationshintergrund und Teilnehmer/innen ohne Migrationshintergrund. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Wissensstand zu sexuellen und reproduktiven Rechten

8. Diskussion

In Kapitel 8 wurden die zentralen Forschungsergebnisse zusammengefasst und die Forschungsfragen wurde beantwortet. Es wurden zudem Limitationen der Studie aufgezeigt und Überlegungen zu weiteren Untersuchungen, die an die vorliegende Forschung anknüpfen könnten in Kapitel 8.4. *Ausblick*, dargelegt.

Die vorliegende Studie wurden von den folgenden Forschungsfragen geleitet:

„Welche Faktoren beeinflussen den Wissensstand Jugendlicher und junger Erwachsener in Wien über Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte im Sinne der Sustainable Development Goals – *Gute Gesundheitsversorgung und Wohlergehen, Hochwertige Bildung und Gleichberechtigung der Geschlechter?*“

„Welche Informationsquellen nutzen Jugendliche und junge Erwachsene im Sinne der Sexualaufklärung?“ „Durch welche Faktoren wird die Wahl der Informationsquellen beeinflusst?“

„Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen für Jugendliche und junge Erwachsene bei der Sexualaufklärung?“ „Durch welche Faktoren wird die Wahl der Bezugspersonen beeinflusst?“

„Welche Wissensdefizite empfinden Jugendliche und junge Erwachsene zu Themen der Sexuellen und Reproduktiven Gesundheit und Rechten?“

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde nachfolgend zuerst ein Überblick über die Ergebnisse zu den Informationsquellen, und zu den Bezugspersonen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gegeben. Es wurden die wichtigsten Ergebnisse der Wissensbefragung und die subjektiv empfundenen Wissensdefizite bezüglich sexueller Themen beschrieben, und die Ergebnisse der Auswertung zum Einfluss der Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern auf den Wissenstand der Befragten vorgestellt.

8.1. Bezugspersonen und Informationsquellen der Aufklärung

In Kapitel 7.2.2. wurden die Ergebnisse zu den Informationsquellen der Aufklärung vorgestellt. Die Teilnehmer/innen gaben „Gespräche“, „das Internet“ und „den Schulunterricht“ am häufigsten als wichtige Informationsquellen für die Aufklärung an. Weibliche Teilnehmerinnen klärten sich öfter über Print- und audiovisuelle Medien, als die männlichen Teilnehmer auf. Dies deutet darauf hin, dass 14-25 jährige Mädchen und junge Frauen ihre Information zu Themen der Sexualität aus vielseitigeren Quellen als Jungen und junge Männer beziehen.

Der Vergleich der angekreuzten Informationsquellen zwischen den beiden Altersgruppen (14 – 18 und 19 – 25 Jahre) zeigte, dass für die Schüler/innen „der Schulunterricht“ sehr wichtig für die Aufklärung war (vgl. Kapitel 7.2.3.). Bei den jungen Erwachsenen ist „der Schulunterricht“ mit dem steigenden Alter in den Hintergrund getreten. Für diese Gruppe dienten „das Internet“ und „das eigene Erleben“ als wichtige Informationsquellen für die Aufklärung.

Diese Ergebnisse waren ähnlich zu den Ergebnissen der deutschen *Jugendsexualität 2015* Studie (Kapitel 7.2.3. / vgl. Bode & Heßling 2015:57), und bestätigen zudem die Aussagen in Kapitel 4. *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte*, dass die Schule einen beträchtlichen Teil an Sexuaufklärung übernimmt. Mit zunehmendem Alter werden Informationen zu intimen Themen im Internet aufgerufen, da weder Eltern noch Lehrpersonen diese Themen aufgreifen (vgl. Weidinger et al 2007:4).

Bei dem Vergleich der Informationsquellen, unter Berücksichtigung der Indikatoren Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern, konnte beobachtet werden, dass Teilnehmer/innen mit einem außereuropäischen Migrationshintergrund den Schulunterricht als wichtige Aufklärungsquelle öfter als europäische Befragte – einschließlich Österreich – wählten. Bei Teilnehmer/innen mit einem Elternteil aus einem Drittstaat war der Schulunterricht auf Platz eins als wichtigste Aufklärungsquelle, und bei Befragten aus Österreich / EU / EFTA war der Schulunterricht auf dem dritten Platz (vgl. Kapitel 8.2.2.).

In Kapitel 7.2.4. wurden die Ergebnisse der Befragung zu den Bezugspersonen der Sexuaufklärung präsentiert. Die am häufigsten genannten Bezugspersonen waren „die beste Freundin / der beste Freund“ auf dem ersten, „die Lehrperson“ auf dem zweiten und „die Mutter“ auf dem dritten Platz. Weibliche Teilnehmerinnen haben im Vergleich zu den männlichen Teil-

nehmern „den Arzt / die Ärztin“ als eine weitere wichtige Ansprechperson genannt. Die Ergebnisse der jungen Erwachsenen zeigten, dass mit dem Alter „der / die Partner/in“ mehr an Bedeutung gewonnen hat. Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten wendeten sich häufiger an die Mutter und an die Lehrperson in Bezug auf Aufklärung als Teilnehmer/innen aus bildungsfremderen Schichten. Teilnehmer/innen, deren Mutter keine Matura hat, klärten sich signifikant öfter durch das Internet auf, als Teilnehmer/innen, deren Mutter mindestens die Matura hat. Daraus könnte geschlossen werden, dass je gebildeter die Mutter ist, desto eher wird sie oder die Lehrperson in sexuellen Fragen von den Befragten herangezogen.

In den Kapiteln 4.1. *Sexualpädagogik*, 4.4. *Entstehungsgeschichte der reproduktiven Rechte* und 6.2. *Hochwertige Bildung* wurde der Lehrperson eine wichtige Bedeutung für die Sexualaufklärung zugesprochen (vgl. Weidinger et al 2004:4, *Grundsatzertlass Sexualpädagogik* 2015 (vgl. BBWF 2019:4), Wazlawik et al 2017:1041, Haberland & Rogow 2014:15, ^bUNFPA 2019 ^cBundeskanzleramt 2019). Die Ergebnisse des Kapitels 7.2.4. haben diese Aussage bestätigt.

Zusammengefasst haben etwa drei Viertel der Befragten angegeben, dass ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend aus dem Schulunterricht stammen, und fast die Hälfte der Befragten, nannte die Lehrperson als wichtige Bezugsperson für diese Themen (vgl. Kapitel 7.2.2. / 7.2.4.). Diese Ergebnisse zeigen, dass der Schulunterricht, wie in den Kapiteln 4.1. *Sexualpädagogik*, 4.4. *Entstehungsgeschichte der reproduktiven Rechte* und 6.2. *Hochwertige Bildung* beschrieben, eine wichtige Plattform für die Vermittlung von Kenntnissen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit darstellt. Da das Internet eine große Rolle bei der Aufklärung junger Menschen spielt, ist es von großer Bedeutung, im Rahmen des Schulunterrichtes Fehlinformationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten aus dem Internet zu korrigieren und klarzustellen (WHO Regionalbüro für Europa 2011:25)

8.2. Zusammenfassung der Ergebnisse der Wissensbefragung

Im theoretischen Teil der Arbeit wurde beschrieben, dass internationale Organisationen feststellten, dass Jugendliche und junge Erwachsene erhebliche Lücken zu Themen der reproduktiven Gesundheit und Rechten aufweisen, wodurch sie anfällig für sexuell übertragbare Krankheiten und ungewollte Schwangerschaften werden (vgl. WHO Europe 2010, vgl. Kapitel 4.1. *Sexualpädagogik*, 6. *Sexuelle und reproduktive Gesundheit in den SDGs*). In den Sustainable

Development Goals der Agenda 2030 verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen zu Maßnahmen, welche die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte stärken sollen. Sexualunterricht in der Schule verbindet Bildung mit Gesundheit, und ist essentiell für die Steigerung von Gesundheit und Geschlechtergleichstellung und somit ein wichtiges Instrument bei der Erreichung der SDGs (vgl. Kanem 2017:o.S.).

Das Ziel des Sexualunterrichts ist laut WHO, Kindern und Jugendlichen Kenntnisse zu allen Aspekten der Sexualität, gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft, zu vermitteln, und die Schüler/innen dabei zu unterstützen, eine respektvolle und tolerante Haltung, sowie Kompetenzen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu entwickeln (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2011:5).

In Kapitel 6.2.2. wurde beschrieben, dass in Österreich für Kinder und Jugendliche der Zugang zu Bildung und daher zum Sexualunterricht gesichert ist (Sachs et al 2019). Die Datenerhebung der vorliegenden Studie hat gezeigt, dass der Sexualunterricht an Schulen eine große Rolle für die Teilnehmer/innen spielte, welches nachfolgend beschrieben wurde: „Die Lehrperson“ wurde insgesamt von 40 Prozent aller Teilnehmer/innen (14 – 25 Jahre) und von 46 Prozent der Schüler/innen (14 – 18 Jahre) als wichtige Person bei der Aufklärung bezeichnet (Kapitel 7.2.4.). „Der Schulunterricht“ wurde insgesamt von 67 Prozent aller Teilnehmer/innen und von 77 Prozent der Schüler/innen als wichtige Informationsquelle, für Themen der Sexualpädagogik, genannt (Kapitel 7.2.2.). Im Lehrplan für die AHS wurde festgehalten, dass bereits in der ersten Klasse der Unterstufe biologische Aspekte, einschließlich der Reproduktionsphysiologie (Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt, usw.), behandelt werden (Kapitel 4.2.). Es haben zudem rund 60 Prozent der Befragten angegeben, dass sie genügend über die Themen der Reproduktionsphysiologie wissen (Kapitel 7.7.).

Die Auswertung der Wissensbefragung in Kapitel 7.3.3. hat gezeigt, dass die meisten Teilnehmer/innen Fragen zu den Geschlechtsorganen und zur körperlichen Entwicklung von Jugendlichen richtig beantwortet haben. Es wurden jedoch große Wissensdefizite zu Themen, welche die Reproduktionsphysiologie betreffen, festgestellt. Etwa die Hälfte der Befragten haben angegeben, dass „Oralsex“, „Analverkehr“ oder „eine gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand“ zu einer Schwangerschaft führen kann. Etwa jede/r Zehnte war sogar der Ansicht, dass alle drei sexuellen Aktivitäten in einer Schwangerschaft resultieren könnten (Kapitel 7.3.2.).

Ein Drittel der Teilnehmer/innen wusste nicht, zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus, eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden kann (Kapitel 7.3.1). Nur etwa zwei Drittel der Befragten haben der Aussage widersprochen, dass sowohl Frauen als auch Männer, ab dem Alter von 60 Jahren, die Fähigkeit zur Fortpflanzung verlieren (Kapitel 7.3.3.).

Der Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten hat einen hohen Stellenwert in den SDGs, da unter anderem die Europäische Region im Fokus der WHO, vor Herausforderungen in Bezug auf sexuelle Gesundheit steht. Dies wurde durch steigende Raten von sexuell übertragbaren Krankheiten begründet (vgl. WHO Europe 2010:5; Kapitel 7.).

In Kapitel 6.1. wurde beschrieben, dass in Österreich laut dem SDG-Index der Bertelsmann Stiftung von 2019 und dem Bericht der Statistik Austria zu den SDGs, das Ziel 3, *Gesundheit und Wohlergehen*, erreicht war. Es geht aus den Berichten nicht hervor, dass sich die Hepatitis B Infektionen in Österreich von 2012 bis 2017 um etwa 10 Prozent erhöht haben (vgl. ^aStatistik Austria 2018). Zudem haben bei der Frage, nach den subjektiv empfundenen Informationsdefiziten, alle Teilnehmer/innen das Thema „sexuell übertragbare Krankheiten“ am häufigsten genannt (Kapitel 7.7.).

Neben den biologischen Aspekten gehört Bildung über sexuell übertragbare Krankheiten, laut österreichischem Lehrplan für die AHS, zum Sexualunterricht. Allerdings wurde aus dem Lehrplan nicht ersichtlich, welche Inhalte über sexuell übertragbare Krankheiten gelehrt werden sollen. Es wurde ausschließlich die „AIDS Prophylaxe“ als konkreter Punkt genannt (Kapitel 4.2.). Die Schüler/innen haben angegeben, dass biologische Aspekte mehr Aufmerksamkeit als Geschlechtskrankheiten im Schulunterricht bekommen (Kapitel 7.2.6.). Die Wissensbefragung zu den sexuell übertragbaren Krankheiten hat bei den Fragen zur Prävention zwar gute Kenntnisse gezeigt, es wurden jedoch große Wissensmängel bei einzelnen Fragen ersichtlich, wodurch die subjektiv empfundenen Wissensdefizite bestätigt wurden (Kapitel 7.4.1. / 7.7.). Demnach haben drei Viertel der Teilnehmer/innen nicht gewusst, dass das Humane Papillomavirus (HPV) nicht nur bei einer Frau, sondern auch beim einem Mann zu einem Genitalkarzinom führen kann. Etwa die Hälfte der Befragten hatten eine falsche Auffassung in Bezug auf die Sicherheit von Kondomen, als Schutz vor STIs, gezeigt und haben angegeben, dass Kondome vor allen Geschlechtskrankheiten einen Schutz bieten. Es haben ein Drittel der Teilnehmer/innen nicht gewusst, dass eine sexuell übertragbare Krankheit während der Schwangerschaft, dem Baby schaden kann (Kapitel 7.4.1.).

Bei den Fragen zum Thema „Menschenrechte und Sexualität“ haben die Teilnehmer/innen die Option „nicht sicher“ vermehrt gewählt. Ein Viertel der Befragten war sich beispielsweise nicht sicher, ob Jugendliche ohne Zustimmung ihrer Eltern, Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdiensten haben (Kapitel 7.6.3.).

Insgesamt wurden Fragen zu sexuellen und reproduktiven Rechten zum Großteil richtig beantwortet. Die meisten Teilnehmer/innen waren zudem der Meinung, dass die Gleichstellung der Geschlechter ein Grundrecht ist, dass sie für die Schaffung einer faireren Gesellschaft notwendig ist, um die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen zu bekämpfen, und dass sie den Frauen helfen wird, wirtschaftlich unabhängiger zu werden. Nur der Aussage, dass die Wirtschaft durch einen Anstieg des Anteils von Frauen auf dem Arbeitsmarkt wachsen wird, haben insgesamt fast die Hälfte der Teilnehmer/innen nicht zu stimmen (Kapitel 7.6.1.).

Der Summenscore der Wissensbefragung zu allen drei Bereichen – biologische Aspekte, sexuell übertragbare Krankheiten, und zu Menschenrechte und Sexualität – hat eine rechtsschiefe Verteilung gezeigt, da die Fragen insgesamt häufiger richtig als falsch beantwortet wurden. Das deutet darauf hin, dass die Wissensbefragung leicht zu beantworten war, wodurch ein hoher Score zu erwarten gewesen wäre. Es waren trotzdem vor allem bei einzelnen Unterfragen zu biologischen Aspekten und sexuell übertragbaren Krankheiten grobe Wissensmängel ersichtlich (Kapitel 7.3.5. / 7.4.2. / 7.6.4.).

Eine mögliche Erklärung für die Wissensdefizite könnte sein, dass Informationen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit oft im Internet aufgerufen werden. Diese Vermutung bestätigen auch die Ergebnisse der Befragung, da „das Internet“ nach den „Gesprächen“ von allen Teilnehmern/innen als häufigste Informationsquelle für Aufklärung genannt wurde (Kapitel 7.2.2.). Die WHO kritisiert die Nutzung des Internets zu Zwecken der Aufklärung, da Informationen, die die Sexualität betreffen, im Internet häufig verzerrt, unausgewogen und unrealistisch wiedergegeben werden (vgl. Kapitel 4.1.).

8.3. Welche Faktoren beeinflussen den Wissensstand?

In Kapitel 7 wurde ein Summenscore für die richtigen Antworten bei der Wissenserhebung zu biologischen Aspekten, sexuell übertragbaren Krankheiten, und zu sexuellen und reproduktiven Rechten gebildet. Anschließend wurde ein Vergleich dieser Punkteanzahl in Bezug auf die Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern, durchgeführt (vgl. Kapitel 2.2. / 7.3.4. / 7.4.2. / 7.6.4.).

Der Vergleich des Summenscores für *biologische Aspekte* und für *sexuell übertragbare Krankheiten*, hat ähnliche Ergebnisse gezeigt: Es konnten keine signifikanten Unterschiede in der erreichten Punktezahl in Hinblick auf den Indikator Geschlecht festgestellt werden (Kapitel 7.3.4. / 7.4.2.). Es gab signifikante Unterschiede im Wissenstand der Teilnehmer/innen, zwischen den Altersgruppen: junge Erwachsene (19-25 Jahre) hatten mehr Punkte im Summenscore als die Schüler/innen (14-18 Jahre) erreicht (Kapitel 7.3.4. / 7.4.2.). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass wie in Kapitel 4.1 beschrieben wurde, mit zunehmendem Alter, junge Menschen sich mehr für die Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit interessieren und sich, aufgrund der zunehmenden Erfahrung, mit den Themen auseinandersetzen. Es haben beispielsweise junge Erwachsene signifikant öfter angegeben, dass „der/die Partner/in“ eine wichtige Bezugsperson ist und „das eigene Erleben“ eine wichtige Informationsquelle für Themen der Aufklärung darstellt (Weidinger et al 2004:4 / Kapitel 4.1. / 7.2.2. / 7.2.4.).

Der Vergleich der richtig beantworteten Fragen, zu biologischen Aspekten unter Berücksichtigung des Bildungshintergrundes der Eltern in *Kapitel 7.3.4.*, hat einen signifikanten Unterschied zwischen Teilnehmer/innen, deren Vater mindestens eine Matura hat, und Teilnehmer/innen, deren Vater keine Matura hat, gezeigt. Die Auswertung hat ergeben, dass Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten eine höhere Punktezahl als Teilnehmer/innen aus bildungsfremderen Schichten erreicht haben. Bei einem Vergleich der Punktezahl in Bezug auf den Bildungshintergrund der Mutter konnten keine signifikanten Unterschiede festgemacht werden.

Diese Erkenntnisse widersprechen den Ergebnissen bei der Befragung der Teilnehmer/innen nach den wichtigen Bezugspersonen der Aufklärung (Kapitel 7.2.2.). Die Mutter wurde von etwa 40 Prozent als eine wichtige Bezugsperson bezeichnet, wohingegen der Vater – mit etwa 10 Prozent der Nennung – kaum an Bedeutung fand. Trotzdem wurde der Wissensstand der

Teilnehmer/innen zu *biologischen Aspekten* von dem Bildungshintergrund des Vaters und nicht der Mutter bestimmt. Bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse wurde deutlich, dass der Unterschied der Summenscores sich maßgeblich durch den Bildungshintergrund des Vaters ergab: die Teilnehmer/innen, deren Vater keine Matura hat, haben im Vergleich zu Teilnehmer/innen, deren Mutter keine Matura hat, bei der Wissensbefragung deutlich schlechter abgeschnitten. Die Teilnehmer/innen aus bildungsnahen Schichten, das heißt beide Elternteile haben mindestens eine Matura, haben eine ähnliche Punktezahl erreicht (vgl. Kapitel 7.2.2./7.3.5.).

Zusammengefasst hatte der Bildungshintergrund des Vaters stärkeren Einfluss auf den Wissensstand der Teilnehmer/innen als der Bildungshintergrund der Mutter.

Bei dem Vergleich des Summenscores für sexuell übertragbare Krankheiten in Bezug auf den Migrationshintergrund konnten signifikante Unterschiede im Wissensstand zwischen den Teilnehmer/innen mit Migrationshintergrund und ohne Migrationshintergrund festgestellt werden. Teilnehmer/innen mit Vätern aus Drittstaaten haben signifikant weniger Punkte im STI Summenscore erreichten im Vergleich zu jenen mit Vätern aus Österreich.

Es gab einen signifikanten Unterschied bezüglich des Summenscores für STIs zwischen den Müttern unterschiedlicher Herkunft. Teilnehmer/innen mit einer Mutter aus EU/ EFTA Ländern hatten mehr Punkte im STI Summenscore im Vergleich zu Teilnehmer/innen mit einer Mutter aus Drittländern (Kapitel 8.4.2.).

Es konnten keine signifikanten Unterschiede beim dem Vergleich des Summenscores zu sexuellen und reproduktiven Rechten, in Hinblick auf die Indikatoren Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern, festgestellt werden (Kapitel 7.6.4.).

Der Wissensstand der Teilnehmer/inne wurde von verschiedenen Faktoren, abhängig von dem abgefragten Thema, beeinflusst. Das Alter der Befragten war ausschlaggebend für die Beantwortung der Fragen zu *biologischen Aspekten* und zu *sexuell übertragbaren Krankheiten*. Der Wissensstand zu *biologischen Aspekten* wurde beeinflusst durch den Bildungshintergrund des Vaters. Der Migrationshintergrund spielte eine Rolle bei dem Wissensstand zu *sexuell übertragbaren Krankheiten*. Das Geschlecht hat den Wissensstand der Teilnehmer/innen nicht signifikant beeinflusst.

Es gab keine signifikanten Unterschiede im Wissensstand zu sexuellen und reproduktiven Rechten.

8.4. Ausblick

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass der Sexualunterricht in der Schule ein wichtiges Instrument bei der Erreichung der Sustainable Development Goals darstellt, da hier Schüler/innen zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gebildet werden und durch die Lehrperson eine wichtige Ansprechperson auf diesem Gebiet haben (Kapitel 4.1./7.2.2/7.2.4.). Faktoren wie Bildung, Sozialstatus und Einkommen haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit. Migrant/innen weisen oftmals eine schlechtere Gesundheit auf, als Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede können auf Faktoren, wie sozioökonomischer Status aber auch auf den Lebensstandard und die Verteilungsgerechtigkeit im Herkunftsland zurückgeführt werden (vgl. Kapitel 6.4.2. / Waxenegger et al 2017:128 / Riedler 2017:117). In den Resultaten der vorliegenden Studie wurden Ungleichheiten im Wissen zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit und ohne Migrationshintergrund, und zwischen jungen Menschen aus bildungsnahen und bildungsfremderen Schichten festgestellt. In dem Sustainable Development Goal 10, *Reduzierte Ungleichheiten*, wird gefordert, dass alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Behinderung, Rasse, Ethnizität, Herkunft, Religion oder wirtschaftlichem oder sonstigem Status zur Selbstbestimmung befähigt werden und ihre soziale, wirtschaftliche und politische Inklusion gefördert wird (vgl. Kapitel 6.4.1. / °Bundeskanzleramt 2019).

In Bezug auf das Sustainable Development Goal 5, *Gleichberechtigung der Geschlechter*, könnten in einer weiteren Studie die Gründe erforscht werden, weshalb etwa die Hälfte der Befragten der Aussage „die Wirtschaft wird wachsen, wenn es mehr Frauen auf dem Arbeitsmarkt gibt“ nicht zustimmen konnte. Dies würde ermöglichen, Unklarheiten und Missverständnisse zu klären (Kapitel 6.3./7.6.1.).

Die Auswertung der vorliegenden Studie hat ergeben, dass der Bildungshintergrund des Vaters stärkeren Einfluss auf den Wissenstand der Teilnehmer/innen als der Bildungshintergrund der Mutter hat. Dies war widersprüchlich zu den Ergebnissen in *Kapitel 7.2.2.*, die zeigten, dass die Mutter als eine der wichtigsten Bezugspersonen der Aufklärung von den jungen Menschen bezeichnet wurde. Der Vater wurde hingegen nur in wenigen Fällen als wichtige Bezugsperson genannt (vgl. Kapitel 7.2.2./7.3.5.). In einer weiteren Studie könnten diese Erkenntnisse weiter erforscht werden, wie zum Beispiel weshalb der sozioökonomische Hintergrund des Vaters den Wissenstand bestimmt.

Es ist zudem notwendig Ungleichheiten zu bekämpfen, indem heteronormative Rollenbilder kritisch hinterfragt werden: Die Ziele der Agenda 2030 zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten wurde von dem Aktionsprogramm der Internationalen Bevölkerungskonferenz geleitet. Trotz der Kritik an der ICPD, dass das Aktionsprogramm heteronormative Gesellschaftsbilder vermittelte, wurden diese in der Agenda 2030 übernommen (vgl. Kapitel 4.4.). Die Sustainable Development Goals wurden von dem Prinzip „leaving no one behind“ geleitet, welches besonders relevant für LGBTQI+ Personen, die von nationalen und internationalen Entwicklungsinitiativen immer wieder zurückgelassen wurden. LGBTQI+ wurden durch diskriminierende Gesetze, Projekte, die ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigen und negative soziale Einstellungen benachteiligt. Weltweit können Auswirkungen dieser Benachteiligung, wie niedrigeres Einkommen, schlechtere Gesundheit und weniger Bildung, verzeichnet werden. LGBTQI+ Personen werden von der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung, wie bei Präventivmaßnahmen – dem Sexualunterricht, ausgeschlossen. Dies kann dazu führen, dass LGBTQI+ Personen anfälliger für sexuell übertragbare Krankheiten, wie zum Beispiel HIV, werden. In der Agenda 2030 wurden diese Themen jedoch nicht angesprochen. Ungleichheiten können nicht bekämpft werden, solange diese Probleme nicht direkt angesprochen werden (vgl. Kapitel 4.3. / United Nations 2015, Dorey 2015:1).

In Österreich haben grundsätzlich alle Kinder Zugang zum Schulsystem, und können dort von den Lehrpersonen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit informiert werden (vgl. Kapitel 6.4.2.). Damit alle Schüler/innen erreicht werden können, müssen faire Ausgangsbedingungen geschaffen werden und der benachteiligte Teil der Bevölkerung gestärkt werden, um gleiche Gesundheitschancen für die Gesellschaft zu gewährleisten.

Nachteile im Wissenstand der Schüler/innen, die durch den sozioökonomischen Hintergrund entstehen könnten, können im Schulunterricht durch inklusiven Unterricht möglicherweise ausgeglichen werden (Kapitel 4.1./6.2./6.4.).

In einer weiteren Studie könnte erforscht werden, genau welche Inhalte Lehrpersonen im Schulunterricht, vor allem zu sexuell übertragbaren Krankheiten und zur Reproduktionsphysiologie, vermitteln, beziehungsweise auf welche Schwierigkeiten Lehrpersonen bei der Vermittlung dieser Themen stoßen. Diese Forschung könnte helfen, den Unterricht noch effektiver zu gestalten und damit Ungleichheiten im Wissenstand auszugleichen.

Eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung des Sexualunterrichts könnte die Einführung regelmäßiger Evaluierungen des Sexualunterricht darstellen, wodurch Wissensmängel erkannt

und notwendige Schritte eingeleitet werden könnten. Die Autoren/innen der Studie *Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements* (vgl. Kumar et al 2013) haben in ihrer Conclusio ebenfalls regelmäßige Evaluierungen des Sexualunterrichts vorgeschlagen, da die Befragten der kanadischen Studie ähnliche Wissensdefizite wie die Befragten der vorliegenden Studie zeigten. Die kanadische Studie hat für einen detaillierten Vergleich auf Fragebene zu wenige Daten veröffentlicht. Es zeigte sich jedoch, dass in einigen Aspekten Österreicher besser als die Kanadier abgeschnitten haben, und in anderen Aspekten war es umgekehrt. Insgesamt betrachtet war das Niveau in beiden Ländern niedrig, und bei einzelnen Fragen waren die Wissenslücken gleichermaßen groß.

Da im Grundsatzrlass für Sexualpädagogik und im Lehrplan für die AHS keine deutlichen Vorgaben für den Sexualunterricht angegeben werden, wird der Unterricht und die zu behandelnden Themen von der jeweiligen Lehrperson bestimmt (Kapitel 4.1.). Das Fehlen von genaueren Richtlinien und Vorgaben kann dazu führen, dass Wissensdefizite, beispielsweise zu sexuell übertragbaren Krankheiten, entstehen. Eine Einführung von genaueren Richtlinien und Vorgaben könnte zu einer Verbesserung des Unterrichts, und somit des Wissenstandes Jugendlicher und junger Erwachsener, beitragen.

8.5. Limitationen

Die Befragung der Schüler/innen (14-18 Jährige) fand bei den Direktor/innen der Wiener Gymnasien wenig Zuspruch, da der Schulgemeinschaftsausschuss einer Befragung zu Sexualität nicht zugestimmt hat. Außerdem wurden im Zeitraum der Befragung, die Schulen in Wien in Zusammenhang mit CoVid-19 gesperrt. Daher konnte die Befragung nur an einer Schule durchgeführt werden. Aufgrund der kleinen Stichprobe (n=137) der Schüler/inne ist es daher nicht möglich, von den Ergebnissen auf die Bevölkerung in Wien zu schließen. Die Befragung zu den Informationsquellen (Kapitel 7.2.3.) und Bezugspersonen (Kapitel 7.2.5.) Jugendlicher und der jungen Erwachsenen bezüglich der Aufklärung, die Erfassung von Themen im Sexualunterricht in der Schule (Kapitel 7.2.6.), sowie die Erhebung der subjektiv empfundenen Informationsdefiziten (Kapitel 7.7.1.) zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, wurden der *Jugendsexualität 2015* Studie aus Deutschland entnommen. Der Vergleiche der Ergebnisse dieser Themen haben eine hohe Übereinstimmung ergeben; die Ergebnisse konnten Großteils repliziert werden. Aufgrund der sehr ähnlichen Ergebnisse mit Deutschland, zeigt

sich eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse und damit verbunden die Möglichkeit, der Übertragbarkeit von Ergebnissen und Schlussfolgerungen auf die Situation anderer Schulen.

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
EU	Europäische Union
EFTA	European Free Trade Association
HIV	Human immunodeficiency virus
ICACS	International Contraception, Abortion and Sterilisation Campaign
ICPD	International Conference on Population and Development
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IUD	Inter Uterine Device
MDG	Millennium Development Goals
NGO	Non-Governmental Organization
SDG	Sustainable Development Goals
STD	Sexual Transmitted Disease
Stgb	Strafgesetzbuch
STI	Sexual Transmitted Infection
SRG	Sexuelle und Reproduktive Gesundheit
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNSTATS	United Nations Statistics Division
WHO	World Health Organization
WGNRR	Women's Global Network for Reproductive Rights

Literaturverzeichnis

Bücher

Antonius, Rachad. 2003. Interpreting Quantitative Data with SPSS. London: Sage Publications

Arzt, Silvia / Brunbauer, Cornelia / Schartner, Bianca. 2018. Sexualität, Macht und Gewalt in pädagogischen Diskursen und Kontexten. Anstöße aus der Gender-Forschung für die sexualpädagogische (Präventions-) Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Arzt, Silvia / Brunbauer, Cornelia / Schartner, Bianca (Hsg.). Sexualität, Macht und Gewalt. Wiesbaden: Springer. S: 7-20.

Benesch, Thomas. 2009. Der Schlüssel zur Statistik. Datenbeurteilung mithilfe von SPSS. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Brand, Ulrich / Görg, Christoph. 2002. „Nachhaltige Globalisierung“? Sustainable Development als Kitt des neoliberalen Scherbenhaufens. In: Brand, Ulrich / Görg, Christoph (Hg.). Mythen globalen Umweltmanagements: „Rio+ 10“ und die Sackgassen nachhaltiger Entwicklung. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Brautigam, Christine. 2002. International Human Rights Law: The Relevance of Gender. In: Benedek, Wolfgang / Kisaakye, Esther / Oberleitner, Gerd (Hsg.). Human Rights of Women. International Instruments and African Experience. London / New York: Zed Books. S. 3-30.

Bühl, Achim. 2008. SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium.

Büttner, Gerhard. 2008. Fragebögen und Ratingskalen. In: Schneider, Wolfgang / Hasselhorn, Marcus (Hsg.). Handbuch der Pädagogischen Psychologie. Hogrefe Verlag. S: 282 – 290.

Connelly, Matthew. 2008. Fatal Misconception. The Struggle to Control World Population. Cambridge / London: The Belknap Press of Harvard University Press.

Corder, Gregory / Foreman, Dale. 2009. Nonparametric Statistics for Non-Statisticians. A Step-By-Step Approach. New Jersey: John Wiley & Sons.

Correa, Sonia / Petchesky, Rosalind / Parker, Richard. 2008. Sexuality, Health and Human Rights. London / New York: Routledge.

David, Matthew / Sutton, Carole. 2004. Social Research. The Basics. London: Sage Publications.

Derooin, Julien / Neyer, Jürgen. 2016. Governance in staatsübergreifenden Räumen. In: Lembcke, Oliver / Rotzi, Claudia / Schaal, Gary (Hsg.). Zeitgenössische Demokratietheorie. Wiesbaden: Springer VS.

Diaz – Bone, Rainer. 2019. Statistik für Soziologen. München: UVK Verlag.

Harcourt, Wendy. 2009. Body Politics in Development. Critical Debates in Gender and Development. London / New York. Zed Books.

Hartung, Joachim / Elpelt, Bärbel / Klösener, Karl-Heinz. 2009. Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik. München: Oldenbourg Verlag.

Hvistendahl, Mara. 2013. Das Verschwinden der Frau. Selektive Geburtenkontrolle und die Folgen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Kastenholz, Hans / Erdmann, Karl-Heinz / Wolff, Manfred. 2013. Perspektiven einer nachhaltigen Entwicklung – Eine Einführung. In: Kastenholz, Hans / Erdmann, Karl-Heinz / Wolff, Manfred (Hg.). Nachhaltige Entwicklung. Zukunftschancen für Mensch und Umwelt. Berlin / Heidelberg: Springer. S: 1-9.

Joachim. Jutta. 2007. Agenda Setting, the UN, and NGOs. Gender Violence and Reproductive Rights. Washington D.C.: Georgetown University Press.

Kaumanns, Sven / Blumers, Miriam. 2016. UN-Nachhaltigkeitsziele: Umfassende Ziele, ambitionierte Indikatoren? In: Meonel, Gotthard / Förtsch, Daniela / Schwarz, Steffen / Krüger, Tobias (Hsg.). Flächennutzungsmonitoring VIII. Flächensparen – Ökosystemleistungen – Handlungsstrategien. Berlin: Rhombos, IÖR Schriften 69. S: 3-9.

Kersting, Martin / Heyse, Helmut. 2004. Anforderungen an die Qualität der Verfahren. In: Hornke, Lutz / Winterfeld, Ulrich (Hsg.). Eignungsbeurteilungen auf dem Prüfstand: DIN 33430 zur Qualitätssicherung. S: 43 – 54. In: URL: https://www.researchgate.net/profile/Martin_Kersting/publication/298214980_Anforderungen_an_die_Qualitat_der_Verfahren/links/56e72d0108ae85e780cfdc26/Anforderungen-an-die-Qualitaet-der-Verfahren.pdf . Stand: 10.01.2020

Koenig, Matthias. 2005. Menschenrechte. Frankfurt / New York: Campus Verlag.

Kuckartz. Udo / Rädiker, Stefan / Ebert, Thomas / Schehl, Julia. 2013. Statistik. Eine verständliche Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Laszlo, Pinter / Kok, Marcel / Almassy, Dora. Measuring Progress in Achieving the Sustainable Development Goals. In: Kanie, Norichika / Biermann, Frank (Hsg.). Governing through Goals. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. S: 99-135.

Litz, Hans Peter. 2003. Statistische Methoden in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. München / Wien: Oldenbourg Verlag.

Manderscheid, Katharina. 2012. Sozialwissenschaftliche Datenanalyse mit R. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Matthäus, Wolf-Gert / Schulze, Jörg. 2008. Statistik mit Excel. Beschreibende Statistik für jedermann. Wiesbaden: Teubner Verlag.

Nelson. Jennifer. 2015. More than Medicine. A history of the Feminist Women's Health Movement. New York / London: New York University Press.

Oerter, Rolf / Montada, Leo. 1995. Entwicklungspsychologie. Weinheim.

- Paier, Dietmar. 2011. Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Pflaumer, Peter / Heine, Barbara / Hartung, Joachim. 2009. Deskriptive Statistik. München: Oldenbourg Verlag
- Rasch, Björn / Frieze, Malte / Hoffmann, Wilhelm / Naumann, Ewald. 2010. Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Berlin / Heidelberg: Springer Verlag.
- Redclift, Michael. 2003. Sustainable Development. Exploring the Contradictions. London / New York: Taylor & Francis Group.
- Roseman, Jane / Reichenbach, Laura. 2009. Reproductive Health and Human Rights. The Way Forward. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Rühle, Elke. 2016. Jugendsexualität in südafrikanischen Townships in Zeiten von HIV und AIDS. Marburg: Tectum Verlag.
- Sachs, Jeffrey. 2015. The Age of Sustainable Development. New York: Columbia University Press.
- Schäfer, Thomas. 2016. Methodenlehre und Statistik. Einführung in Datenerhebung, deskriptive Statistik und Inferenzstatistik. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Scheibelhofer, Paul. 2018. „Du bist schwul! Homophobie und Männlichkeit in Schulkontexten. In: Arzt, Silvia / Brunnauer, Cornelia / Schartner, Bianca (Hsg.). Sexualität, Macht und Gewalt. Wiesbaden: Springer. S: 35-50.
- Schultz, Susanne. 2006. Hegemonie – Gouvernamentalität – Biomacht. Reproduktive Risiken und die Transformation internationaler Bevölkerungspolitik. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- Schermelleh-Engel, Karin / Werner, Christina. 2012. Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In: Moosbrugger, Helfried / Kelava, Augustin (Hsg.). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag. S: 119 – 140.
- Sheill, Kate. 2008. Sexual rights are human rights. In: Cornwall, Andrea / Correa, Sonia / Jolly, Susie (Hsg.). Development with a Body. ¹Sexuality, Human Rights & Development. London / New York: Zed Books. S. 45-53.
- Von Hauff, Michael. 2014. Nachhaltige Entwicklung. Grundlagen und Umsetzung. München: De Gruyter Oldenbourg.
- Watkins, Elizabeth. 1998. On the Pill. Baltimore / London: The John Hopkins Press.
- Weidinger, Bettina / Kostenwein, Wolfgang / Dörfler, Daniela. 2004. Sexualität in Beratungsgesprächen. Wien: Springer-Verlag.
-

Young, Oran. 2017. Conceptualizations: Goal Setting as a Strategy for Earth System Governance. In: Kanie, Norichika / Biermann, Frank (Hsg.). Governing through Goals. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology. S:31-53.

Zampas, Christina. 2018. Legal and Political Discourse on Women's Right to Abortion. In: DeZordo, Silvia / Mishtal, Joanna / Anton, Loreen (Hsg.). A Fragmented Landscape. Abortion Governance and protest Logics in Europe. New York / Oxford: Berghahn Books. S. 20-32

Zöfel, Peter. 2001. Statistik verstehen: ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung. München: Addison – Wesley.

Strategiepapiere/ Grundsatzvereinbarungen/ Gesetze

Barclay, Heather / Dattler, Raffaella / Lau, Katie / Abdelrhim, Shadia / Marshall, Alison / Feeney, Laura. 2015. Sustainable Development Goals. A SRH CSO guide for national implementation. London: IPPF.

Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung. 2019. Grundsatzterlass Sexualpädagogik. In: URL: https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulrecht/rs/1997-2017/2015_11.html . Stand: 13.11.2019

International Conference on Population and Development. 1994. Programme of Action. 20th Anniversary Edition. United Nations Population Fund.

Rechtsinformationssystem des Bundes. 2019. Bundesrecht konsolidiert: gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne – allgemeinbildende höhere Schulen. In: URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008568> . Stand: 13.11.2019

Rio+20 United Nations Conference on Sustainable Development. 2012. The Future We Want. Outcome Document of the United Nations Conference on Sustainable Development. In: URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/733FutureWeWant.pdf> . Stand: 10.10.2019

Schneider, Silke. 2015. Die Konzeptualisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen. Gesis. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. In: URL: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Messung_von_Bildung_Schneider_1.0_08102015.pdf . Stand: 27.10.2019

Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS). 2004. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. 3rd Edition. In: URL: <http://sexedu.org.tw/guideline.pdf> . Stand: 22.10.2019.

Sicherheitspolizeigesetz §38a. In: URL: <https://www.jusline.at/gesetz/spg/paragraf/38a> . Stand: 21.10.2019

Strafgesetzbuch Artikel § 97. In: URL: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029640> . Stand: 06.10.2019

United Nations. 1968. Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights. UN Doc. A/CONF. 32/41. In: URL: https://www.aaas.org/sites/default/files/SRHRL/PDF/IHRDArticle15/Proclamation_of_Teheran_Eng.pdf . Stand: 15.11.2019

United Nations Department of Public Information. 2001. Beijing Declaration and Platform for Action. New York: United Nations.

Wehinger, Sandra. 2018. Rechte und Pflichten im Zusammenhang mit Verschwiegenheit in sozialen Berufen. In: URL: https://www.ifs.at/fileadmin/user_upload/Dokumente/Dokumente_allgemein/Verschwiegenheit_in_sozialen_Berufen.pdf . Stand: 24.10.2019

World Health Organization. 2016. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. In: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf?ua=1 Stand: 26.09.2019

World Summit on Sustainable Development. 2002. Plan of Implementation. In: URL: <https://enb.iisd.org/2002/wssd/PlanFinal.pdf> Stand: 10.10.2019.

Studien von Nationalen / Internationalen Organisationen

Europäische Union. 2015. Spezial Eurobarometer 428. Gleichberechtigung der Geschlechter. In: URL: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_428_sum_de.pdf . Stand: 24.10.2019

Ketting, Evert / Ivanova, Olena. 2018. *Sexuality Education in Europe and Central Asia. State of Art and Recent Developments*. Federal Centre for Health Education / The International Planned Parenthood federation European Network: Köln. In: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/379054/BZgA_IPPFEN_ComprehensiveStudyReport_Online.pdf?ua=1 . Stand 20.09.2019

Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika. 2014. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit / Statistik Austria. In: URL: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/6/8/CH3961/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf . Stand: 3.12.2019

Magistratsabteilung 17. 2018. Daten und Fakten. Migrantinnen in Wien 2018. In: URL: <https://www.wien.gv.at/menschen/integration/pdf/daten-fakten.pdf> . Stand: 28.03.2020

Settelmeyer, Anke / Erbe, Jessica. 2010. Migrationshintergrund. Zur Operationalisierung des Begriffs in der Berufsbildungsforschung. Bonn: Schriftenreihe des Bundesinstitutes für Berufsbildung. In: URL: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/wd_112_migrationshintergrund.pdf . Stand: 25.05.2020

Steiner, Mario / Pessl, Gabriele / Wagner, Elfriede. 2011. ESF Beschäftigung Österreich 2007 – 2013. Bereich Erwachsenenbildung. Halbzeitbewertung 2011. Evaluierung im Auftrag des BMUKK. In: URL: https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3858/1/ESF_Halbzeitbewertung2011.pdf . Stand: 30.10.2019

URL

Birke, Roman. 2016. Kollektive oder individuelle Rechte? Menschenrechte und Überbevölkerung. In: fernetzt. URL: <https://www.univie.ac.at/fernetzt/kollektive-oder-individuelle-rechte-menschenrechte-und-ueberbevoelkerung/#a4> . Stand: 06.10.2019

^aBundeskanzleramt. 2019. Umsetzung der Agenda. In: URL: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/implementierung.html> . Stand: 14.10.2019

^bBundeskanzleramt. 2019. Monitoring Agenda 2030. In: URL: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/indikatoren-agenda-2030.html> . Stand: 14.10.2019

^cBundeskanzleramt. 2019. Ziele der Agenda 2030. In: URL: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/nachhaltige-entwicklung-agenda-2030/entwicklungsziele-agenda-2030.html> . Stand: 14.10.2019

Demokratiezentrum Wien. Verankerung der Menschenrechte auf internationaler Ebene. In: URL: <http://www.demokratiezentrum.org/themen/demokratiedebatten/kampf-der-kulturen/menschenrechte-auf-internationaler-ebene.html> . Stand: 15.11.2019

Dorey, Kit. 2015. The Sustainable Development Goals and LGBT Inclusion. In: Stonewall International. In: URL: <https://www.stonewall.org.uk/system/files/sdg-guide.pdf>. Stand: 25.06.2020

Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung. 2019. Grundsatzerlass Sexualpädagogik. In: URL: https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulrecht/rs/1997-2017/2015_11.html . Stand: 05.11.2019

Einecke, Dirk. 2012. Pap-test für den Mann. In: URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00092-018-1877-3.pdf> - Stand: 22.10.2019

Frehner, Andreas. 2011. Entwicklungsstrahl (Kommentar). Theorien der Entwicklung des Individuums in einer graphischen Gesamtschau. In: URL: http://jugendarbeit.ch/download/ewk_kommentar.pdf . Stand: 24.03.2020

Informationsdienst der Vereinten Nationen. 2010. Millenniums-Entwicklungsziele: Ein Überblick. Wien. In: URL: http://www.unis.unvienna.org/pdf/factsheets/MDGs_at_a_Glance_2010_de.pdf . Stand: 08.10.2019

Kanem, Natalia. 2017. Advancing Comprehensive Sexuality Education to Achieve the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: URL: <https://www.unfpa.org/press/advancing-comprehensive-sexuality-education-achieve-2030-agenda-sustainable-development> . Stand: 25.05.2020

Österreichischer Integrations Fonds. 2016. In: URL: <https://www.integrationsfonds.at/publikationen/zahlen-fakten-alt/migration-integration-schwerpunkt-kinder-und-jugend/> . Stand: 26.09.2019

Rammstedt, Beatrice. 2004. Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen. Eine Einführung. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim. In: URL: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to12br.pdf . Stand: 09.01.2020.

Rechtsinformationssystem des Bundes. 2018. In: URL: <https://www.ris.bka.gv.at/Geltende-Fassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008568&FassungVom=2018-09-01> . Stand: 22.10.2019

Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen für Westeuropa. 2010. UNO-Gipfeltreffen über die Millenniums-Entwicklungsziele. In: URL: http://www.unis.unvienna.org/pdf/factsheets/MDGs_Factsheet_2010_de.pdf . Stand: 08.10.2019

Sachs, Jeffrey / Schmidt-Traub, Guido / Kroll, Christian / Lafortune, Guillaume / Fuller, Grayson. 2019. Sustainable Development Report 2019. New York: Bertelsmann Stiftung und Sustainable Development Solutions Network (SDSN). In: URL: https://github.com/sdsna/2019GlobalIndex/blob/master/country_profiles/Austria_SDR_2019.pdf . Stand: 17.10.2019.

SIECUS. 2019. Our History. In: URL: <https://siecus.org/about-siecus/our-history/> . Stand: 22.10.2019

Stadt Wien. 2019. Rechtsinformation zu Gewalt in der Beziehung – Dein Körper. Dein Recht. In: URL: <https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/stichwort/gesundheit/dein-koerper-dein-recht/rechtsinformationen-gewalt.html> . Stand 24.10.2019

^aStatistik Austria. Indikatorenset zur Agenda 2030. Ziel 3. Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern. In: URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/internationales/agenda2030_sustainable_development_goals/un-agenda2030_monitoring/index.html . Stand: 17.10.2019

^bStatistik Austria. Indikatorenset zur Agenda 2030. Ziel 4: Inklusive, gleichberechtigte und hochwertige Bildung gewährleisten und Möglichkeiten lebenslangen Lernens für alle fördern. In: URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/internationales/agenda2030_sustainable_development_goals/un-agenda2030_monitoring/index.html . Stand: 17.10.2019

^cStatistik Austria. Indikatorenset zur Agenda 2030. Ziel 5: Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen. In: URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/internationales/agenda2030_sustainable_development_goals/un-agenda2030_monitoring/index.html . Stand: 21.10.2019

^dStatistik Austria. 2019. Ergebnisse im Überblick: Bildungsniveau der Bevölkerung. In: URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/bildung/index.html . Stand: 10.12.2019

Statistik Austria. 2018. Bruttojahreseinkommen von Frauen und Männern 2017. In: URL: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/einkommen/index.html . Stand: 10.12.2019

UNESCO. 2018. Quick Guide to Education. Indicators for SDG 4. In: URL: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/quick-guide-education-indicators-sdg4-2018-en.pdf> - Stand: 16.10.201

United Nations. 2019. Sustainable Development Goal 5. Achieve gender equality and empower all women and girls. In: URL: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5> - Stand: 16.10.2019

^aUNDP. 2019. Goal 3: Good Health and Well-being. In: URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html> Stand: 12.10.2019

^bUNDP. 2019. Goal 4: Quality Education. In: URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-4-quality-education.html> Stand: 12.10.2019

^cUNDP. 2019. Goal 5: Gender equality. In: URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html> Stand: 12.10.2019

^dUNDP. 2019. Goal 10: Reduced inequalities. In: URL: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-10-reduced-inequalities.html> Stand: 12.10.2019

^aUNFPA. 2019. International Conference on Population and Development. In: URL: <https://www.unfpa.org/icpd> . Stand: 05.10.2019

^bUNFPA. 2019. o.D. Sustainable Development Goals. In: URL: <https://www.unfpa.org/sdg> . Stand: 14.10.2019

UNICEF Österreich. 2017. UNICEF Innocenti Report Card 14: “Building the Future” – Kinder und die nachhaltigen Entwicklungsziele in reichen Ländern- Zentrale Ergebnisse für Österreich. Wien: Österreichisches Komitee für UNICEF. In: URL: https://unicef.at/fileadmin/media/Infos_und_Medien/Aktuelle_Studien_und_Berichte/RC14/RC14_Building_the_Future_-_Zusammenfassung_OEsterreich-UNICEF.pdf - Stand: 17.10.2019

United Nations. 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: URL: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E . Stand: 23.06.2020

UNSTATS. 2019. The Sustainable Development Goals Report 2019. In: URL: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019.pdf>

Weltgesundheitsorganisation regional Büro für Europa. In: URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> . Stand: 05.10.2019

World Health Organization. 2017. Fact sheets on sustainable development goals: health targets. Sexual and Reproductive Health. In: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348008/Fact-sheet-SDG-SRH-FINAL-04-09-2017.pdf?ua=1 . Stand: 05.10.2019.

World Health Organization. 2016. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. In: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf?ua=1 Stand: 26.09.2019

Who Regional Office for Europe and BZgA. 2010. Standards for Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialist. In: URL: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_English.pdf . Stand: 06.11.2019

Zeitschriftenartikel

Abrejo, Farina / Shaikh, Babar / Saleem, Sarah. 2008. ICPD to MDGs: Missing links and common grounds. In: Reproductive Health. 5:4. o.S. In: URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1742-4755-5-4.pdf> . Stand: 22.11.2019

Adinew, Yohannes / Worku, Abebaw / Mengesha, Zelalem. 2013. Knowledge of reproductive and sexual rights among University students in Ethiopia: institution-based cross-sectional. In: BMC International Health and Human Rights. In: URL: <https://bmcinthealthhumanrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-13-12#Tab3> . Stand: 24.10.2019

Barrense-Dias, Yara / Akre, Christina / Suris, Joan-Carles / Berchtold, André / Morselli, David / Jacot-Descombes, Caroline / Leeners, Brigitte. 2019. Does the primary Resource of Sex Education Matter? A Swiss National Study. The Journal of Sex Research. O.S.

Berer, Marge. 1997. Why reproductive health and rights: because I am a woman. In: Reproductive Health Matters. 5:10. S: 16-20. In: URL: [https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080\(97\)90078-1](https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080(97)90078-1) . Stand: 18.11.2019

Bode, Heidrun, Heßling, Angelika. 2015. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25 –Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: URL: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf> . Stand: 25.10.2019

Brotherhood, Angelina. Mapping substance use in everyday spaces (MASPA). Schriftlicher Fragebogen. In: URL: https://homepage.univie.ac.at/a0203460/maspa/MASPA_Fragebogen_print.pdf

Bunch, Charlotte / Dutt, Mallika / Fried, Susana. 1996. Beijing '95. A Global Referendum on the Human Rights of Women. In: Canadian Woman Studies / Les Cahiers De La Femme. 16:3. S: 7-12. In: URL: <https://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view-File/12087/11170> . Stand: 22.11.2019

Cook, Rebecca / Fathalia, Mahmoud. 1996. Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing. In: International Family Planning Perspectives. 22:3. S. 115 – 121.

Correa, Sonia. 1997. From reproductive health to sexual rights achievements and future challenges. In: Reproductive Health Matters. 5:10. S: 107-116. In: URL:

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2897%2990091-4?needAccess=true> . Stand: 16.11.2019

Depauli, Claudia / Plaute, Wolfgang. 2019. Sexualpädagogik in der Sekundarstufe I in Österreich. In: Zeitschrift für Sexualforschung. 32:02. In: URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0894-9400.pdf> . Stand: 06.11.2019

Doherty, Irene. 2011. Coitus Interruptus is not Contraception. In: Sexually Transmitted Disease. 38:4. S: 356.

Elder, Mark / Bengtsson, Magnus / Akenji / Lewis. 2016. An Optimistic Analysis of the Means of Implementation for Sustainable Development Goals: Thinking about Goals as Means. In: Sustainability. 8:9. S: 1-24.

Freedman, Lynn / Isaacs, Stephen. 1993. Human Rights and Reproductive Choice. In: Studies in Family Planning. 24:1. S: 18-30. In: URL: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2939211.pdf> . Stand: 15.11.2019

Grimes, Seamus. 1998. From Population Control to “Reproductive Rights”: Ideological Influences in Population Policy. In: Third World Quarterly. 19:3. S: 375-393. In: URL: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3993129.pdf> . Stand: 16.11.2019

Grose, Rose Grace / Grabe, Shelly / Kohfeldt, Danielle. 2013. Sexual Education, Gender Ideology, and Youth Sexual Empowerment. In: The Journal of Sex Research. 51:7. S: 742-753.

Haberland, Nicole / Rogow, Deborah. 2014. Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. In: Journal of Adolescent Health. 56. S: 15-21.

Haslegrave, Marianne. 2004. Implementing the ICPD Programme of Action: What a Difference a Decade Makes. In: Reproductive Health Matters. 12:23. S: 12-18. In: URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2804%2923131-7#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA-xNi9TMDk2OC04MDgwJTI4MDQIMjkyMzEzMS03P25lZWRY2Nlc3M9dHJlZUB-AQDA=> . Stand: 22.11.2019

Haslegrave, Marianne / Bernstein, Stan. 2005. ICPD Goals: Essential to the Millenium Development Goals. In: Reproductive Health Matters. 13:25. S: 106-108. In: URL: [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(05\)25186-8#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA-xNi9TMDk2OC04MDgwJTI4MDUIMjkyNTE4Ni04P25lZWRY2Nlc3M9dHJlZUB-AQDA=](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(05)25186-8#aHR0cHM6Ly93d3cudGFuZGZvbmxpbmUuY29tL2RvaS9wZGYvMTAuMTA-xNi9TMDk2OC04MDgwJTI4MDUIMjkyNTE4Ni04P25lZWRY2Nlc3M9dHJlZUB-AQDA=) Stand: 22.11.2019

Hessini, Leila. 2005. Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD. In: Reproductive Health Matters. 13:25. S: 88-100. In: URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2805%2925168-6?needAccess=true> . Stand: 22.11.2019

Huck, Winfried / Kurkin, Claudia. 2018. Die UN-Sustainable Development Goals (SDGs) im transnationalen Mehrebenensystem. In: Zeitschrift für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht. 78:2. S: 375-424.

- Hulme, David. 2010. Reproductive Health and the Millenium Development Goals: Politics, Ethics, Evidence and an “Unholy Alliance”. In: BWPI Working Paper 105. University of Manchester: Institute for Development Policy and Management (IDMP). In: URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1545907 . Stand: 18.11.2019
- Janouskova, Svatava / Hak, Tomas / Moldan, Bedrick. 2018. Global SDGs Assessments: Helping or Confusing Indicators. In: Sustainability. 10. S: 1-14.
- Kirby, Douglas. 2002. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. Journal of Sex Research. 39:1. S. 27 – 33.
URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00224490209552116?needAccess=true>
Stand: 26.09.2019
- Knittler, Käthe. 2015. „Working Poor“ und geschlechtsspezifische Einkommensunterschiede – eine Annäherung in Zahlen für Österreich und Wien. In: Wirtschaft und Gesellschaft. 41:12. S: 235-256.
- Kuhnke, Ralf. 2006. Indikatoren zur Erfassung des Migrationshintergrundes. Arbeitsbericht im Rahmen der Dokumentationsreihe: Methodische Erträge aus dem „DJI-Übergangspanel“. In: URL: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/276_5969_WT_2_2006_kuhnke.pdf
Stand: 25.10.2019
- Kumar, Maya / Lim, Rodrick / Langford, Cindy / Seabrook, Jamie / Speechley, Kathy / Lynch, Timothy. 2013. Sexual knowledge of Canadian adolescents after completion of high school sexual education requirements. In: Paediatrics Child Health. 18:2. Seite 74-80. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567900/#b18-pch18074> . Stand: 22.10.2019
- Lister-Sharo, D / Chapman, S / Stewart-Brown, S / Sowden, A. 1999. Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. Health Technol Assess. 3:22. URL: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta3220#/abstract> Stand: 26.09.2019
- Ortayli, Nuriye / Ringheim, Karin / Collins, Lynn / Sladden, Tim. 2014. Sexually transmitted infections: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). In: Contraception. 90:6. S. 22-31.
- Rieckmann, Marco. 2018. Die Bedeutung von Bildung für nachhaltige Entwicklung für das Erreichen der Sustainable Development Goals (SDGs). Zeitschrift für Internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik. 41:2. S. 4-10.
- Riedel, Monika / Röhring, Gerald / Gehrler, Bettina. 2017. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Health System Watch. S:117-192.
- Sauvy, Alfred.1949. Alfred Sauvy on the World Population Problem: A View in 1949. In: Population and Development Review. 1990. 16:4. S: 759-774. In: URL: <https://www.jstor.org/stable/pdf/1972967.pdf> . Stand: 16.11.2019
- Sridhar, Devi. 2016. Making the SDGs useful: a Herculean task. In: The Lancet. Vol: 388. S: 1453-1454.

Visalli, G. / Picerno, I. / Vita, G. / Spataro, P. / Bertuccio, M.P. 2014. Knowledge of sexually transmitted infections among younger subjects of the city of Messina (Sicily). In: Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 55:1. S: 17-22.

Waxenegger, Anja / Mayerl, Hannes / Rasky, Eva / Stolz, Erwin / Freidl, Wolfgang. 2017. Die Bedeutung des Migraionshintergrunds für die Gesundheit. Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014). In: Gesundheitswesen 2019. S: 128-136.

Wazlawik, Martin / Christmann, Bernd / Dekker, Arne. 2017. Sexualpädagogik und Gewaltprävention. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 60:9. S: 1040-1045.

Yamin, Alicia Ely / Boulanger, Vanessa. 2013. Embedding sexual and reproductive health and rights in a transformational development framework: lessons learned from the MDG targets and indicators. In: Reproductive Health Matters. 21:42. S: 74-85. In: URL: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2813%2942727-1?needAccess=true> . Stand: 23.11.2019

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Systematische Literaturrecherche	6
Abbildung 2	Die 17 Nachhaltigkeitsziele	44
Abbildung 3	Häufigkeitsverteilung für das Alter in Jahren	60
Abbildung 4	Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen?	64
Abbildung 5	Quellen der Sexuallaufklärung	65
Abbildung 6	Bezugspersonen der Aufklärung	71
Abbildung 7	Themen des Sexualunterrichts	76
Abbildung 8	Relativer Anteil angekreuzter Antworten zu sexuellen Aktivitäten	80
Abbildung 9	Frageblock zu biologischen Aspekten	82
Abbildung 10	Vergleich des Summenscores: Bildungshintergrund der Eltern	85
Abbildung 11	Frageblock zu sexuell übertragbaren Krankheiten	88
Abbildung 12	Richtig angekreuzte Antworten zu Gleichberechtigung der Geschlechter	96
Abbildung 13	Spezial Eurobarometer 428 – Originalstudie	96
Abbildung 14	Relativer Anteil „Möchte insgesamt mehr über das Thema wissen	100
Abbildung 15	Relativer Anteil „Ich weiß genügend über das Thema“	100

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zuordnung der Themen des Sexualunterrichts zu den Sustainable Development Goals	14
Tabelle 2 Themenbereiche der Wissensbefragung mit Unterpunkten	14
Tabelle 3 Quellen der Sexualaufklärung (Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund)	66
Tabelle 4 Quellen der Sexualaufklärung (Bildungshintergrund der Eltern)	68
Tabelle 5 Bezugspersonen (Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund)	72
Tabelle 6 Bezugspersonen (Bildungshintergrund der Eltern)	74
Tabelle 7 Vergleich des Summenscores für biologische Aspekte	83
Tabelle 8 Vergleich des Summenscores für sexuell übertragbare Krankheiten	89
Tabelle 9 Vergleich des Summenscores für sexuelle und reproduktive Rechte	98

Anhang A (Abstract)

Deutsch

Der Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten hat einen hohen Stellenwert in den Sustainable Development Goals (SDG), da weltweit steigende Raten von sexuell übertragbaren Krankheiten verzeichnet werden. Sexualunterricht in der Schule ist eine Präventionsmaßnahme für die Steigerung der generellen Gesundheit sowie der Geschlechtergleichstellung.

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Erhebung des Wissensstandes von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Wien zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Anhand eines Fragebogens, der an einer Schule in Wien und online verteilt wurde, wurden Informationsquellen, Bezugspersonen und subjektiv empfundene Wissensdefizite der Zielgruppen erfasst. Zudem wurde der Wissensstand der Teilnehmer/innen zu biologischen Aspekten, sexuell übertragbaren Krankheiten, und sexuellen sowie reproduktiven Rechten abgefragt. Es wurde geprüft, welche Faktoren den Wissenstand zu diesen Themen beeinflussen.

Die Befragten haben die Fragen zu biologische Aspekten mehrheitlich richtig beantwortet. Größere Wissenslücken zeigten sich in den Bereichen der Reproduktionsphysiologie und in den Bereichen der sexuell übertragbare Krankheiten. Der Wissensstand der Teilnehmer/innen

wurde von den Faktoren Alter, Migrationshintergrund und Bildungshintergrund der Eltern beeinflusst.

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass der Sexualunterricht in der Schule ein wichtiges Instrument bei der Erreichung der SDGs darstellt, da die Teilnehmer/innen – speziell die Schüler/innen – den Sexualunterricht als wichtige Informationsquelle und die Lehrperson als Bezugsperson zur sexuellen Aufklärung genannt haben.

Genauere Richtlinien und Vorgaben für Sexualpädagogik im Lehrplan für die AHS scheinen zu fehlen. Daher wird eine Einführung dieser empfohlen, um eine Verbesserung des Unterrichts, und somit des Wissenstandes Jugendlicher und junger Erwachsener, zu erreichen.

English

The fight against sexually transmitted diseases has a high priority in the Sustainable Development Goals (SDG), as increasing rates of sexually transmitted diseases are being recorded worldwide. Sexuality education in schools aims to strengthen health promotion and is essential for improving general health and gender equality.

The present study is an assessment of sexual knowledge among a sample of teenagers and young adults in Vienna. A questionnaire, assessing information sources, person of reference and subjectively perceived knowledge deficits, was distributed in a Viennese high school and online. In addition, the participants' knowledge on biological aspects, sexually transmitted diseases, and sexual and reproductive rights was surveyed. Subsequently, it was examined which factors influence the level of knowledge on these topics.

The majority of the respondents answered questions on biological aspects correctly. Larger knowledge deficits were found in the areas of reproductive physiology and sexually transmitted diseases. The level of knowledge of the participants was influenced by the factors age, migration background and socio-economic background.

The study's results have shown that sexuality education in schools is an important instrument in achieving the SDGs, as the participants - especially the students - see sexuality education classes as an important source of information and teachers as reference persons for these topics.

More precise guidelines and specifications for sexuality education in the high school curriculum seem to be missing. Therefore, the implementation of these is recommended in order to improve education, and thus the level of knowledge of adolescents and young adults.

Anhang B (Fragebogen)

Liebe Schüler und Schülerinnen,

bei der folgenden Untersuchung handelt es sich um die Masterarbeit im Rahmen meines Studiums der Internationalen Entwicklung an der Universität Wien.

Alle Antworten werden vertraulich behandelt und die Anonymität der Befragten wird garantiert. Die Antworten werden ausschließlich zusammengefasst ausgewertet und veröffentlicht. Die Beantwortung der Fragen nimmt in etwa 15 Minuten in Anspruch.

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Untersuchung haben, werde ich Ihnen diese bereitstellen. Ich stehe gerne für Fragen und Anregungen zur Verfügung und bedanke mich im Voraus für Ihr Interesse und ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen,

Kateryna Savina

a01215191@unet.univie.ac.at

Bedeutung der Sexualpädagogik für die Umsetzung der Sustainable Development Goals (Nachhaltigkeitsziele)

Die im Jahr 2015 verabschiedete Agenda 2030 der Vereinten Nationen ist ein globales Rahmenwerk zur nachhaltigen Entwicklung. Im Mittelpunkt stehen dabei die sogenannten Sustainable Development Goals (SDGs) – 17 Nachhaltigkeitsziele¹.

Die Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen haben für das Erreichen der Ziele *Gesundheit und Wohlergehen*, *Hochwertige Bildung* und *Gleichberechtigung der Geschlechter*, einen universellen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung festgelegt².

Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung für alle Frauen und Mädchen, Männer und Burschen umfasst³:

- Information, Aufklärung und Beratung über menschliche Sexualität und Gesundheit
- Information, Beratung und Einrichtungen im Bereich Familienplanung
- Entbindungsversorgung
- Gesundheitsversorgung für Kleinkinder
- Vorsorge und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten
- Einrichtungen für die Durchführung sicherer Schwangerschaftsabbrüche
- Vorsorge und Behandlung von Unfruchtbarkeit

Durch die Befragung soll herausgefunden werden, welchen Beitrag Sexualunterricht an den Schulen in Österreich zu der Umsetzung der Sustainable Development Goals leistet.

¹Rieckmann, Marco. 2018. Die Bedeutung von Bildung für nachhaltige Entwicklung für das Erreichen der Sustainable Development Goals (SDGs). Zeitschrift für Internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik. 41:2. S. 4-10.

²World Health Organization. 2016. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. In: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf?ua=1 Stand: 26.09.2019

³Ögf. 2019. Sexuelle und Reproduktive Gesundheit und Rechte (SRHR). In: URL: <https://oegf.at/wissen/reproduktive-gesundheit/> Stand: 26.09.2019

Zuerst einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person:

Wie alt sind Sie? | _ | | _ | Jahre

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ andere

Wo haben Sie im Alter von 6 bis 18 Jahren vorwiegend gelebt? (Einfache Antwortmöglichkeit)

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| ☐ Burgenland | ☐ Salzburg | ☐ Wien |
| ☐ Kärnten | ☐ Steiermark | ☐ Außerhalb von Österreich |
| ☐ Niederösterreich | ☐ Tirol | ☐ Keine Angabe |
| ☐ Oberösterreich | ☐ Vorarlberg | |

In welchem Land ist Ihr leiblicher Vater geboren? _____

In welchem Land ist Ihre leibliche Mutter geboren? _____

Was ist die höchste abgeschlossene Schulbildung Ihrer Mutter?

- ☐ Kein Schulabschluss.
- ☐ Pflichtschule mit einem Abschluss.
- ☐ Lehre oder sonstige Berufsausbildung ohne Matura (z.B. Handelsschule, Pflegehilfe, Diplomkrankenpflege,...).
- ☐ Matura (Gymnasium, HAK, HTL, Kollegs).
- ☐ Universität, Fachhochschule.

Was ist die höchste abgeschlossene Schulbildung Ihres Vaters?

- ☐ Kein Schulabschluss.
- ☐ Pflichtschule mit einem Abschluss.
- ☐ Lehre oder sonstige Berufsausbildung ohne Matura (z.B. Handelsschule, Pflegehilfe, Diplomkrankenpflege,...).
- ☐ Matura (Gymnasium, HAK, HTL, Kollegs).
- ☐ Universität, Fachhochschule.

Jetzt kommen wir zur Sexualaufklärung:

Wie aufgeklärt halten Sie sich in sexuellen Fragen?

- ☐ Sehr Gut ☐ Gut ☐ Mittelmäßig ☐ Wenig ☐ Gar Nicht

Woher stammen Ihre Kenntnisse über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend? Bitte beantworten Sie anhand dieser Liste. (Mehrfachnennungen möglich!)

Kenntnisse überwiegend aus:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Gesprächen | ☐ Illustrierten / Zeitungen | ☐ Fernsehfilmen |
| ☐ Vorträgen | ☐ Jugendzeitschrift | ☐ dem Radio |
| ☐ dem Schulunterricht | ☐ Kostenlose Aufklärungsbroschüren | ☐ Computerprogrammen/ -spielen |
| ☐ Büchern | ☐ Videokassetten, DVD | ☐ Internet |
| ☐ dem eigenen Erleben | ☐ Sonstige, und zwar _____ | |

Welches waren für Sie die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?

Bitte beantworten Sie anhand dieser Liste. (Mehrfachnennungen möglich!)

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ Vater | ☐ Schwester | ☐ Andere Mädchen |
| ☐ Mutter | ☐ Freund/-in bzw. Partner/-in | ☐ Leiter/-in einer Jugendgruppe |
| ☐ Lehrer/-in | ☐ Beste Freundin/ Bester Freund | ☐ Kindergartenpersonal |
| ☐ Arzt/ Ärztin | ☐ Andere Jungen | ☐ Wurde von keiner bestimmten Person aufgeklärt |
| ☐ Bruder | ☐ Sonstige Person, und zwar: _____ | |

Markieren Sie bitte in der folgenden Liste die Themenbereiche, die im Sexualkunde-Unterricht behandelt wurden. Bitte beantworten Sie anhand dieser Liste. (Mehrfachnennungen möglich!)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Geschlechtsorgane | ☐ Körperliche Entwicklung | ☐ Homosexualität |
| ☐ Empfängnisverhütung | ☐ Regel, Eisprung | ☐ Schwangerschaftsabbruch |
| ☐ Geschlechtskrankheiten | ☐ Schwangerschaft und Geburt | ☐ Zärtlichkeit und Liebe |
| ☐ Sexuelle Gewalt, Missbrauch | | |

Zu welchem Zeitpunkt des Menstruationszyklus kann eine sexuell aktive Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit schwanger werden? (Einfache Antwortmöglichkeit)

- | | |
|---|---|
| ☐ Während ihrer Periode | ☐ Während der Woche direkt nach ihrer Periode |
| ☐ Zwischen 1–2 Wochen nach dem Ende der Periode
(ungefähr 2 Wochen bevor ihre nächste Periode einsetzt) | ☐ Während der Woche, unmittelbar bevor ihre nächste Periode einsetzt |
| ☐ Weiß nicht | |

Kreuzen Sie für jede der folgenden sexuellen Aktivitäten an, wie wahrscheinlich es ist, dass die Aktivität zu einer Schwangerschaft führt.

	Ganz sicher	Ziemlich wahrscheinlich	Vielleicht	Wahrscheinlich nicht	Keinesfalls
Oralsex (Stimulation der Geschlechtsteile mit dem Mund)	☐	☐	☐	☐	☐
Vaginalverkehr	☐	☐	☐	☐	☐
Vaginalverkehr mit vorzeitigem Rausziehen (der Penis wird vor der Ejakulation rausgezogen)	☐	☐	☐	☐	☐
Analverkehr	☐	☐	☐	☐	☐
Gegenseitige Stimulation der Geschlechtsteile mit der Hand	☐	☐	☐	☐	☐

Kreuzen Sie an, ob eine Aussage WAHR oder FALSCH ist. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie NICHT SICHER an.

	Wahr	Falsch	Nicht sicher
Die Pubertät endet bei allen Menschen im gleichen Alter.	☐	☐	☐
Manche Menschen werden mit Genitalien (Geschlechtsteilen) geboren, die nicht eindeutig männlich oder weiblich sind.	☐	☐	☐
Brüste und/oder Genitalien unterscheiden sich optisch kaum zwischen verschiedenen Männern und zwischen verschiedenen Frauen.	☐	☐	☐
Männer und Frauen verlieren ab dem Alter von 60 Jahren die Fähigkeit zur Fortpflanzung.	☐	☐	☐
Wenn ein Paar Probleme hat ein Baby zu bekommen, liegt wahrscheinlich ein medizinisches Problem bei der Frau vor.	☐	☐	☐
In Österreich kann ein Schwangerschaftsabbruch nur bis zur 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, außer es liegt ein schwerwiegender medizinischer Grund für den Abbruch vor.	☐	☐	☐

Kreuzen Sie an, ob eine Aussage WAHR oder FALSCH ist. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie NICHT SICHER an.

	Wahr	Falsch	Nicht sicher
Eine unbehandelte sexuell übertragbare Krankheit kann Ihre Fähigkeit Kinder zu bekommen / zu zeugen beeinträchtigen, unabhängig davon, ob Sie männlich oder weiblich sind.	☐	☐	☐
Sowohl Männer als auch Frauen, sollten sich regelmäßig sexuellen Gesundheitsuntersuchen unterziehen, nachdem sie sexuell aktiv geworden sind.	☐	☐	☐
Das Humane Papillomavirus (HPV), das Virus, das Genitalwarzen verursacht, kann bei Frauen, jedoch nicht bei Männern, Genitalkrebs verursachen.	☐	☐	☐
Eine sexuell übertragbare Krankheit während der Schwangerschaft kann dem Baby schaden.	☐	☐	☐
Oralsex führt nicht zur Übertragung von sexuell übertragbaren Infektionen.	☐	☐	☐
Sie können sich nicht von jemanden, der keine Anzeichen für eine Infektion zeigt, mit einer sexuell übertragbaren Krankheit anstecken.	☐	☐	☐
Kondome schützen vor allen sexuell übertragbaren Krankheiten.	☐	☐	☐
Es ist möglich, sich durch jeden Hautkontakt mit einer HIV-infizierten Person mit dem humanen Immundefizienzvirus (HIV) zu infizieren.	☐	☐	☐

Bitte kreuzen Sie jeweils das Feld an, das Ihrer Meinung am ehesten entspricht.

	Völlig richtig	Ziemlich richtig	Unentschieden	Ziemlich falsch	Völlig falsch
Die Gleichstellung von Männern und Frauen ist ein Grundrecht.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Bekämpfung der Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen ist notwendig, um eine fairere Gesellschaft zu schaffen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gleichstellung von Männern und Frauen wird Frauen helfen, wirtschaftlich unabhängiger zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Wirtschaft wird wachsen, wenn es mehr Frauen auf dem Arbeitsmarkt gibt.	☐	☐	☐	☐	☐

Kreuzen Sie an, ob eine Aussage WAHR oder FALSCH ist. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie NICHT SICHER an.

	Wahr	Falsch	Nicht sicher
Jugendliche haben das Recht reproduktive Gesundheitsdienste vertraulich in Anspruch zu nehmen.	☐	☐	☐
Ein Mann sollte Sex bekommen, wann immer er möchte, ungeachtet des Wunsches der Frau.	☐	☐	☐
Jugendliche haben das uneingeschränkte Recht, ohne Zustimmung ihrer Eltern auf alle reproduktiven Gesundheitsdienste zuzugreifen.	☐	☐	☐
Alle Schüler/-innen sollten in der Lage sein, frei über ihr sexuelles und reproduktives Leben zu entscheiden.	☐	☐	☐

Kreuzen Sie zu jedem Themenbereich an, ob Sie insgesamt gerne mehr darüber wissen möchten, ob Sie genügend darüber wissen, oder ob Sie das Thema gar nicht interessiert.

	Ich möchte insgesamt gerne mehr darüber wissen	Ich weiß genügend darüber	Das Thema interessiert mich gar nicht
Geschlechtsorgane des Mannes und der Frau	☐	☐	☐
Sexuelle Praktiken und Reaktionen / Höhepunkt (Orgasmus)	☐	☐	☐
Regel, Eisprung, fruchtbare Tage der Frau	☐	☐	☐
Empfängnisverhütung (Anwendung, Sicherheit, Nebenwirkungen)	☐	☐	☐
Geschlechtskrankheiten (u.a. AIDS)	☐	☐	☐
Körperliche und sexuelle Entwicklung Jugendlicher	☐	☐	☐
Entwicklung des Ungeborenen, Schwangerschaft und Geburt	☐	☐	☐
Über den Schwangerschaftsabbruch	☐	☐	☐
Ehe und andere Formen der Partnerschaft und des Zusammenlebens	☐	☐	☐
Zärtlichkeit und Liebe	☐	☐	☐
Weibliche / männliche Homosexualität	☐	☐	☐
Selbstbefriedigung bei Mädchen und Jungen	☐	☐	☐
Sexuelle Gewalt, sexueller Missbrauch	☐	☐	☐
Vorehelicher Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐
Pornographie	☐	☐	☐
Prostitution	☐	☐	☐
Beschneidung von Männern	☐	☐	☐
Rollen von Mann und Frau in der Familie	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang C (Elternbrief)

Sehr geehrte Eltern,

Im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung soll der Wissensstand von Jugendlichen zu Themen des Sexualunterrichts (biologisches Aspekte, sexuell übertragbare Krankheiten) und zur Gleichstellung der Geschlechter erhoben werden.

Die Untersuchung ist Teil meiner Masterarbeit, und verfolgt das Ziel herauszufinden, welchen Beitrag Sexualunterricht an den Schulen in Wien zu der Umsetzung der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen leistet (mehr Information dazu: http://www.unis.unvienna.org/unis/de/topics/sustainable_development_goals.html).

Alle Antworten werden vertraulich behandelt und die Anonymität der SchülerInnen wird garantiert. Die Antworten werden ausschließlich zusammengefasst ausgewertet und veröffentlicht.

Hiermit bitte ich Sie um einer Einverständniserklärung, bezüglich der Teilnahme Ihres Kindes an der oben beschriebenen Untersuchung.

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Untersuchung haben, bin ich gerne bereit, Ihnen diese zukommen zu lassen. Ebenso stehe ich für Fragen und Anregungen zur Verfügung und bedanke mich im Voraus für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,

Kateryna Savina

E-Mail: a01215191@unet.univie.ac.at

Hiermit erkläre ich, dass meine Tochter/ mein Sohn

(Vor- und Nachname des Kindes)
an der Untersuchung teilnehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift
