

Gender-Gesundheitsbericht 2024

Schwerpunkt: Sexuelle und reproduktive Gesundheit



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen (alle Gesundheit Österreich GmbH):

Sylvia Gaiswinkler, Anna Wahl, Johanna Pfabigan, Johanna Pilwarsch, Daniela Antony, Tonja Ofner, Jennifer Delcour, Jennifer Antosik

Fachliche Begleitung:

BMSGPK, Abteilung VII/A/3 – Mutter-, Kind-, Frauen- und Gendergesundheit, Ernährung
Ansprechpartnerin: Anna-Greta Mittelberger, Judith Benedics

Copyright Titelblatt: © Roman Samborskyi/Shutterstock.com

Wien, 2024. Stand: 18. November 2024

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Gaiswinkler, Sylvia; Wahl, Anna; Pfabigan, Johanna; Pilwarsch, Johanna; Antony, Daniela; Ofner, Tonja; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer (2024): Gender-Gesundheitsbericht 2024. Schwerpunkt: Sexuelle und reproduktive Gesundheit. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Download: Diese und weitere Publikationen können als Download über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter <http://www.sozialministerium.at/broschuerenservice> bezogen werden.

Vorwort



Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Lesende!

Der vorliegende Bericht schließt an den Frauengesundheitsbericht 2022 an und vertieft die Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, mit dem Fokus auf Mädchen, Frauen, Burschen, Männer und genderdiverse Personen. Denn sexuelle und reproduktive Gesundheit ist für alle Menschen unerlässlich.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit bildet einen integralen Bestandteil des menschlichen Wohlbefindens. Die WHO betont seit Langem die Verbindung dieser Aspekte als Faktor für die Gesamtgesundheit.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit betrifft alle Personen in jeder Lebensphase. Jede Zielgruppe hat andere Bedürfnisse, die sich nach Geschlecht, sozialem Status, Bildung, Beruf und Herkunft verändern. Burschen sind zum Beispiel Themen wie Verhütung und sexuell übertragbare Infektionen (STI) wichtig. Bei Mädchen kommt das Thema Zyklus mit höchster Wichtigkeit hinzu. 72 Prozent der Jugendlichen würden gern mehr über sexuelle und reproduktive Gesundheit lernen. Das spiegelt den Bedarf an flächendeckender sexueller Bildung wider – in jedem Alter.

Aufgrund gesellschaftlicher Strukturen und eines historisch geprägten Gesundheitssystems erhält die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu wenig Aufmerksamkeit. Der Gender-Gesundheitsbericht mit umfassenden Erkenntnissen und ausgewählten Diskursen ist Ausgangspunkt für weiterführende Diskussionen und zeigt Handlungsbedarf auf. Es besteht eine Ungleichheit im Gesundheitssystem, der wir Beachtung schenken müssen.

Johannes Rauch

Bundesminister

Kurzfassung

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2016) betrachtet seit dem Jahr 2000 sexuelle und reproduktive Gesundheit als einen integralen Bestandteil des menschlichen Wohlbefindens und betont die Untrennbarkeit dieser Aspekte als Faktor für die Gesamtgesundheit, das Wohlergehen und die Lebensqualität. Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist in einem breiten Ansatz zu verstehen, der nach verschiedenen Lebensphasen und den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung zu betrachten ist und vor allem unterschiedliche Politikfelder (Health in All Policies) betrifft. Der vorliegende Bericht knüpft an den Frauengesundheitsbericht 2022 an und bietet einen komprimierten Überblick zum Thema für weiterführende Diskussionen. Dabei werden den WHO-Grundlagen und anderen bereits vorhandenen internationalen Strategien entsprechend jene Dimensionen sexueller und reproduktiver Gesundheit verstärkt beleuchtet, die über die sexuelle Funktionsfähigkeit und sexuell übertragbare Erkrankungen hinausreichen.

Methode

Methodisch wurden für den Bericht eine Literaturrecherche und gezielte Datenauswertungen vorgenommen. Mit der Literaturrecherche wurde eine breite Literaturliste erstellt, wobei diese häufig nicht aus Österreich stammt. Jene Daten, die für Österreich zu sexueller und reproduktiver Gesundheit vorhanden sind, wurden in den Bericht aufgenommen und zu punktuellen Fragestellungen wurden Sonderauswertungen durchgeführt. Für den Bericht wurden erstmals Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zur sexuellen Zufriedenheit in Österreich nach Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand und sozialen Faktoren vorgenommen. Informationen aus den weiteren Datensätzen (HBSC, HLS-EU, EU-SILC) wurden aus veröffentlichten Berichten verwendet.

Ergebnisse

Im österreichischen Gesundheitssystem ist sexuelle Gesundheit nicht verankert, das entspricht einer großen Lücke eines zentralen Themas von Gesundheit. Das Thema wird sowohl in der Forschung als auch auf der Policy-Ebene vorwiegend aus einer Risikoperspektive

betrachtet. Ansätze eines positiven Zugangs müssten hier aktiv verstärkt werden. Wenngleich die Aktions- und Strategiepläne der WHO zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einen positiven, chancengerechten Zugang nach unterschiedlichen Lebensphasen festhalten, sind in Österreich noch nicht ausreichende Maßnahmen für eine entsprechende Umsetzung gesetzt. Der Bereich der sexuellen Gesundheit ist in Fragmenten vorhanden, vereinzelt kümmern sich Organisationen oder Organisationseinheiten darum, es fehlt jedoch an einer Gesamtstrategie unter Einbindung aller Stakeholder. Informationen und Beratung sind innerhalb Österreichs, auch abhängig vom Bundesland, unterschiedlich. Vieles liegt in der Verantwortung auf persönlicher Ebene. Der umfassende Bereich sexueller Gesundheit beinhaltet jedoch auch Aspekte wie die Unterstützung in Hinblick auf einen positiven Zugang zum eigenen Körper- und Selbstbild, die Wertschätzung des eigenen Körpers und ein Verständnis von Sexualität als einen wesentlichen positiven Teil von Gesundheit und Wohlbefinden. Es fehlt in Österreich bislang ein abgestimmtes Bild, wie insbesondere sexuelle Gesundheit umfassend und qualitätsgesichert adressiert werden kann.

Schlussfolgerungen

Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist in Österreich nach wie vor marginalisiert und erfährt keine ausreichende strukturelle Verankerung im Gesundheitssystem. Die Behandlung des Themas bleibt auf Risikofaktoren und reproduktive Aspekte beschränkt, während ein umfassender, positiver und chancengerechter Zugang zu sexueller Gesundheit nicht gewährleistet ist. Die Analyse verdeutlicht auch, dass bestehende Versorgungslücken besonders für vulnerable Gruppen wie Frauen, geschlechtliche Minderheiten, ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen bestehen und dass diese oft durch strukturelle und gesellschaftliche Barrieren verschärft werden. Internationale Beispiele (z. B. Frankreich, Irland, Niederlande) zeigen, dass die Entwicklung einer Strategie unter relevanten Stakeholdern einen wichtigen Beitrag leisten kann, um den Zugang zu sexuellen Gesundheitsdienstleistungen zu stärken. Für diverse potenzielle Maßnahmen bietet die WHO einen guten Rahmen. Ein integrativer, gendersensibler Ansatz, der die sexuellen Gesundheitsbedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen respektiert und adressiert, könnte nicht nur Versorgungslücken schließen, sondern auch die sexuelle Selbstbestimmung und das Wohlbefinden der Bevölkerung nachhaltig stärken.

Schlüsselwörter

Frauen, Männer, genderdiverse Personen, sexuelle Gesundheit, reproduktive Gesundheit, reproduktive Selbstbestimmung, Chancengerechtigkeit

Summary

Background

Since 2000, the World Health Organization (WHO 2016) has regarded sexual and reproductive health as an integral part of human well-being and emphasizes the inseparability of both aspects as a factor in overall health, well-being and quality of life. Sexual and reproductive health is to be understood in a broad approach, which is to be considered according to different phases of life and the areas of health promotion, prevention and health care and, above all, concerns different policy areas (Health in All Policies). This report builds on the Women's Health Report 2022 and provides a condensed overview of the topic for further discussion. In line with the WHO principles and other existing international strategies, the dimensions of sexual and reproductive health that go beyond sexual functioning and sexually transmitted diseases are examined more closely.

Method

In terms of methodology, a literature search and selected data analyses were carried out for the report. The literature research provided a broad literature base, although in many cases it was not based on Austrian data sources. The data available for Austria on sexual and reproductive health was included in the report and particular analyses were carried out on specific issues. For the first time, analyses from the 2019 Austrian Health Survey on sexual satisfaction in Austria by gender, age, health status and social determinants were carried out for the report. Information from the other data sets (HBSC, HLS-EU, EU-SILC) was taken from published reports.

Results

Sexual health is not an integral pillar of the Austrian healthcare system, which represents a major gap in a key health issue. Both in research and at the policy level, the topic is predominantly viewed from a risk perspective. Positive approaches should be actively strengthened in this respect. Although the WHO's action and strategy plans for the promotion of sexual and reproductive health emphasize positive, equitable access at different stages of life, Austria has not yet taken sufficient measures to implement this. The area of sexual health is fragmented, with a few organizations or organizational units taking care of it, but

there is a lack of an overall strategy involving all stakeholders. Information and advice vary within Austria, also depending on the federal state. Much of the responsibility rests at a personal level. However, the comprehensive area of sexual health also includes aspects such as support with regard to a positive approach to one's own body and self-image, the appreciation of one's own body and an understanding of sexuality as an essential positive part of health and well-being. To date, Austria has lacked a coordinated picture on how sexual health in particular can be addressed in a comprehensive and quality-assured framework.

Conclusions

Sexual and reproductive health is still marginalized in Austria and is not adequately structurally embedded in the healthcare system. Addressing the topic remains somewhat limited to risk factors and reproductive aspects, while comprehensive, positive and equitable access to sexual health is not guaranteed. The analysis also illustrates that existing gaps in healthcare exist, particularly for vulnerable groups such as women, gender minorities, older people and people with disabilities, and that they are often worsened by structural and social barriers. International examples (e.g. France, Ireland, the Netherlands) show that the development of a strategy among relevant stakeholders can make an important contribution to improving access to sexual health services. The WHO provides a promising framework for various potential actions. An inclusive, gender-sensitive approach that respects and addresses the sexual health needs of all population groups could not only close gaps in care, but also strengthen sexual self-determination and the well-being of the population in the long term.

Key words

Women, men, gender-diverse persons, sexual health, reproductive health, reproductive self-determination, equal opportunities

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
Summary	6
1 Einleitung	10
2 Methodik	12
3 Hintergrund	15
3.1 Sexuelle und reproduktive Gesundheit nach Lebensphasen	15
3.2 Geschlechterstereotype und Rollenklischees in Verbindung mit sexueller und reproduktiver Gesundheit	19
3.2.1 Definitionen und Perspektiven auf Sexualität	19
3.2.2 Soziokulturelle Einflüsse auf Sexualität am Beispiel des Orgasmus-Gap	20
3.2.3 Sexuelle Dysfunktionen im Kontext gesellschaftlicher Normen.....	20
3.3 Strukturelle Rahmenbedingungen.....	22
3.3.1 Internationale Rahmensetzung	23
3.3.2 Nationale Rahmenbedingungen	28
4 Sexuelle Gesundheit	36
4.1 Sexuelle Bildung und Informationsquellen zu sexueller Gesundheit.....	36
4.2 Gelebte Sexualitäten.....	44
4.2.1 Sexuelle Orientierung	45
4.2.2 Sexuelle Entwicklung	46
4.2.3 Sexuelles Begehren und Lust	48
4.2.4 Jugendliche und Selbstexploration.....	51
4.2.5 Sexuelle Zufriedenheit	52
4.2.6 Einfluss von Erkrankungen auf gelebte Sexualitäten	53
4.3 Sexuell übertragbare Erkrankungen und Safer Sex	56
4.4 Körper- und Selbstbild	60
5 Reproduktive Gesundheit	67
5.1 Familienplanung und Verhütung	67
5.2 Kinderwunsch – kein Kinderwunsch – unerfüllter Kinderwunsch.....	69
5.3 Perinatale Gesundheit von nicht binären und trans Personen	73
5.4 Reproduktive Selbstbestimmung.....	77
6 Sexuelle Gesundheit und Gewalt	82
6.1 Geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt	82

6.2 Körperliche Unversehrtheit	86
7 Chancengerechtigkeit in Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung	91
7.1 Sexarbeiter:innen.....	91
7.2 Menschen mit Behinderungen	93
7.3 Ältere Menschen.....	101
7.4 Pflegebedürftige Menschen	104
8 Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung.....	107
8.1 Medizinische Leistungen.....	107
8.2 Beratungsangebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit	112
9 Limitationen.....	116
10 Fazit	118
Glossar.....	122
Tabellenverzeichnis.....	125
Abbildungsverzeichnis.....	126
Literaturverzeichnis	127
Abkürzungen.....	151
Anhang	153

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht knüpft an den Frauengesundheitsbericht 2022 (Gaiswinkler et al. 2023a) an und bietet eine vertiefte Auseinandersetzung mit sexueller und reproduktiver Gesundheit. Dabei werden diese Themen in den Kontext sozioökonomischer Determinanten und einer umfassenden Genderperspektive gestellt. Es werden jene Dimensionen sexueller und reproduktiver Gesundheit beleuchtet, die zum generellen Gesundheitszustand und Wohlbefinden von Menschen gehören und über die sexuelle Funktionsfähigkeit und sexuell übertragbare Erkrankungen hinausreichen.

Sexuelle und reproduktive Gesundheit bildet einen integralen Bestandteil des menschlichen Wohlbefindens. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2016) betrachtet seit dem Jahr 2000 die Untrennbarkeit dieser Aspekte als Faktor für die Gesamtgesundheit, dem Wohlergehen und die Lebensqualität. Dennoch finden diese Themen in allgemeinen Gesundheitsberichten oft nur unzureichende Beachtung. Die reproduktive Gesundheit wird häufig ohne ausreichende Einbeziehung der Personenperspektive dargestellt, also ohne die subjektiven Erfahrungen und Einschätzungen von Frauen oder Personen mit Uterus. Gleichzeitig wird die sexuelle Gesundheit oft auf rein medizinische Aspekte reduziert oder Daten fehlen gänzlich.

Wie von der WHO (2016) definiert, ist sexuelle und reproduktive Gesundheit in einem breiten Ansatz zu verstehen, der nach verschiedenen Lebensphasen und den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung zu betrachten ist und vor allem auch unterschiedliche Politikfelder (Health in All Policies) betrifft. Zudem haben sozioökonomische Faktoren Einfluss darauf, wie Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen zu Gesundheitsleistungen und zu Informationen kommen, die die sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen. Das inkludiert auch die Fragen, ob und wie sie gesundheitsfördernde Leistungen in Anspruch nehmen können und ob und wie sie sich medizinische Versorgung leisten können.

Der Bericht knüpft an klassische Gesundheitsberichte und an Frauengesundheitsberichte nach sozioökonomischen Determinantenmodellen an und inkludiert eine durchgehende Genderperspektive. Die Themenwahl der Kapitel bietet einen umfassenden Überblick zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im österreichischen Gesundheitssystem, sexueller

und reproduktiver Gesundheit nach Lebensphasen, sexueller Bildung, reproduktiver Gesundheit sowie zu Körper- und Selbstbildern in Verbindung mit sexueller Gesundheit als auch gelebten Sexualitäten.

Zu Beginn werden in Kapitel 3 strukturelle und soziokulturelle Rahmenbedingungen sexueller und reproduktiver Gesundheit betrachtet. In Kapitel 4 werden die ausgewählten Themen Sexuelle Bildung (siehe Kapitel 4.1), Gelebte Sexualitäten (siehe Kapitel 4.2), Sexuell übertragbare Erkrankungen und Safer Sex (siehe Kapitel 4.3) sowie Körper- und Selbstbild (siehe Kapitel 4.4) beleuchtet. Der Themenkomplex Reproduktive Gesundheit wird in Kapitel 5 behandelt worauf in Kapitel 6 der Schwerpunkt zu sexueller Gesundheit in Zusammenhang mit Gewalt folgt. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit verbundene Selbstbestimmungsmöglichkeiten sind eine zentrale Frage von Chancengerechtigkeit, da Informationen und medizinische Versorgung für vulnerable Zielgruppen häufig nur hochschwierig verfügbar sind. In Kapitel 7 wird aus einer Chancengerechtigkeitsperspektive konkret auf Sexarbeiter:innen, Menschen mit Beeinträchtigungen, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedürftigkeit eingegangen. Wie sich die Situation der Gesundheitsversorgung sexueller und reproduktiver Gesundheit darstellt, wird in Kapitel 8 beschrieben. In Kapitel 9 werden inhaltliche als auch methodische Limitationen erläutert. Der Bericht wird in Kapitel 10 mit einem Fazit der zentralen Ergebnisse abgeschlossen.

Der Bericht versteht sich als thematischer Aufriss und Ausgangspunkt für weiterführende Diskussionen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die gesetzten Schwerpunkte greifen wesentliche Aspekte davon auf. Dabei ist zu beachten, dass es sich um eine exemplarische Auswahl handelt, die einzelne Facetten der Thematik vertiefend behandelt, ohne einen Anspruch auf vollständige Abdeckung des komplexen und vielschichtigen Themenfeldes erheben zu können.

2 Methodik

Methodisch wurden für den Bericht eine Literaturrecherche und gezielte Datenauswertungen vorgenommen. Mit der Literaturrecherche wurde eine breite Literaturbasis erstellt, wobei diese häufig nicht aus Österreich stammt. Jene Daten, die für Österreich zu sexueller und reproduktiver Gesundheit vorhanden sind, wurden in den Bericht aufgenommen und zu punktuellen Fragestellungen wurden Sonderauswertungen durchgeführt.

Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte über eine umfassende systematische Literatursuche in Medline. Hierfür wurden u. a. Suchbegriffe zu sexueller Gesundheit, sexueller Bildung, sexueller Orientierung und Identität, Menschen mit Behinderungen, sozioökonomische Faktoren etc. in die Suchstrategien integriert. Die Suche schloss systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen sowie Primärstudien aus Europa, Australien, Neuseeland, Kanada und den Vereinigten Staaten von Amerika ein. Studien, die Unterschiede zwischen den Geschlechtern untersuchten, wurden ebenso eingeschlossen.

Die Literaturrecherche wurde um die Analyse vorhandener Datensätze ergänzt, darunter waren:

- Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS)
- Erhebung über die Lebensbedingungen in der Europäischen Union 2023 (EU-SILC)
- Studie Health Behaviour in School-aged Children 2022 (HBSC)
- European Health Literacy Survey 2019 (HLS-EU)
- Themenbericht 2022 „Sexualität bei chronischen Erkrankungen“ (Stadt Wien)

Um Ergebnisse entweder zu vertiefen oder zu kontextualisieren, wurde eine ergänzende selektive Suche auf den Websites folgender Organisationen vorgenommen:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (z. B. Studie zur Jugendsexualität)
- Weltgesundheitsorganisation für globale Daten und Leitlinien
- AIDS-Hilfe-Stellen in Österreich

Daten von Statistik Austria wurden beispielsweise zur Bewertung der Umsetzung der Sustainable Development Goals (SDG 3, SDG 5) mit einem Bezug zu sexueller und reproduktiver Gesundheit genutzt. Für einzelne Kapitel (z. B. Kapitel 4.1) wurde Literatur über Google Scholar mit den Suchwörtern „Sexuelle Bildung“ und „Österreich“ gesucht. Für die Recherche zu strukturellen Rahmenbedingungen wurde zudem das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) herangezogen, um Gesetze z. B. zu sexuell übertragbaren Erkrankungen zu erfassen.

Zu den meisten Kapiteln wurden ergänzend vertiefende Handrecherchen vorgenommen, um die Informationen aus Literatur und Datensätzen in einen breiteren Kontext setzen zu können.

Auswertungen von Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung

Für den Bericht wurden erstmals Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung (Klimont 2019) zur sexuellen Zufriedenheit in Österreich nach Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand¹ und sozialen Faktoren vorgenommen. Informationen aus den weiteren, oben genannten Datensätzen (HBSC, HLS-EU, EU-SILC) wurden aus veröffentlichten Berichten verwendet. Für die quantitative Auswertung der ATHIS-Daten wurden deskriptive statistische Methoden angewandt. Um mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Indikatoren erkennen zu können, wurden Kreuztabellen erstellt und mittels Chi-Quadrat-Test hinsichtlich ihrer statistischen Signifikanz geprüft. Bei allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) von $< 0,05$ angenommen. Um den Einfluss der Faktoren auszuwerten, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Die Ergebnisse basieren auf gewichteten Daten, um die Repräsentativität der Stichprobe für Österreich zu gewährleisten.

¹ Dabei wurden 3 Indikatoren betrachtet:

1. Personen (15 Jahre und älter), die angeben, in den letzten 6 Monaten eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben
2. Personen (15 Jahre und älter) mit mindestens einer chronischen Erkrankung (in den letzten 12 Monaten)
3. Personen (65 Jahre und älter), die angeben, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens zu haben

Disclaimer: Cisnormativität in der Forschung und Darstellung von Geschlechtsidentitäten

In den meisten Publikationen, die für die Aufbereitung des Berichts verwendet wurden, wird Cisgeschlechtlichkeit nicht markiert, insbesondere dann, wenn Geschlecht ausschließlich binär dargestellt wird. Folglich ist oft nicht ersichtlich, ob und wie trans oder intergeschlechtliche Personen in den Studien eingeschlossen und kategorisiert wurden. Dies spiegelt die in der Forschung zum Großteil nach wie vorherrschende binäre Perspektive wider.

Für den Bericht wird Cisgeschlechtlichkeit nicht als Norm betrachtet, eine nachträgliche Markierung von Cisgeschlechtlichkeit ist aufgrund der uneinheitlichen Handhabung in den Primärquellen jedoch nicht möglich.

3 Hintergrund

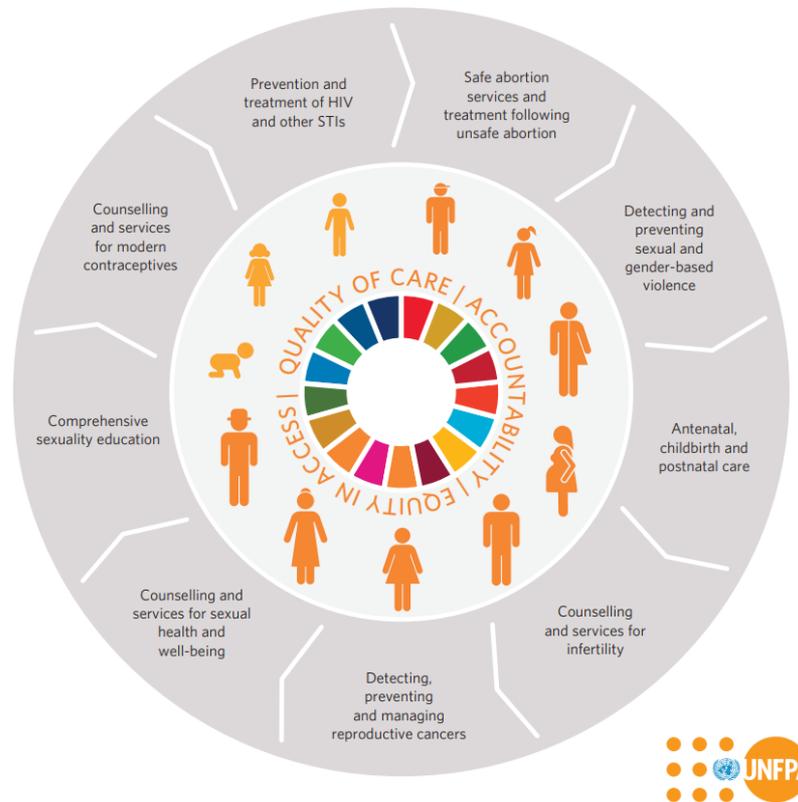
Das Robert Koch-Institut (RKI 2020) schreibt zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, dass Sexualität und Reproduktion ineinander verschränkt und gleichzeitig unabhängig voneinander sind. Sexuelle Gesundheit kann als eigenständige Dimension verstanden werden, da die meisten sexuellen Aktivitäten nicht in direktem Zusammenhang mit der Fortpflanzung stehen – so auch die Reproduktion, da menschliche Fortpflanzung heute auch ohne Sexualität möglich ist.

Aus diesem Grund wird zunächst auf Hintergrundthemen, die beide Themenblöcke betreffen, eingegangen. Im Anschluss werden die Themen „Sexuelle Gesundheit“ und „Reproduktive Gesundheit“ getrennt voneinander betrachtet.

3.1 Sexuelle und reproduktive Gesundheit nach Lebensphasen

Der Begriff der Lebensphasen definiert Altersabschnitte sowie spezifische Übergangsphasen (wie erste Elternschaft, Übergang in die nachberufliche Phase) im Lebenslauf, welche einen Einfluss auf die Gesundheit und gesundheitsrelevantes Verhalten haben (können) (Kolip 2020). Welche Aspekte sexuelle und reproduktive Gesundheit entlang der Lebensphasen umfasst, ist in Abbildung 1 ersichtlich.

Abbildung 1: Sexuelle und reproduktive Gesundheit entlang der Lebensphasen



Quelle: UN (2019b)

Mit der Erstellung von Standards zur Sexualaufklärung in Europa (BZgA/WHO 2011) wurde auch definiert, wie Sexualaufklärung nach Altersgruppen gegliedert ist. Sexuelle Bildung beginnt demnach bereits bei der Geburt und erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne.

Im **Säuglingsalter** und in der **Kindheit** (0 bis 9 Jahre) beginnen SRH²-Leistungen mit Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe und Nachsorge, einschließlich geburtshilflicher Notfallversorgung und Neugeborenenversorgung. In diesem Alter ist es wichtig, eine altersgerechte Körperwahrnehmung und -exploration zu fördern sowie die Entwicklung eines positiven Körperbilds zu unterstützen. Kinder lernen, ihre Körperteile zu benennen und deren Funktionen zu verstehen. Sie sollten darin bestärkt werden, persönliche Grenzen zu setzen und die Grenzen anderer zu respektieren (Eltern-Bildung 2024; UNFPA 2018). In den Bereich der Sexualaufklärung fallen weiters die Prävention, Erkennung, Soforthilfe und Überweisung bei

² SRH = Sexual and Reproductive Health

Fällen sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt sowie die Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen.

In der **Adoleszenz** (10 bis 19 Jahre) umfasst SRH zahlreiche Leistungen und Aspekte, die die komplexen Veränderungen und Erfahrungen dieser Lebensphase berücksichtigen. Die Pubertät markiert für Jugendliche aller Geschlechter den Übergang von der Kindheit zum Erwachsenenalter und wird oft als aufregende Zeit im Wandel erlebt. Hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und Bewertung. Für Buben wird die Pubertät häufig expliziter mit positiven sexuellen Gefühlen und der Entwicklung von „Macht“ in Verbindung gebracht. Erektionen und sexuelle Träume, obwohl potenziell peinlich, werden in der Regel nicht mit dem gleichen Narrativ der Scham behaftet wie die körperlichen Veränderungen bei Mädchen (UNFPA 2018). Bei Mädchen hingegen markiert dieser Moment oft den Beginn widersprüchlicher Botschaften über Sexualität, Jungfräulichkeit, Fruchtbarkeit und Weiblichkeit. Die Menstruation, die für viele Mädchen den Beginn der Pubertät markiert, ist oft mit Tabus und Stigmatisierung verbunden (Gaiswinkler et al. 2024b; UNFPA 2018).

Während der Adoleszenz enthält eine umfassende Sexualaufklärung die Bereiche der Prävention (innerhalb und außerhalb der Schule), das Erkennen und die Behandlung von reproduktiven Krebserkrankungen (insb. Zervixkarzinom) sowie die Beratung und Informationen zu Verhütungsmitteln. Weiters sind in dieser Phase Dienste für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch und die Behandlung von Komplikationen bei unsicheren Schwangerschaftsabbrüchen sowie Prävention, Erkennung, Soforthilfe und Überweisung bei Fällen sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt von Relevanz. Auch Informationen, Beratung und Dienstleistungen für sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden sowie Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen sollen im Rahmen von SRH abgedeckt sein. Eine umfassende Sexualaufklärung beinhaltet zudem Unterstützung in Hinblick auf einen positiven Zugang zum eigenen Körper- und Selbstbild und die Wertschätzung des eigenen Körpers sowie das Aufzeigen von Sexualität als einen wesentlichen positiven Teil von Gesundheit und Wohlbefinden (BZgA 2022c).

Im **reproduktiven** Alter bzw. über das gesamte **Erwachsenenalter** haben die für die Adoleszenz angeführten Themen weiterhin Relevanz und werden ergänzt durch Informationen, Beratung und Dienstleistungen zum Thema Subfertilität und Unfruchtbarkeit sowie Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsbetreuung und Nachsorge (BZgA 2022c). Zudem ist für Frauen das Thema Beckenboden häufig von zentraler Bedeutung im Erwachsenenalter und auch im postreproduktiven Alter (Gov.uk 2022).

Auch im **postreproduktiven Alter** (50 Jahre und älter) spielt sexuelle und reproduktive Gesundheit eine große Rolle. In dieser Altersspanne gilt es auf die Förderung einer positiven Sexualität im Alter und die Unterstützung bei der Anpassung an körperliche Veränderungen zu achten. Themen in dieser Lebensphase umfassen unter anderem Informationen, Beratung und Dienstleistungen für sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden sowie Prävention und Behandlung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Weiters sind in dieser Lebensphase weiterhin Prävention, Erkennung, Soforthilfe und Überweisung bei Fällen sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt sowie Prävention, Erkennung und Behandlung von reproduktiven Krebserkrankungen, insbesondere Zervixkarzinom sowie Prostatakrebs, relevant. Zudem soll im postreproduktiven Alter eine menopausale und postmenopausale Beratung und Behandlung damit verbundener Erkrankungen ermöglicht werden (UN 2019b).

Obwohl vor allem für die Adoleszenz positive, lustorientierte und auf Wohlbefinden ausgerichtete Bereiche der Sexualaufklärung relativ umfassend beschrieben sind, sollten alle Punkte davon auch für alle weiteren Lebensphasen herangezogen werden. In allen Lebensphasen ist die Förderung einer positiven und selbstbestimmten Sexualität von zentraler Bedeutung. Ein positiver Zugang zum eigenen Körper- und Selbstbild, die Wertschätzung des eigenen Körpers sowie Sexualität als wesentlicher positiver Teil von Gesundheit und Wohlbefinden sind unabhängig von Alter und Lebenssituationen bedeutend. Der Respekt für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt, die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Rechte sowie die Unterstützung bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung gesunder Beziehungen sind durchgängige Themen. Die Förderung von Kommunikationsfähigkeiten in Bezug auf Sexualität und Beziehungen sowie die Prävention und Unterstützung bei sexualisierter und geschlechtsspezifischer Gewalt bleiben in allen Altersgruppen relevant (UN 2019b).

Während die verschiedenen Lebensphasen spezifische gesundheitliche Bedürfnisse mit sich bringen, formen Geschlechterstereotype zusätzlich die individuellen Erfahrungen von Sexualität. Im folgenden Kapitel wird beleuchtet, wie diese Stereotype die Wahrnehmung von sexueller Gesundheit prägen.

3.2 Geschlechterstereotype und Rollenklischees in Verbindung mit sexueller und reproduktiver Gesundheit

Gesellschaftliche Normen und Rollenklischees prägen nach wie vor die Erwartungen an das Verhalten und die Sexualität von Frauen, Männern und genderdiversen Personen. Diese Normen setzen implizite Standards, die die Art und Weise beeinflussen, wie Menschen sexuelle Lust erfahren und praktizieren. Trotz erheblicher Fortschritte in Richtung Geschlechtergleichstellung seit den 1970er-Jahren, insbesondere in der Sensibilität für Geschlechterrollen und geschlechtliche Vielfalt, bestehen tief verwurzelte Stereotype und heteronormative Vorstellungen fort, die die individuelle Gestaltung der Sexualität einschränken (Stadt Wien 2022b).

3.2.1 Definitionen und Perspektiven auf Sexualität

In der Gesellschaft und auch in der Forschung wird Sexualität oft auf bestimmte körperliche Praktiken reduziert, insbesondere durch den sogenannten „koitalen Imperativ“ – die Annahme, dass sexuelle Intimität und Lust vor allem durch die Vereinigung eines Penis in einer Vagina vermittelt wird (Fahs/Swank 2023; McPhillips et al. 2001). Aus einer Geschlechterperspektive verstärkt diese Fokussierung stereotype Darstellungen, in denen Frauen eine eher passive Rolle als Empfängerinnen von Sexualität zugeordnet bekommen und in eine untergeordnete Rolle gerückt werden. Der Begriff „Penetration“ unterstützt diese stereotypen Bilder, indem damit Frauen als die „Empfangenden“ verortet werden, in die etwas eindringt. Solche Darstellungen führen zu engen Sichtweisen auf Sexualität und können eine Hierarchisierung von Lustempfinden und sexuellen Handlungen bewirken (Fahs/McClelland 2016).

Demgegenüber wird in der Sexualforschung die Sexualität vermehrt umfassender definiert. Laut WHO, wie in den Standards der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) festgehalten, ist Sexualität ein Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Funktionsstörungen oder Krankheit. Vielmehr betont sie eine respektvolle und lustvolle Erfahrung, die die Rechte und Bedürfnisse aller Beteiligten anerkennt und frei von Diskriminierung ist (BZgA 2016). Lautmann (2020) beschreibt, dass sich die Definition von Sexualität zunehmend von rein biologischen und reproduktiven Aspekten hin zu einem Verständnis verschiebt, das emotionale Verbundenheit und individuelle Selbstbestimmung einbezieht. Cerwenka et al. (2021) zeigen zudem, dass viele Frauen eine breitere Definition von Intimität haben, die vielfältige

Ausdrucksformen sexueller Nähe jenseits der rein körperlichen Vereinigung einschließt, was oft als befriedigender erlebt wird.

Auch wenn es zunehmend positivere und umfassendere Sichtweisen auf Sexualität gibt, wirken stereotype Vorstellungen weiterhin nach und beeinflussen das gesellschaftliche Verständnis von sexueller Lust und Zufriedenheit.

3.2.2 Soziokulturelle Einflüsse auf Sexualität am Beispiel des Orgasmus-Gap

Ein Beispiel für den Einfluss normativer Vorstellungen auf das sexuelle Erleben ist der sogenannte Orgasmus-Gap – das Phänomen, dass Frauen in heterosexuellen Interaktionen signifikant seltener einen Orgasmus erleben als Männer (oder Frauen in gleichgeschlechtlichen sexuellen Beziehungen). Forschungsergebnisse legen nahe, dass dieser Unterschied nicht allein auf körperliche Faktoren zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf die kulturelle Überbetonung bestimmter sexueller Praktiken, die oft männlichen Lustmustern entsprechen und weibliche Bedürfnisse, wie etwa klitorale Stimulation, vernachlässigen (Mahar et al. 2020). Die kulturelle Gewichtung bestimmter sexueller Handlungen und die damit verbundene Vernachlässigung weiblicher Lust verstärken stereotype und hierarchische Vorstellungen von Sexualität und tragen zum Fortbestehen des Orgasmus-Gaps bei. Auch die Rolle der gesellschaftlichen Erziehung und der Sexualaufklärung wird in diesem Kontext diskutiert. Diese fokussieren sich oft auf Fortpflanzung und biologische Aspekte, während Themen wie Lust und sexuelle Vielfalt vernachlässigt werden (Klein et al. 2022).

3.2.3 Sexuelle Dysfunktionen im Kontext gesellschaftlicher Normen

Die durch gesellschaftliche Normen geprägten und oft eingeschränkten Vorstellungen von Sexualität beeinflussen jedoch nicht nur das Lustempfinden, sondern auch das Verständnis und die Bewertung sexueller Gesundheit. In diesem Kontext wird in der Forschung zunehmend die hohe Prävalenz sexueller Dysfunktionen, insbesondere bei Frauen, diskutiert. Ergebnisse im Rahmen der GeSiD-Studie (Gesundheit und Sexualität in Deutschland) zeigen, dass rund 17 Prozent der sexuell aktiven Frauen unter erheblichen sexuellen Dysfunktionen³ leiden, wobei vermindertes sexuelles Verlangen und Orgasmusstörungen dominieren

³ Folgende sexuelle Dysfunktionen sind die Hauptkategorien, die in der GeSiD-Studie für Frauen identifiziert wurden, und sie erfüllen die ICD-11-Diagnosekriterien für sexuelle Dysfunktionen, wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen und eine signifikante Belastung verursachen: Vermindertes sexuelles Verlangen (Hypoactive Sexual Desire Disorder), Orgasmusstörungen (Orgasmic Dysfunction), Sexuelle Erregungsstörungen (Sexual Arousal Dysfunction), Schmerzen bei sexueller Aktivität (Sexual Pain Disorder) (Briken et al. 2020).

(Briken et al. 2020). Im Rahmen der Studie wird eine Definition von Sexualität genutzt, die über physiologische und reproduktive Funktionen hinausgeht und auch emotionale, psychologische und soziale Aspekte einbezieht (Briken et al. 2020; Cerwenka et al. 2021; Klein et al. 2022).

Diese umfassendere Definition ermöglicht es, sexuelle Dysfunktionen nicht nur als individuelle oder physiologische Probleme zu betrachten, sondern sie auch in Bezug zu gesellschaftlichen Erwartungen und normativen Rollenbildern zu setzen. Studien wie die von van Anders et al. (2022) verdeutlichen, wie tiefgreifend kulturelle Normen und heteronormative Vorstellungen das sexuelle Wohlbefinden und die Lustempfindung beeinflussen können, insbesondere für Frauen in heterosexuellen Partnerschaften.

Die Studie von van Anders et al. (2022) untersuchte die Auswirkungen heteronormativer Vorstellungen, Rollenbilder und Beziehungsmuster auf das geringe sexuelle Verlangen von Frauen in heterosexuellen Partnerschaften. Die Ergebnisse zeigen, dass sexuelles Verlangen häufig in einem kulturellen Kontext bewertet wird, in dem Frauen als „naturgemäß“ ergänzende und passive Partnerinnen von Männern betrachtet werden. Diese Sichtweise führt dazu, dass geringes sexuelles Verlangen bei Frauen oft als ein Problem bewertet wird, das ausschließlich in ihrem Körper liegt, und als eine „Störung“ diagnostiziert wird, die biomedizinische oder psychologische Ursachen haben soll. Diese Betrachtung übersieht, dass sexuelle Dysfunktionen häufig auf gesellschaftliche Erwartungen zurückzuführen sind, die Frauen in passive Rollen drängen und ihre Bedürfnisse – etwa nach klitoraler Stimulation – als weniger wichtig einstufen. Solche normativen Vorstellungen beeinflussen, wie Frauen Lust empfinden und ihre Sexualität gestalten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass gesellschaftliche Normen und Rollenklischees tief in das Verständnis und Erleben von Sexualität eingreifen. Sie beeinflussen nicht nur die Definition von Sexualität selbst, sondern auch, wie sexuelles Verlangen und Zufriedenheit erlebt und bewertet werden. Der Begriff „Penetration“ stellt bereits sprachlich eine asymmetrische Sichtweise her, in der Frauen oft als passive Empfängerinnen von Sexualität dargestellt werden. Diese hierarchische Sichtweise führt dazu, dass bestimmte Bedürfnisse, wie etwa klitorale Stimulation, vernachlässigt werden und sich stattdessen ein auf die männliche Lust fokussiertes Verständnis von Sexualität durchsetzt. Der Orgasmus-Gap und die hohe Prävalenz sexueller Dysfunktionen bei Frauen zeigen auf, wie stark diese gesellschaftlichen Erwartungen das sexuelle Wohlbefinden beeinflussen können. Ein umfassenderes, inklusive-

res Verständnis von Sexualität kann dazu beitragen, individuelle Bedürfnisse stärker zu berücksichtigen und Stereotype zu überwinden, um sexuelle Zufriedenheit für alle Geschlechter zu fördern.

Die tief verankerten gesellschaftlichen Normen und Geschlechterrollen bilden auch die Grundlage für rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen, die maßgeblich beeinflussen, wie sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Praxis umgesetzt wird. Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie diese Rahmenbedingungen auf nationaler und internationaler Ebene gestaltet sind und welchen Einfluss sie auf die Gesundheitsversorgung und den Zugang zu reproduktiven Rechten haben.

3.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Sexuelle und reproduktive Gesundheit sind eng mit strukturellen und soziokulturellen Rahmenbedingungen verknüpft. Rahmenbedingungen beeinflussen maßgeblich, wie Menschen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erhalten, wie sie ihre reproduktiven und sexuellen Rechte (Begriffsdefinition siehe Fazit) wahrnehmen können und wie sie schlussendlich ihre Sexualitäten leben können. Rahmenbedingungen in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit spiegeln sich in internationalen und nationalen Resolutionen, Konventionen sowie nationalen Gesetzen, Regelungen, Verordnungen und Erlässen wider. Sie regeln den Zugang zu sexualpädagogischen Informationen und Gesundheitsdienstleistungen und bilden damit den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Rechten ab. Strukturelle und soziokulturelle Rahmenbedingungen formen damit den öffentlichen Diskurs und beeinflussen den Umgang mit Sexualität und reproduktiver Gesundheit in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen (Arbeitsplatz, Gesundheitssystem, Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen etc.).

Im folgenden Kapitel werden historische Meilensteine und aktuelle gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen beleuchtet, anhand derer ersichtlich wird, wie sich gesellschaftspolitische Veränderungen auf Sexualität und reproduktive Gesundheit auswirken. Es wird hierfür nach internationalen Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 3.3.1) und nationalen Rahmenbedingungen (siehe Kapitel 3.3.2), die Einfluss auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit nehmen, differenziert. Wobei anzumerken ist, dass sich vielfach nationale Gesetze, Konventionen, Regelungen und Erlässe auf internationale Rahmenwerke beziehen.

3.3.1 Internationale Rahmensetzung

In diesem Kapitel werden allgemeine Rahmensetzungen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit internationaler Organisationen wie der Vereinten Nationen (UN) oder der WHO, die auch für Österreich tragend sind, beleuchtet. Von zentraler Bedeutung war die Weltbevölkerungskonferenz im Jahr 1994. In einzelnen Kapiteln, wie beispielsweise zur sexuellen Bildung, zur reproduktiven Gesundheit und zum Thema Menschen mit Behinderungen, wird Bezug auf themen- bzw. personengruppenspezifische Rahmensetzungen, die für Österreich relevant sind, genommen.

Das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) wurde im Jahr 1979 von den Vereinten Nationen verabschiedet und trat 1981 in Kraft (UN 2019a). Österreich hat CEDAW im Jahr 1982 ratifiziert (BKA 2023b). Dies beinhaltet auch gleiche Rechte in Bezug auf Familienplanung und freien Zugang zu Informationen, Bildung und Mitteln zur Familienplanung. Ein Ausschuss überprüft die Umsetzung der Konvention in den Mitgliedsstaaten. Im Jahr 2019 kritisierte der Ausschuss Österreich dafür, dass Kosten für Verhütungsmittel sowie Schwangerschaftsabbrüche nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden (CEDAW). Eine relevante Grundlage für den gerechten Zugang zu Verhütungsmitteln bietet zudem die Charta der International Planned Parenthood Federation (IPPF) aus dem Jahr 1994. IPPF ist eine global agierende Bewegung nationaler Nichtregierungsorganisationen (NGOs), die sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte einsetzt. Mit über 150 Mitgliedsorganisationen weltweit kommt ihr große Bedeutung im Bereich der Familienplanung und Verhütung zu (IPPF 2008).

1994 fand in Kairo die Weltbevölkerungskonferenz statt, an der auch Österreich als Mitgliedsstaat der UN teilnahm. Es wurde ein Aktionsprogramm für reproduktive Gesundheit und reproduktive Rechte abgeschlossen. Bis 1994 wurde von der UN reproduktive Gesundheit ausschließlich im Sinne der Geburtensteuerung beleuchtet, um das Bevölkerungswachstum global zu steuern. Das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung in Bezug auf Schwangerschaften, aber auch allgemein in Bezug auf den Zugang zu sexueller Bildung war bis dahin kein Thema. Ziel war es, auf globaler Ebene eine nachhaltige Entwicklung zu unterstützen. Es wurde dabei erstmals besonderes Augenmerk auf die Rechte von Mädchen und Frauen gerichtet (UNFPA 2004). Das Aktionsprogramm stellt bis heute einen wichtigen Meilenstein sowie einen Referenzrahmen für Aktionspläne, die Sustainable Development Goals und politische Gesetzgebungen zum Beispiel für den Zugang zu sexueller Bildung oder zu Verhütungsmitteln dar (UNPFA 2024).

Exkurs zur Rolle der Forschung: Neben den gesellschaftspolitischen Meilensteinen prägt auch die Forschung die Diskurse und Entwicklungen. Als zentraler Meilenstein für die moderne Sexualmedizin sowie einen progressiven, modernen Diskurs zu Sexualität sind die Kinsey-Reports zu nennen. Kinsey und sein Team fragten in der Nachkriegszeit erstmals die menschliche Sexualität umfassend und nicht rein pathologisierend ab. 1948 erschien „Sexual Behavior in the Human Male“, also „Sexualverhalten des menschlichen Männchens“. Eine Untersuchung zu Frauen folgte im Jahr 1953. Es wurden noch weitere empirische Grundlagen erarbeitet, die bis heute in der Forschung verwendet werden (Kinsey Institute 2024).

Aufbauend auf den Kinsey-Reports und durch gesellschaftspolitische Bewegungen (u. a. von Feminist:innen, LGBTIQ+-Aktivist:innen, Sozialwissenschaftler:innen etc.) in den 1970-er- und 1980-er-Jahren fand in der Forschung ein Paradigmenwechsel von einem risikoorientierten Fokus (z. B. auf Dysfunktionen) hin zu einem Verständnis von Sexualität als etwas Lustvolles und Positives statt. Forschung zu soziokulturellen Aspekten im Kontext der Sexualität wurde damit eingeleitet. Seit Mitte der 1990er-Jahre befasst sich die Sexualitätsforschung zunehmend mit Macht- und Herrschaftssystemen sowie sexuellen und reproduktiven Rechten (Logie et al. 2021).

Aufbauend auf dem Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo wurde im Jahr 2001 eine europäische Strategie zur Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit sowie 2004 eine globale Strategie für reproduktive Gesundheit (57. Weltgesundheitsversammlung) ausgearbeitet. Bis heute liegt der Fokus stark auf reproduktiver Gesundheit (perinatale Mortalitätsrate, Müttersterblichkeitsrate). Die Strategien wurden sukzessive um Fragen zur Prävalenz der Verhütung ungewollter Schwangerschaften sowie von HIV und weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie der Schwangerschaftsabbruchsquote erweitert (WHO 2016).

In den Jahren 2006 bis 2011 wurden wichtige Rahmenwerke zur sexuellen Bildung entwickelt (siehe Tabelle 1). 2008 wurde in der IPPF der Zugang zu sexueller Bildung als Menschenrecht deklariert und transgender Personen wurden als besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf den Zugang hervorgehoben (IPPF 2008).

Tabelle 1: Internationale Rahmenwerke zu Sexualpädagogik und sexueller Bildung

Jahr	Regelung	Inhalt mit Blick auf Geschlechts- und Genderperspektive
2006	IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (IPPF 2010)	Gender als „Essential Component of Comprehensive Sexuality Education“ ⁴ (IPPF 2010)
2009	International technical guidance on sexuality education	2009: Fokus auf HIV-Kontext Aktualisierung 2018 (Herat et al. 2018): Gendergerechtigkeit als Querschnittsprinzip und Sexuaufklärung als zentraler Hebel für Gendergerechtigkeit, indem Gendernormen hinterfragt werden (transformativer Ansatz) LGBTI-Personen werden als besonders vulnerable Gruppen in Hinblick auf sexuelle Rechte definiert (UNESCO 2018).
2011	Standards für die Sexuaufklärung in Europa	Das Regionalbüro der WHO entwickelte in Zusammenarbeit mit Expert:innen die Standards; Verweis auf Geschlechtergerechtigkeit und Standard geschlechtersensibler Sexualpädagogik; Inter- und Transgeschlechtlichkeit wird nicht angesprochen (BZgA/WHO 2011).

Quelle: GÖG

2015 wurden die Sustainable Development Goals (SDGs) der Agenda 2030 definiert und auch von Österreich als UN-Mitgliedsstaat verabschiedet. Unter dem Ziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ mit dem Subziel 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“ werden zentrale Dimensionen festgelegt (Statistik Austria 2023c). Das Subziel 3.7 bezieht sich unter anderem auf den gerechten Zugang zu Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbruch sowie soziokulturelle Faktoren im Kontext der Familienplanung, die sich stark auf Schwangerschaft (u. a. auf Teenager-Schwangerschaften) beziehen (WHO 2024b).

2016 wurde vom WHO Regionalkomitee für Europa der Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030

⁴ „difference between gender and sex; exploring gender roles and attributes; understanding perceptions of masculinity and femininity within the family and across the life cycle; society’s changing norms and values; manifestations and consequences of gender bias, stereotypes and inequality (including self-stigmatisation)“ (IPPF 2010, S. 7)

für nachhaltige Entwicklung in Europa – „Leave no one behind“ entwickelt und von Österreich unterzeichnet. Der Plan soll „schnellere Fortschritte bei der Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bewirken“ (WHO 2016, S. 1). Zentraler historischer Bezugspunkt des Aktionsplans ist die International Conference on Population and Development (ICPD) aus dem Jahr 1994.

Im WHO-Aktionsplan wird neben Themen der reproduktiven Gesundheit der Aspekt des sexuellen Wohlbefindens über alle Lebensphasen hinweg beleuchtet. Neben körperlichen Einflussfaktoren auf die sexuelle Gesundheit werden auch psychosoziale und soziokulturelle Einflussfaktoren behandelt. Neben gesetzlichen Maßnahmen (z. B. rechtliche Verankerung des Zugangs zu Informationen und Beratung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit im gesamten Lebensverlauf; Gesetze gegen Stigmatisierung aufgrund sexueller Orientierungen) stehen die Etablierung einer umfassenden sexuellen Bildung und von Leitlinien (z. B. evidenzbasierte Eignungsleitlinien zur Anwendung von Verhütungsmitteln; für Vorsorgeuntersuchungen zu Gebärmutterhals- und Brustkrebs) sowie die Bereitstellung von Informationen über den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen im Fokus (WHO 2016). Nicht adressiert werden Maßnahmen für nicht binäre, inter* oder transgeschlechtliche Personen. Österreich hat sich als Mitgliedsstaat der UNO und der WHO demnach verpflichtet, dafür zu sorgen, dass alle Menschen in Österreich Zugang zu sexualmedizinischen und sexualtherapeutischen Gesundheitseinrichtungen haben und dass Gesundheitsfachkräfte befähigt sind, sexuelle Gesundheit zu vermitteln (WHO/BZgA 2017).

Bereits im Jahr 1994 verpflichteten sich 179 Länder auf der International Conference on Population and Development (ICPD) dazu, allen Menschen Zugang zu einer umfassenden reproduktiven Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, wobei der Schwerpunkt auf freiwilliger Familienplanung und sicheren Schwangerschafts- und Geburtsdiensten lag (Butler et al. 2020). Im Jahr 2019, also 25 Jahre später, bekräftigte der Weltgipfel in Nairobi diese Verpflichtungen und forderte beschleunigte Fortschritte mit einem stärkeren Fokus auf sexuelle und reproduktive Gesundheit als integralen Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung (engl. „Universal Health Coverage“) (UN 2019b). Darin wird festgehalten, dass in Ländern, die Fortschritte in Richtung einer allgemeinen Gesundheitsversorgung machen möchten, sexuellen und reproduktiven Rechten im gesamten Lebensverlauf mit innovativen, kosteneffektiven Strategien begegnet werden muss. Investitionen in sexuelle und reproduktive Rechte bringen wirtschaftliche Vorteile mit sich (z. B. Mädchen und Frauen können einen Schulabschluss machen, Reduktion von geschlechterbasierter Gewalt und deren Folgen) und senken gleichzeitig die langfristigen Gesundheitsausgaben. Eine konkrete

Strategie, die international und national anwendbar ist, vereint die Mobilisierung von Interessengruppen und die Analyse von sexuellen und reproduktiven Gesundheitsbedürfnissen und -bedarfen im gesamten Lebensverlauf mit der Kartierung von Ressourcen und der schrittweisen Umsetzung von Interventionen auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems.

Es gibt nach wie vor legislative Barrieren (z. B. rechtliche Regelungen für Sexarbeit, Präventionsleistungen in Hinblick auf sexuelle Gesundheit als Teil öffentlicher Gesundheitssysteme, Zugang zu Schwangerschaftsabbruch) für die Realisierung reproduktiver und sexueller Rechte frei von Diskriminierung (Logie et al. 2021). Sexuelle und reproduktive Rechte sind historisch und strukturell gewachsen und in Abhängigkeit vom Geschlecht ungleich verteilt (Picken 2020). Neben Mädchen und Frauen sind sexuelle und geschlechtliche Minderheiten von Stigmatisierung, Diskriminierungen, Gewalt und Einschränkungen ihrer sexuellen Rechte betroffen, was sich wiederum negativ auf die Gesundheit auswirkt (siehe Kapitel 6) (Agénor et al. 2021).

Anders als in anderen Ländern (u. a. Frankreich, Irland, Niederlande) gibt es in Österreich keine Strategie zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Im Folgenden werden Good-Practice-Beispiel für Strategien zur sexuellen Gesundheit, die auch reproduktive Gesundheitsthemen adressieren, skizziert⁵ (Crowe Global 2023):

- **Frankreich – National Sexual Health Strategy 2017–2030 (EUDA 2017):** Die Strategie ist als Rahmen konzipiert, der die wichtigsten nationalen Ziele zur Förderung einer besseren sexuellen Gesundheit definiert, die von der gesamten Regierung geteilt werden. An der Entwicklung der Strategie, der Steuerung und dem Monitoring sind alle relevanten Ministerien auf nationaler und regionaler Ebene beteiligt; diese Struktur wird als wesentlich für den Erfolg der Strategie angesehen. Zentraler Erfolgsfaktor der Strategie ist, dass Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Bildungs-, Sport- und Freizeitbereich und in der Justiz eine umfassende Ausbildung im Bereich der sexuellen Gesundheit erhalten.
- **Irland – National Sexual Health Strategy 2015–2020 (Department of Health Ireland 2015):** In Irland wurde die National Sexual Health Strategy 2015–2020 (Verlängerung

⁵ Für Österreich gab es bislang keinen strategischen Prozess zu sexuellen und/oder reproduktiven Gesundheitsthemen. 2016 und 2017 fand eine Tagung unter dem Titel „Sexuelle Gesundheit. Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem?“ im Auftrag des damaligen Ministeriums für Gesundheit und Frauen (Bragagna et al. 2017; Bragagna et al. 2018) statt. Der Fokus lag auf chronischen Erkrankungen als Hauptursache organisch bedingter Sexualstörungen.

auf 2022 aufgrund der COVID-19-Pandemie) erstmals 2014/15 entwickelt und verabschiedet. Ziel ist es, die sexuelle Gesundheit und das sexuelle Wohlbefinden zu stärken und negative sexuelle Gesundheitsfolgen zu reduzieren. Mit Fokus auf eine geschlechtergerechte Perspektive wurde mit zivilgesellschaftlichen Organisationen, die im Feld Frauengesundheit und/oder LGBTIQ+-Gesundheit tätig sind, zusammengearbeitet und es wurden Programme aufgestellt und Empfehlungen entwickelt, wie die LGBTIQ+-Community von Maßnahmen besser profitieren kann.

- **Niederlande – National Action Plan on STIs, HIV and Sexual Health 2017–2022 (RIVM 2018):** Oberstes Ziel ist, dass die Bevölkerung gut informiert ist und in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Die umfassende Sexualerziehung wird hierfür als zentrale Grundlage und damit Kernmaßnahme definiert. Im Zuge der Pandemie wurden an den „sexual health clinics“ Online-Konsultationen eingeführt.

Als Erfolgsformel für die Verankerung von sexueller und reproduktiver Gesundheit auf Ebene struktureller Maßnahmen zeigt sich, dass eine intersektorale Zusammenarbeit auf allen politischen Ebenen wirksam ist. Die Perspektive auf Geschlecht spielt vor allem in puncto Geschlechtergerechtigkeit, Zielgruppenorientierung sowie Inklusion und Zugang zu sexuellen Gesundheitsdienstleistungen eine Schlüsselrolle (Crowe Global 2023).

3.3.2 Nationale Rahmenbedingungen

Globale Aktionspläne, Konventionen und Resolutionen setzen den Referenzrahmen für Rahmenwerke und Gesetzgebungen auf nationaler Ebene. Das Kapitel stellt in einem Überblick die aktuellen Gesetzgebungen zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsthemen in Österreich dar. Zu Beginn werden zudem Ergebnisse aus dem Monitoring der Sustainable Development Goals, die sexuelle und reproduktive Gesundheit adressieren, für Österreich dargestellt (Statistik Austria 2024c).

Umsetzung der Sustainable Development Goals mit Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit

In Österreich hat Statistik Austria als nationales Statistisches Institut die Erstellung des nationalen SDG-Indikatorensets übernommen. Von den rund 260 Indikatoren des SDG-Monitorings von Statistik Austria beziehen sich vier Subziele auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Dabei ist auffallend, dass die Schwerpunktsetzungen der Ziele eher auf den reproduktiven Bereich der Familienplanung und auf sexuelle Gewalt fokussieren und kaum auf die breite Definition von sexueller Gesundheit, die sowohl sexuelle Bildung als auch den umfassenden Bereich eines positiven Zugangs zu Sexualität als Teil der allgemeinen Gesundheit enthält. Ziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“ und Ziel 5 „Geschlechtergleichstellung erreichen und alle Frauen und Mädchen zur Selbstbestimmung befähigen“ der SDGs nehmen in mehreren Subzielen Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit bzw. auf Faktoren, die einen maßgeblichen Einfluss auf sexuelle und reproduktive Gesundheit einnehmen (Zuccala/Horton 2018):

- Subziel 3.7: „Bis 2030 soll der allgemeine Zugang zu sexual- und reproduktionsmedizinischer Versorgung, einschließlich Familienplanung und Aufklärung, gewährleistet werden“ (Statistik Austria 2023b)
- Subziel 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“; in Bezug auf polizeiliche Betretungsverbote zeigt sich seit 2019 ein stetiger Anstieg (2019: rund 8.700 und 2022: 14.600). Bei der intimen Partnergewalt gegen Frauen (ab dem Alter von 15 Jahren) liegen Daten für 2021 vor: Demnach erlebten 16,4 Prozent körperliche und/oder sexuelle Gewalt in intimen Partnerschaften. Außerhalb intimer Partnerschaften sind es 26,6 Prozent (Statistik Austria 2023b).
- Subziel 5.3: „Alle schädlichen Praktiken wie Kinderheirat, Frühverheiratung und Zwangsheirat sowie die Genitalverstümmelung bei Frauen und Mädchen beseitigen“; als Indikator werden hierfür die Eheschließungen im Alter von 15 bis 19 Jahren herangezogen: Im Jahr 2021 gab es in Österreich bei den 15- bis 19-jährigen Mädchen/Frauen 367 und bei gleichaltrigen Männern/Burschen 90 Eheschließung. Über einen Langzeitverlauf lässt sich eine Reduktion von Eheschließungen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren beobachten. Die Motive der Eheschließung, d. h., ob eine Zwangsheirat oder eine Kinderheirat vorliegt oder ob die Eheschließung auf Freiwilligkeit basiert, lassen sich nicht ableiten (Statistik Austria 2023b). Daten zur Genitalverstümmelung/Beschneidung (FGM/C) fehlen.

- Subziel 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“; hier zeigt das Monitoring von Statistik Austria den Status „weitgehend erreicht“. Die Punkte sind jedoch mit keinen Daten/Beweisen hinterlegt (Statistik Austria 2023a).

Reproduktive Gesundheit

In Österreich regelt das Fortpflanzungsmedizingesetz - FMedG (2024) Rechte in Bezug auf die Familienplanung. Für gleichgeschlechtliche Partnerschaften gibt es seit 2013 die Möglichkeit der Adoption und/oder Pflegeelternschaft (geregelt im Eingetragene Partnerschaft-Gesetz – EPG (2024) bzw. im Adoptionsrechts-Änderungsgesetz 2013 – AdRÄG 2013 (2013)). Für lesbische Frauen oder lesbische Paare besteht in vielen Ländern schon seit Langem die Möglichkeit, ein eigenes Kind durch eine Samenspende zu bekommen. In Österreich war das lange nicht möglich, das Fortpflanzungsmedizingesetz - FMedG (2024) hatte nämlich festgeschrieben, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung prinzipiell nur in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft zulässig ist. Erst das neue Fortpflanzungsmedizingesetz 2015 hat hier für eine Modernisierung gesorgt.

Sexuell übertragbare Erkrankungen

Anfang der 1990er-Jahre wurde das **AIDS-Gesetz** (1993) verabschiedet. Dieses verpflichtet zur Meldung einer manifesten Erkrankung an AIDS sowie zur Meldung eines Todesfalles durch AIDS. § 8 besagt zudem, dass „der Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz für die Ausarbeitung und Durchführung eines umfassenden Informationskonzeptes mit dem Ziel einer Aufklärung über mit AIDS zusammenhängende Fragen, insbesondere über die möglichen Wege einer HIV-Infektion sowie über die Verhaltensregeln zur Vermeidung einer solchen Infektion, zu sorgen“ hat. Dies kann unter anderem durch die Förderung der Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS erfolgen (AIDS-Gesetz, § 8 Abs. 2). Der Geschlechtsverkehr zwischen HIV-positiven Personen ist auch im StGB (§ 178; § 179) geregelt. HIV-positive Personen können demnach bei vorsätzlichen Handlungen (ungeschütztem Sex) bestraft werden – auch wenn keine Übertragung stattgefunden hat, die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, es ein Einverständnis des Gegenübers gibt oder die Person nichts von der

HIV-Infektion weiß. Hier orten die AIDS-Hilfen Österreichs eine Stigmatisierung und Diskriminierung von Personen, die mit HIV infiziert sind (AIDS-Hilfen Österreichs 2021).

Seit 1945 gibt es das **Geschlechtskrankheitengesetz** (1945)⁶. Darin ist gesetzlich geregelt, dass eine Behandlungspflicht und eine beschränkte Meldepflicht⁷ bestehen, weshalb es keine Daten zu den STI gibt. Chlamydien sind beispielsweise nicht Gegenstand des Gesetzes, obwohl sie laut europäischen Daten insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankung zählen und Langzeitfolgen wie chronische Entzündungen und Unfruchtbarkeit haben können (ECDC 2022; ECDC 2024). Am häufigsten sind heterosexuelle junge Frauen betroffen (Erläuterungen siehe Kapitel 4.3), wobei sich die Infektionsrate auch bei Männern im europäischen Raum über die letzten fünf Jahre erhöht hat (Stand 2018)⁸. In Ländern wie Großbritannien gibt es eigene Screening-Programme für sexuell übertragbare Erkrankungen.

Die Rechtsvorschrift für Gesundheitliche Vorkehrungen für Personen (1945) regelt die Häufigkeit und Art der Untersuchungen Betroffener: Sexdienstleister:innen sind verpflichtet, vor Beginn der Tätigkeit eine Eingangsuntersuchung⁹ durchführen zu lassen sowie regelmäßig im Abstand von sechs Wochen eine Kontrolluntersuchung auf Gonokokken und Chlamydien und im Abstand von 12 Wochen auf HIV und Syphilis. Eine gynäkologische Untersuchung ist dabei nicht vorgesehen. Das Freisein von Geschlechtskrankheiten und von einer HIV- und Syphilisinfektion wird in der amtlichen Gesundheitskarte bestätigt (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024d) (siehe auch Kapitel 7.1).

⁶ Tripper, Syphilis, Weicher Schanker, Lymphogranuloma inguinale (ohne Rücksicht auf den Sitz der Krankheitserscheinungen)

⁷ Beschränkte Meldepflicht bedeutet, dass Ärzt:innen nur dann zur Erstattung einer Meldung verpflichtet sind, wenn eine Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheit zu befürchten ist oder sich die oder der Kranke der ärztlichen Behandlung bzw. der ärztlichen Beobachtung entzieht (Info für Ärzte 2024).

⁸ Da die Länder unterschiedliche Monitoringsysteme haben, liegt bei den Daten ein Reporting Bias vor.

⁹ Blutuntersuchung auf Syphilis und HIV (ggf. Hepatitis B), Abstrichuntersuchung auf Gonokokken (Bakterien, die Gonorrhoe [Tripper] verursachen) und Chlamydien (Bakterien, die eine entsprechende Infektion hervorrufen)

Sexuelle Bildung

Politische Maßnahmen im Bereich der sexuellen Bildung umfassen die Ausbildung der Betreuung- und Ausbildungspersonen, schulisch und außerschulisch, der Kinder und Jugendlichen, den Lehrplan und deren Evaluierung. Der Zugang zur umfassenden Sexualaufklärung hat einen bedeutenden Einfluss auf die sexuellen Kompetenzen der Jugendlichen (UNESCO 2021a).

Sexuelle Bildung und Sexualpädagogik obliegen in der Rahmengesetzgebung dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Im 20. Jahrhundert waren Geburtenkontrolle und die Steuerung des Bevölkerungswachstums die Triebfeder für schulische Sexualaufklärung. Während der Weltkriege wurde Sexualität stark mit Sexarbeit, sexueller Ausbeutung und rassistischen Ideologien in Verbindung gesetzt. Nach dem Zweiten Weltkrieg war eine geschlechterdifferenzierte Erziehung zu Mann und Frau Teil sexueller Bildung. Mit dem Aufkommen von AIDS wurde HIV-Prävention Inhalt öffentlicher Programme sowie die Verhinderung von Teenager-Schwangerschaften und Abtreibungen. Neben dem Staat haben auch Studierende, Gesundheitspersonal, Vereine, Frauenbewegungen, NGOs sowie religiöse Organisationen die sexuelle Bildung bis heute geprägt und sie gestalten das Feld weiterhin. 1970 wurde der Grundsatzterlass „Sexualerziehung in den Schulen“ herausgegeben, der im Jahr 2015 erstmals aktualisiert wurde (siehe Tabelle 2). Sexualpädagogik ist in den Curricula der Lehramtsausbildung nicht umfassend geregelt. (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2018).

Dem aktuellen Grundsatzterlass zufolge ist Sexualpädagogik als Unterrichtsprinzip bzw. als Bildungsbereich in Gesundheit und Bewegung und zum Teil als Schwerpunkt in Pflichtgegenständen, die sich in Abhängigkeit vom Schultypus unterscheiden, definiert. Der Erlass fokussiert das binäre Geschlechtersystem. Es zeigt sich, dass in der sexuellen Bildung historisch gewachsen Mädchen und Frauen vor allem Wissen in Bezug auf die Fortpflanzung vermittelt wurde. Im Vergleich zu Männern wurden sie zudem häufig in Verbindung mit sexueller Gewalt als Opfer dargestellt, nicht aber mit sexueller Begierde und Lust (UNESCO 2021b). In Schulbüchern wurde häufiger der männliche Körper dargestellt und der weibliche häufig inkorrekt (Fine 1988). Eine Übersichtsarbeit aus den USA zeigt, dass die schulische Sexualpädagogik heteronormativ ist und geschlechtliche Minderheiten benachteiligt, was sich negativ auf die Gesundheit auswirkt (Rabbiner 2020).

Tabelle 2: Nationale Richtlinien zu Sexualpädagogik und sexueller Bildung

Jahr	Regelung	Inhalt mit Blick auf Genderperspektive
1970	Grundsatzterlass „Sexualerziehung in den Schulen“ (Plattform sexuelle Bildung 2024a)	Sexualpädagogik als Unterrichtsprinzip: Alle Pädagog:innen müssen in allen Unterrichtsfächern altersadäquat über Sexualität sprechen. (Plattform sexuelle Bildung 2024a)
2015	Aktualisierung Grundsatzterlass „Sexualerziehung in den Schulen“	Der Erlass schreibt fest, dass Sexualpädagogik in Schulen an internationalen Definitionen und Qualitätskriterien wie den „Standards für die Sexuaufklärung in Europa“ (BZgA/WHO 2011) und den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten der IPPF (1994 bzw. 2008) orientiert sein muss (BMBWF 2024a).
2023	Verordnung über die Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten zur Unterstützung des schulischen Unterrichts (externe Qualitätssicherungsverordnung)	Ziel: „Die Auswahl von schulexternen Hilfsangeboten aus der großen Zahl durch Schulen und Lehrkräfte soll durch Qualitätssicherungsmaßnahmen erleichtert werden.“ (BMBWF 2024b)

Quelle: GÖG

Zur Umsetzung des Unterrichtsprinzips „Sexualpädagogik“ gibt es kein Monitoring und auch kein allgemeines Berichtswesen. Eine Evaluierung der Umsetzung des Unterrichtsprinzips obliegt gemäß § 56 SchUG (Schulunterrichtsgesetz) der Schule bzw. dem schulinternen Qualitätsmanagement (BMBWF 2019). Dem Grundsatzterlass Sexualpädagogik (2015) folgte im März 2019 ein weiteres Rundschreiben¹⁰: Alle sexualpädagogischen Workshops sind von der Schule im eigenen Budget einzukalkulieren, damit die Regelungen der Schulgeldfreiheit eingehalten werden. Nach § 17 Schulunterrichtsgesetz (SchUG) ist die Lehrperson „für die Zeit der Durchführung des „Workshops“ nicht ihrer Hauptaufgabe, der Unterrichts- und Erziehungsarbeit, entbunden; d. h. auch bei Einbindung außerschulischer Expert:innen wird nicht nur die gänzliche Anwesenheit der Lehrkräfte im Rahmen des Unterrichts vorausgesetzt, sondern der Lehrkraft obliegt weiterhin die Unterrichtsarbeit“. Das bedeutet, dass die Lehrkraft verpflichtet ist, während eines Workshops mit außerschulischen Expert:innen anwesend zu sein. Im Rundschreiben (BMBWF 2019) sind auch erste Qualitätskriterien für die Sexualpädagogik formuliert. Zur Umsetzung des Grundsatzterlasses der Sexualpädagogik

¹⁰ https://rundschriften.bmbwf.gv.at/media/2019_05.pdf [Zugriff am 26.01.2024]

gibt es jedoch keine staatliche Evaluierung und/oder Sicherstellung, dass Schulen dem Erlass nachkommen. Kompetenzen der Fachkräfte werden im aktuellen Grundsatzerlass Sexualpädagogik nicht definiert.

Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) hat im Jahr 2022 im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung ein Qualitätssicherungskonzept für die Einbeziehung schulexterner Fachkräfte¹¹ entwickelt. Empfohlen wird die Implementierung eines webbasierten Expert:innen-Pools, der ein Begutachtungssystem mit flankierenden qualitätssichernden Maßnahmen umfasst (ÖIF 2022). 2023 wurde eine Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung schulexterner Angebote zur Unterstützung des schulischen Unterrichts eingerichtet, die vom Österreichischen Jugendrotkreuz umgesetzt wird (Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten 2024). Entsprechend der Plattform sexuelle Bildung (2024b) konzentrieren sich die Aufgaben der Stelle jedoch vorwiegend auf die administrative Erfassung von schulexternen Angeboten mit der Möglichkeit von Begutachtungen. Zur Qualitätssicherung gibt es allerdings keine klaren Regelungen. Als Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsinstitutionen im Bereich der Sexualpädagogik bestehen seit 2023 Clearingstellen, die in den Bildungsdirektionen der Länder eingerichtet sind (BMBWF 2024a).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Erlässen und Richtlinien Gendergerechtigkeit stark binär geprägt ist, geschlechtliche Minderheiten werden seltener genannt und mit den aktuellen Programmen und Gesetzen stigmatisiert. Eine Ausnahme bilden hier die Arbeiten der UNESCO im Bereich der Comprehensive Sexuality Education. Ein Monitoring zur Realisierung der Richtlinien, Gesetze und Konventionen gibt es ausschließlich für einzelne SDGs, die SDGs fokussieren jedoch stark auf die reproduktive Gesundheit wie z. B. Teenager-Schwangerschaften und Müttersterblichkeit fokussiert. Internationale und nationale Studien zeigen, dass weiterhin ein erhöhter Bedarf besteht, die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen stärker an den Aktionsplänen der WHO und anderen Standards im Bereich der Sexualaufklärung auszurichten. Es ist auch notwendig, ein begleitendes Monitoring einzuführen. Dieses Monitoring sollte zudem geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen. Wenngleich die Aktionspläne der WHO einen positiven, chancengerechten

¹¹ Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche häufig lieber mit externen Expert:innen zu Sexualität sprechen und Lehrpersonen nicht über notwendige Kompetenzen verfügen. Finanzielle Mittel für sexuelle Bildung (z. B. im Rahmen von Workshops im (außer-)schulischen Setting) fehlen jedoch häufig (UNESCO 2021a).

Zugang, der alle Lebensphasen umspannt, fordert und festschreibt, sind in Österreich noch nicht ausreichende Maßnahmen dafür gesetzt.

4 Sexuelle Gesundheit

In Österreich ist die Datenlage zu sexueller Gesundheit lückenhaft, insbesondere in Bezug auf nicht reproduktionsbezogene Aspekte der Sexualität, sexuelle Identität und die Vielfalt gelebter Sexualitäten. Hierbei gilt es auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede zu achten.

Da die sexuelle Gesundheit von Frauen nach wie vor stark aus der reproduktiven und der Risikoperspektive (z. B. Schwangerschaftsvorbeugung) betrachtet wird, gilt es, einen positiven Zugang zur gelebten weiblichen Sexualität zu fördern, der insbesondere Themen wie weibliche Lust, sexuelles Verlangen und eine Auseinandersetzung mit dem Orgasmus-Gap umfasst. Ziel ist es, Mädchen und Frauen in ihrer sexuellen Selbstbestimmtheit zu stärken.

Bei Männern hingegen wird das Thema der sexuellen Gesundheit und des sexuellen Wohlbefindens oft auf erektile Dysfunktion beschränkt. Dabei spielen auch für Männer Aspekte wie Körperbild, Selbstbewusstsein sowie emotionale Intimität eine wichtige Rolle (Carvalho et al. 2014).

Für trans und nicht binäre Personen stellen sich oft spezifische Herausforderungen in Bezug auf ihre sexuelle Gesundheit und das persönliche Erleben von Sexualität und Körperakzeptanz. Neben Diskriminierungserfahrungen fehlen in der Regelversorgung affirmative Angebote, die ihre spezifischen Bedürfnisse ansprechen. Zur Erreichung sexueller Zufriedenheit entwickeln trans Personen oft kreative und individuelle Praktiken, die das eigene Körpergefühl stärken und im Einklang mit der Geschlechtsidentität stehen (Gaiswinkler et al. 2023b; Hamm 2020).

4.1 Sexuelle Bildung und Informationsquellen zu sexueller Gesundheit

Im europäischen Raum wird v. a. Bezug auf die Kompetenzstandards zur Sexualaufklärung der BZgA/WHO (2011) genommen. Sie differenzieren nach unterschiedlichen Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren. Unabhängig vom Geschlecht definieren sie Kompetenzbereiche für Themen wie selbstbestimmte Entscheidungsfindung in Hinblick auf die eigene Sexualität, Sex

und Beziehungen, Medien und Sexualitäten oder den Umgang mit Gefühlen. Standards für Lebensphasen nach dem jungen Erwachsenenalter gibt es nicht.

Sexuelle Entwicklung findet von der Geburt bis ans Lebensende statt und ist ein lebenslanger Prozess. Demzufolge ist auch sexuelle Bildung ein lebenslanger Prozess. Jede Lebensphase hat ihre eigenen Themen und Entwicklungsschritte in Hinblick auf die sexuelle Entwicklung. Entsprechend variieren Themen der sexuellen Bildung pro Lebensphase (Böhm et al. 2022). Inwieweit Gender eine Rolle in der sexuellen Bildung spielt, wird nachfolgend anhand von Studien dargelegt. Einleitend wird beleuchtet, welche Zugänge der sexuellen Bildung im europäischen Raum aktuell State of the Art sind und welche Rolle Geschlecht dabei einnimmt. Das Kapitel schließt mit einem Exkurs auf Bedarfe und Bedürfnisse im Kontext der sexuellen Gesundheit im Erwachsenenalter und einem Fazit.

Negative, das heißt abstinenzorientierte Zugänge in der Sexuaufklärung sind erwiesenermaßen ineffektiv und üben einen negativen Einfluss auf die Sexualität der Jugendlichen aus. Ein restriktiver Umgang in den Curricula führt dazu, dass medizinisch falsche, stereotypisierte und stigmatisierende Informationen kommuniziert werden (UNESCO 2021a). Im Kontext von Gender und sexueller Bildung bedarf es zudem einer geschlechtergerechten Sexualpädagogik. Das bedeutet, dass Inhalte für alle Geschlechter so vermittelt werden, dass sich alle angesprochen fühlen. Das spiegelt sich in der verwendeten Sprache und auch in den Themen, die besprochen werden, sowie in der didaktischen Gestaltung sexualpädagogischer Angebote wider (BZgA 2024). Ein Scoping Review zu sexuellen Gesundheitsformationen in sozialen Medien zeigt, dass die bisherige Forschung zu sexuellen Gesundheitsinformationen in sozialen Medien wenig Auskunft über die jeweils intendierten und erreichten Zielgruppen des Materials gibt. Mehrheitlich wird in den Studien weder berichtet, welche Geschlechter jeweils angesprochen werden (nicht berichtet in 65,3 % der untersuchten Publikationen) oder erreicht werden (nicht berichtet: 73,6 %), noch, welche sexuellen Identitäten angesprochen werden (nicht berichtet: 83,3 %) oder erreicht werden (nicht berichtet: 90,3 %). Auch zu intendierten und erreichten Altersgruppen sind in den Studien kaum Informationen zu finden (Döring/Conde 2021).

Eine Übersichtsarbeit aus dem UK (Epps et al. 2023) zeigt, dass Inhalte im Bereich der schulischen Sexualpädagogik überwiegend heterozentrisch sind und queere Personen häufig nicht einbezogen sind. Themen zentrieren sich häufig ausschließlich auf das binäre Geschlecht, heterosexuellen Sex und Schwangerschaft. Lust wird selten thematisiert, was dazu führt, dass Jugendliche nicht wissen, dass Sex auch lustvoll sein darf. Die Vermittlung hete-

rozentrischer Inhalte wirkt sich negativ auf die emotionale Gesundheit sowie den Selbstwert aus und kann zu einem Gefühl der Isolation und Ausgrenzung führen. Für inter- und transgeschlechtliche Personen sind die Inhalte häufig nicht relevant (Epps et al. 2023).

Der Ansatz einer geschlechterreflektierten sexualpädagogischen Arbeit erkennt Geschlechterdifferenzen sowie die Vielfalt der Geschlechter an. Dabei werden bestehende Machtaspekte, die im Zusammenhang mit Geschlecht (z. B. in Hinblick auf Binarität) bzw. in Wechselwirkung mit anderen Merkmalen wie der sexuellen Orientierung (z. B. Heteronormativität) stehen, und deren Aus- und Wechselwirkungen auf Sexualität reflektiert. Der Ansatz ist dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern er ist mit einem positiven und lustorientierten Blick auf Sexualität verbindbar (Thuswald 2019).

Überblick über Aufklärungsstand und Informationsbedarfe

Ergebnisse für Österreich zum Aufklärungsstand zeigt eine Studie aus dem Jahr 2012. Dabei zeigen sich keine Geschlechterunterschiede (Strilic 2012). Der Großteil der Befragten hält sich selbst bei sexuellen Themen für aufgeklärt (58 %), 33 Prozent halten sich für ziemlich aufgeklärt, nur 8 Prozent für wenig aufgeklärt und 1 Prozent nicht. Auch eine Studie aus der Steiermark (N = 413) zeigt, dass sich Mädchen (n = 260) und Burschen (n = 153) beim allgemeinen Aufklärungsstand nicht unterscheiden (Harlander et al. 2011). Rezente, repräsentative Daten für den deutschsprachigen Raum liegen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2022 vor (Sexualaufklärung.de 2024). Bei der Frage unter den 14- bis 17-jährigen Personen, ob sie sich selbst zu sexuellen Fragen aufgeklärt fühlen, zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht: 80 Prozent der Mädchen und 79 Prozent der Burschen halten sich für aufgeklärt. Die repräsentative Studie zeigt jedoch gleichzeitig auch, dass sich junge Frauen und Männer zwar für aufgeklärt halten, dass aber gleichzeitig insgesamt 72 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu mindestens einem dieser Themen (siehe Tabelle 3) „insgesamt gerne mehr wissen“ wollen (BZgA 2022c).

Gleichzeitig zeigt die Studie aus Österreich (Strilic 2012), dass sich Geschlechterunterschiede bei der Frage zeigen, über welche Themen Jugendliche bereits mit jemanden sprechen konnten: Mehr Burschen als Mädchen gaben dabei „Selbstbefriedigung“ „Pornos“, „sexuelle Praktiken“ an, umgekehrt ist das bei den Themen „Zyklus der Frau“ sowie „Schwangerschaft und Geburt“. In der Studie aus der Steiermark wurden Mädchen und Burschen gefragt, über welche Themenbereiche der sexuellen Gesundheit sie gern mehr Be-

scheid wüssten. 18 Themenbereiche¹² standen zur Auswahl (Harlander et al. 2011). Themenbereiche, über die Jugendliche besonders häufig (mind. 15 % der Befragten) mehr wissen wollen, sind: Schwangerschaftsabbruch (weiblich: 7 %; männlich: 30 %), Homosexualität (weiblich: 19 %; männlich: 49 %), Samenerguss (weiblich: 20 %; männlich: 10 %), Selbstbefriedigung (weiblich: 25 %; männlich: 15 %), Pornografie (weiblich: 51 %; männlich: 20 %) und Beschneidung (weiblich: 33 %; männlich: 40 %). Geschlechterunterschiede zeigen sich auch beim Thema „sexuelle Gewalt“ und „Regel/Eisprung“: 20 Prozent der Burschen gaben an, mehr über sexuelle Gewalt wissen zu wollen (7 % der Mädchen). Zudem gaben 30 Prozent der Burschen an, mehr über die Regelblutung wissen zu wollen (Mädchen: 4 %). Die Studienautor:innen schlussfolgerten, dass insgesamt mehr Wissensbedarf besteht bei Themen, die typischerweise dem anderen Geschlecht zugeschrieben werden (siehe Harlander et al. 2011). Nach Angaben der jungen Männer und Frauen aus Workshops der AIDS-Hilfe ist die Menstruation für beide Geschlechter relevant (AIDS-Hilfe Steiermark 2019c; AIDS-Hilfe Steiermark 2019b).

Die Studie der BZgA zeigt, dass es Unterschiede in Hinblick auf Informationsbedarfe nach Geschlecht gibt. Allgemein geben mehr Mädchen als Burschen an, mehr über einen der abgefragten Themenbereiche wissen zu wollen. Tabelle 3 zeigt einen Überblick nach Themenbereichen (BZgA 2022c).

Tabelle 3: Überblick über Informationsbedarfe von 14- bis 25-Jährigen nach Geschlecht in Deutschland

Themenbereich	in Prozent der Mädchen / jungen Frauen	in Prozent der Burschen / jungen Männer
sexuelle Praktiken	39	36
Geschlechtskrankheiten	35	31
Schwangerschaft, Geburt	36	24
Schwangerschaftsabbruch	33	25
Empfängnisverhütung	30	25
sexualisierte Gewalt	30	21

¹² Geschlechtsorgane, Geschlechtskrankheiten, AIDS, Schwangerschaftsabbruch, sexuelle Praktiken, sexuelle Gewalt, Homosexualität, Ehe und Partnerschaft, Schwangerschaft/Geburt, Zärtlichkeit/Liebe, Verhütung, Regel/Eisprung, Samenerguss, Rolle von Mann/Frau, Selbstbefriedigung, Pornografie, Pubertät, Beschneidung

Themenbereich	in Prozent der Mädchen / jungen Frauen	in Prozent der Burschen / jungen Männer
Ehe und Partnerschaft	23	19
Regel, Eisprung	24	22
Zärtlichkeit, Liebe	22	21
Rolle von Mann und Frau	20	16
Homosexualität	20	14

Quelle: BZgA (2022c); Darstellung: GÖG

Methodische Anmerkung: Themen der sexuellen Gesundheit sind vielfältig, Daten zu dem Wissenstand über einzelne Themen finden sich in den jeweiligen Kapiteln, wie beispielsweise zu Verhütung in Kapitel 5.1 oder zu Safer Sex in Kapitel 4.3.

Personen und Medien als Informationsquellen

Die aktuellste Studie (Querschnittserhebung) für Österreich stammt aus dem Jahr 2012: In der Studie (Strilic 2012) zeigten sich signifikante geschlechtsabhängige Unterschiede bei der Verwendung von Zeitschriften (mehr Mädchen), Fernsehen (mehr Burschen), Internet (mehr Burschen) und Pornos (mehr Burschen). Bei der Kategorie „Personen als Informationsquellen“ zeigte sich, dass mehr Mädchen Ärzt:innen konsultieren, mehr Burschen den Vater und mehr Mädchen die Mutter. Printmedien wie kostenlose Aufklärungsbroschüren, Zeitungen/Illustrierte und Bücher spielten für Mädchen und junge Frauen eine deutlich wichtigere Rolle als Informationsquelle als für gleichaltrige Burschen/Männer (Strilic 2012). Laut einer steirischen Befragung nutzt rund ein Drittel der Burschen Pornografie als Informationsquelle für Sexualität. Im Gegensatz dazu geben 7 Prozent der Mädchen bei Informationsquellen über Sexualität Pornografie an (Harlander et al. 2011).

Das Internet ist ein Sozialisations- und Informationsraum über sexuelle Gesundheit. Im Jahr 2019 gaben 56 Prozent der Mädchen und 60 Prozent der Burschen in Deutschland an, dass ihre Kenntnisse über Sexualität, Reproduktion und Empfängnisverhütung überwiegend aus dem Internet stammten. 2014 waren es bei den Mädchen noch 39 Prozent und bei den Burschen 47 Prozent (BZgA 2021e).

Wenn sich Personen im Alter zwischen 14 und 25 Jahren über sexuelle Inhalte informieren wollen, googeln sie am häufigsten. In der Gruppe der Internetnutzer:innen geben 79 Prozent der Burschen und 83 Prozent der Mädchen an, Google zu nutzen. YouTube wird von jungen Männern (22 %) deutlich öfter genutzt als von jungen Frauen (14 %). Bei Wikipedia ist der Unterschied geringer (16 % Mädchen vs. 19 % Burschen) (BZgA 2021e).

Bei der Frage, wo Jugendliche etwas erfahren haben, was für sie wichtig war, zeigen sich ebenso Geschlechterunterschiede. Aufklärungs- und Beratungsseiten (49 % Mädchen vs. 35 % Burschen), Foren und Austausch mit Expert:innen (37 % Mädchen vs. 28 % Burschen) spielen für Mädchen/Frauen eine deutlich größere Rolle als für gleichaltrige Burschen/Männer. Ein umgekehrtes Verhältnis zeigt sich bei Sexfilmen: 38 Prozent der jungen Männer geben sie als Informationsquelle/Aufklärungsquelle an und nur 16 Prozent der gleichaltrigen jungen Frauen. Bei der Frage nach präferierten Medien der Wissensvermittlung zeigen sich Geschlechterunterschiede bei Printmedien, die für Mädchen / junge Frauen eine deutlich wichtigere Rolle spielen als für Burschen: Bücher (34 % vs. 23 %), kostenlose Aufklärungsbroschüren (28 vs. 19 %), Zeitungen/Illustrierte (26 vs. 16 %), Jugendzeitschriften (18 vs. 13 %) (BZgA 2021e).

In der Studie der BZgA wurden keine Informationen zu inter, trans oder nicht binären Personen erhoben. Internationale Studien zeigen, dass für queere Personen das Internet im Vergleich zu nicht queeren Personen eine größere und wichtigere Informationsquelle darstellt (Epps et al. 2023).

Wichtigste Personen der Sexualaufklärung

Für Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren war die Mutter die wichtigste Ansprechperson bei sexuellen Fragen (61 %; bei Burschen 30 %), gefolgt von der besten Freundin (51 %). Für gleichaltrige Burschen ist der beste Freund am wichtigsten (41 %; 6 % der Mädchen wenden sich an den besten männlichen Freund), gefolgt vom Vater (41 %). Ärzt:innen spielen für Mädchen eine wichtigere Rolle als für Burschen: 12 vs. 2 Prozent (Scharmanski/Hessling 2022). Die Ergebnisse unterscheiden sich teilweise in Abhängigkeit davon, ob ein Migrationshintergrund gegeben ist: Lehrkräfte spielen zum Beispiel für Menschen mit Migrationshintergrund eine größere Rolle, dasselbe gilt für Geschwister. Dabei zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht (Scharmanski/Hessling 2021b). Partner:innen im Sinne von Beziehungspersonen spielen bei beiden Geschlechtern eine untergeordnete Rolle. Bei 12 Prozent der Mädchen und bei 13 Prozent der Burschen waren die Partner:innen wichtige Ansprechpersonen.

Bei der Frage, ob Sexualität und Partnerschaft im Elternhaus thematisiert werden, zeigen sich zwischen den 14- bis 25-jährigen Mädchen/Frauen und den gleichaltrigen Burschen/Männern Unterschiede: 74 Prozent der weiblichen Befragten (ohne Migrationshintergrund) geben an, die Themen im Elternhaus zu besprechen. Bei den männlichen Befragten (ohne Migrationshintergrund) sind es 10 Prozent weniger. Bei Personen mit Migrationshintergrund zeigt sich ein ähnliches Verhältnis zwischen den Geschlechtern, aber generell wird sexuelle Gesundheit weniger thematisiert: 49 Prozent der Mädchen / jungen Frauen mit Migrationshintergrund geben an, die Themen mit Eltern zu besprechen. Bei den Burschen / jungen Männern sind es 8 Prozent weniger (41 Prozent, Scharmanski/Hessling 2021b).

Beratungsstellen

Fast gleich viele Mädchen (8 %) wie Burschen (7 %) geben an, schon einmal eine Beratungsstelle für Verhütungsberatung aufgesucht zu haben. Eine tendenziell etwas stärkere Inanspruchnahme zeigt sich bei volljährigen jungen Männern mit Migrationsgeschichte (10 %) sowie bei volljährigen Frauen mit türkischen Wurzeln (10 %). Dasselbe trifft zu auf gleichaltrige Frauen mit niedriger Bildung (11 %) sowie auf gleichaltrige Männer, die noch nie Geschlechtsverkehr hatten (11 %). Auch auf Personen, die vor ihrem 14. Lebensjahr Geschlechtsverkehr hatten, trifft es häufiger zu (13 %). Häufiger werden Beratungsstellen auch aufgesucht, wenn der eigene Körper nur schlecht oder gar nicht akzeptiert wird (11 %) – das trifft am häufigsten bei volljährigen Frauen zu (16 %). Ein weiteres Motiv, Beratung zu suchen, stellen Fragen zur sexuellen Orientierung dar. Die Betroffenen kommen meist durch Informationsveranstaltungen von Schulen mit den Beratungsstellen in Kontakt. Eine stärkere Berücksichtigung der Lebensphasen sowie weiterer sozioökonomischer Determinanten wäre wichtig, nachdem Zugänge zu Informationen und Gesundheitsleistungen oft hochschwellig sind (z. B. Verhütungsmittel sind eine Frage der Leistbarkeit). (BZgA 2022b)

Sexualkundeunterricht

Bei den behandelten Themen des Sexualkundeunterrichts zeigt sich, dass mehr Mädchen als Burschen angeben, dass die Themen „Schwangerschaft und Geburt“, „Schwanger-

schaftsabbruch“ sowie „Regel, Eisprung“ behandelt wurden. Beim Thema „Sexuelle Praktiken“ geben dies häufiger Burschen an. Für die anderen abgefragten Themen¹³ zeigen sich keine oder nur minimale Geschlechterunterschiede (Scharmanski/Hessling 2021a).

Exkurs: Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter aus gendersensibler Perspektive

Die Studien zur sexuellen Bildung beziehen sich im deutschsprachigen Raum ausschließlich auf die Adoleszenz und zum Teil auf Studierende. Für Personen im Erwachsenenalter¹⁴ liegen keine Daten vor. Hierfür wurden internationale Ergebnisse einbezogen, diese werden im Folgenden dargestellt. International gesehen gibt es für ältere und alte Menschen im Vergleich zu Kinder- und Jugendsexualität wenige Studien, wenngleich sexuelle Bildung eine lebenslange Aufgabe und Ressource darstellt (Ezhova et al. 2020). Um Mythen und Tabus abzubauen sowie mehr Wissen aufzubauen, braucht es sexuelle Bildung bis in das hohe Erwachsenenalter (Portellos et al. 2023; Schultz-Zehden 2013). In der systematischen Literaturrecherche wurden keine Übersichtsarbeiten gefunden, weshalb Einzelstudien einbezogen wurden.

Eine qualitative Erhebung (Stichprobe: 17 Personen im Alter von 53 bis 77 Jahren) zeigt, dass Themen wie sexuelle Veränderungen im Alter und Strategien für den Umgang damit, Geschlechtskrankheiten und Risikofaktoren, Hilfsmittel zur Erweiterung des sexuellen Repertoires, Mythen über Sexualität im fortgeschrittenen Alter, Masturbation und Dating wichtige Themen sind (Pierpaoli-Parker 2020). Eine Interviewstudie (Fileborn et al. 2017) mit 32 Frauen und 30 Männern (alle cisgeschlechtlich; mittlerer bis höherer sozioökonomischer Status), die älter als 60 Jahre sind, zeigt, dass historische und soziokulturelle Aspekte auf sexuelle Bildung Einfluss nehmen. Teilnehmende berichten vor allem über eine negative, repressive sexuelle Bildung (insb. bei katholisch-religiöser Erziehung) und den Gefahrendiskurs, der ihr sexuelles Lernen geprägt hat. Lernen über Sexualität fand häufig in Diskussionen und im Austausch auf dem Schulhof oder über Missinformationen von Peers statt. Für Frauen waren vor allem Informationen zu Schwangerschaftsverhütung Teil der

¹³ Geschlechtsorgane, körperliche Entwicklung, Empfängnisverhütung, Geschlechtskrankheiten, Homosexualität, sexuelle Gewalt, Zärtlichkeit und Liebe

¹⁴ Die ÖGF bietet Workshops unter dem Titel „Sexuelle Bildung für Erwachsene“ (<https://oegf.at/sexuelle-bildung-erwachsene/>) an. Auch im Rahmen sexualpädagogischer Beratung findet sexuelle Bildung statt, die prinzipiell für alle Altersgruppen offen sind.

sexuellen Bildung sowie die Botschaft, dass Sex und Schwangerschaft außerhalb der Ehe schambehaftet und stigmatisiert sind. Informationsquellen für die befragten Frauen und Männer sind in ihrer aktuellen Lebensphase das Internet, Medien (v. a. TV) und das Gesundheitswesen (Broschüren in Kliniken). Informationen aus Broschüren sind häufig zu generell und wenig abgestimmt auf Bedürfnisse, die mit der aktuellen Lebensphase zusammenhängen, und daher nach Aussage der Befragten nicht hilfreich. Workshops wurden sehr selten als Quelle genannt (n = 7), obwohl die Befragten Workshops als für sie wichtigen Austausch- und Informationsraum nennen, um über Sexualität zu sprechen. Die Studienautor:innen schlussfolgerten, dass Mythen (z. B. sexuell übertragbare Infektionen betreffen nur jüngere Menschen) und Stereotype über Sexualität in späteren Lebensabschnitten reflektiert werden müssten (Fileborn et al. 2017).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es bis dato für Österreich keine repräsentativen Daten zu sexueller Bildung (Quellen, Kompetenzen, Zugang zu Wissen) gibt. Die wenigen vorhandenen Studien begrenzen sich auf kleinere Stichproben, sind heteronormativ bzw. binär, liegen zum Teil bereits 10 Jahre zurück und fokussieren auf Jugendliche. Daten zu Personen im Erwachsenenalter, zu Personen im hohen Alter sowie zu geschlechtlichen Minderheiten fehlen gänzlich. Hier können erste Schlüsse für Österreich auf Basis internationaler Studien gezogen werden: Das Themenspektrum zu sexueller Bildung ist breit und es zeigen sich nur selten geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinblick auf Wissensstand und Informationsbedarf. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden hingegen bei Informationsquellen und zum Teil bei Informationsbedarfen sichtbar. Es konnten durch die mangelhafte Studienlage nicht alle relevanten sexualpädagogischen Themenfelder systematisch behandelt werden. Benachteiligt sind in puncto sexueller Bildung insbesondere geschlechtliche Minderheiten. Im Sinne der Intersektionalität muss auf besondere Bedürfnisse geachtet werden, welche beispielsweise Personen geschlechtlicher oder sexueller Minderheiten, Personen mit Behinderungen, wohnungslose Personen und Personen mit Migrations- oder Fluchterfahrung mitbringen können (UNPF 2021).

4.2 Gelebte Sexualitäten

Die Thematik der sexuellen Gesundheit erstreckt sich über den Rahmen rein physischer Funktionen und gesunder Sexualorgane hinaus. Eine umfassende Betrachtung bezieht auch emotionale Aspekte, zwischenmenschliche Beziehungen und die sexuelle Identität mit ein. In diesem Kapitel werden verschiedene Facetten gelebter Sexualitäten betrachtet, angefangen bei der sexuellen Orientierung über die sexuelle Entwicklung sowie Begehren und Lust

bis hin zur sexuellen Zufriedenheit. Diese Aspekte spielen eine zentrale Rolle für das individuelle Wohlbefinden und die psychische Gesundheit, insbesondere da gesellschaftliche Normen und Erwartungen, beispielsweise Heteronormativität, einen starken Einfluss auf das Selbstverständnis und die Erfahrungen von Individuen haben können. Des Weiteren wird der Einfluss von Erkrankungen auf gelebte Sexualitäten untersucht, da Krankheiten – sowohl körperlich als auch psychosozial – tiefgreifende Auswirkungen auf die Sexualität haben können.

4.2.1 Sexuelle Orientierung

Ein integraler Bestandteil der sexuellen Identität ist die sexuelle Orientierung. Sexuelle Orientierung bezeichnet die emotionale, psychische und erotische Anziehung zwischen Menschen. Individuelle Präferenzen in Bezug auf romantische Beziehungen und sexuelle Partner:innen können im Lauf des Lebens variieren. Sexuelle Orientierung ist als integraler Bestandteil der Persönlichkeit angeboren und kann nicht willentlich gewählt werden. Sie kann sich im Verlauf der individuellen Entwicklung verschieben. In unserer Gesellschaft wird heterosexuelles Begehren und (sexuelles) Begehren an sich immer noch als Norm betrachtet, was potenziell dazu führt, dass nicht heterosexuelle, inklusive asexueller, Lebensweisen marginalisiert und diskriminiert werden (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021). Erfahrung von Diskriminierung, psychischer und physischer Gewalt sowie sozialer Ausgrenzung können ernste negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit nicht heterosexueller Personen haben. Folglich haben diese ein höheres Risiko für einen schlechteren Gesundheitszustand, für Angststörungen, Depression sowie substanzbezogene Abhängigkeiten wie Alkohol- und Drogenmissbrauch (Gaiswinkler et al. 2023b; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021). Eine zunehmende Akzeptanz sexueller Vielfalt in der Gesellschaft kann positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit und Gesundheit nicht heterosexueller Individuen haben (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021).

In den aktuellen Studien zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten österreichischer Schüler:innen sowie Lehrlinge wurde erstmals die sexuelle Orientierung junger Erwachsener in Österreich abgefragt. Bei Schülerinnen der neunten Schulstufe gab ein Viertel (24,6 %) an, nicht heterosexuell zu sein, davon waren 10 Prozent nach eigenen Angaben noch unsicher über ihre sexuelle Orientierung (Felder-Puig et al. 2023c). In der elften Schulstufe und bei den weiblichen Lehrlingen war es je etwa ein Fünftel, das nicht heterosexuell ankreuzte, und davon gaben etwa 6 Prozent an, unsicher in Bezug auf die sexuelle Orientierung zu sein. Bei den Schülern beider Schulstufen sowie bei männlichen Lehrlingen gaben

7,7 bis 9,2 Prozent an, nicht heterosexuell zu sein, etwa 3 Prozent der jungen Männer aller Gruppen waren sich unsicher (Felder-Puig et al. 2023c; Felder-Puig et al. 2023b). HBSC-Studie und Lehrlingsgesundheitsbericht sind österreichweit die ersten repräsentativen Studien, in deren Rahmen die sexuelle Orientierung der Befragten erfasst wurde. Dementsprechend gibt es für andere Bevölkerungsgruppen keine repräsentativen Zahlen, sondern nur allgemeine Schätzwerte von zwischen 5 und 15 Prozent der Gesamtbevölkerung, die nicht heterosexuell sind (Haunhorst 2016; WAST).

4.2.2 Sexuelle Entwicklung

In der sexuellen Entwicklung folgen die meisten Jugendlichen demselben sequenziellen Ablauf in individueller Geschwindigkeit. Bevor Jugendliche Genitalien in die sexuellen Aktivitäten miteinbeziehen, werden andere Formen sexueller Intimität geteilt, wie Küssen, Umarmen oder Ähnliches. Durch die gesammelten Erfahrungen vergrößert sich der sexuelle Handlungsspielraum im Laufe des Alterwerdens (Boislard et al. 2016).

In jüngster Zeit hat sich die Ausrichtung der Forschung zur sexuellen Entwicklung von Jugendlichen verstärkt darauf konzentriert, die sexuelle Intimität in Partnerschaften als eine entwicklungsbezogene Aufgabe im Erwachsenwerden anzuerkennen (Boislard et al. 2016). Die Ergebnisse der 9. Welle der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2021a) zu Jugendsexualität zeigen, dass das Vorhandensein einer festen Partnerschaft einen signifikanten Einflussfaktor auf das Sammeln sexueller Erfahrungen bei Jugendlichen sowie auf die Regelmäßigkeit der sexuellen Aktivitäten darstellt. Bei partnerlosen Jugendlichen zeigt sich, dass junge Frauen seltener ein aktives Sexualleben haben (BZgA 2022a). Romantische Beziehungen dienen nicht nur als normative Rahmenbedingung für das Entstehen und Fortbestehen sexuellen Verhaltens bei jungen Menschen, sondern sie scheinen auch förderlich für positivere sexuelle Erfahrungen zu sein (Boislard et al. 2016; BZgA 2021a). So zeigen die Ergebnisse der BZgA-Studie, dass 63 Prozent der Mädchen und jungen Frauen, bei denen ein Naheverhältnis zu ihren Partner:innen bestand, positiv auf den ersten Koitus zurückblickten. Bei jenen ohne Naheverhältnis berichteten 26 Prozent von einem positiven Erlebnis (BZgA 2022a).

Wie eine Literaturübersicht von Boislard et al. (2016) zeigt, belegen Langzeitstudien, dass ein im Vergleich zu einem normativen Zeitpunkt zu frühes oder zu spätes Einsetzen sexueller Aktivität mit erhöhten mentalen und sexuellen Gesundheitsproblemen, schlechteren Peer-Beziehungen und größeren Anpassungsschwierigkeiten einhergeht. In der Übersichts-

arbeit werden die genauen Zeitpunkte für den frühen und späten Beginn nicht explizit angegeben, da dieser durch den sozialen und kulturellen Kontext bestimmt ist. Jedoch wird der Zeitraum des frühen Geschlechtsverkehrs in der frühen und mittleren Adoleszenz angesiedelt, während der späte Beginn oft in den späten Teenagerjahren oder im frühen Erwachsenenalter liegt. Diese Erkenntnisse stimmen mit Lebensspannen- und Lebensverlaufstheorien überein, die die Bedeutung dessen betonen, Entwicklungen im Einklang mit Gleichaltrigen desselben sozialen Kontexts und den soziokulturellen Normen einer bestimmten Kohorte zu durchlaufen. Abweichungen, sei es durch eine zu frühe oder eine zu späte Entwicklung, bringen zusätzliche Herausforderungen mit sich, die über die Schwierigkeiten der Entwicklungen hinausgehen (Boislard et al. 2016).

In aktuellen Studien zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten österreichischer Schüler:innen sowie Lehrlinge wurden diese gefragt, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatten und wie alt sie dabei waren (Felder-Puig et al. 2023c; Felder-Puig et al. 2023b). Etwa ein Viertel der Schüler:innen in den Schulstufen 9 und 11¹⁵ hatte bereits Geschlechtsverkehr, bei den Lehrlingen waren es etwa zwei Drittel, wobei 84 Prozent der Schüler:innen und 90 Prozent der Lehrlinge beim ersten Geschlechtsverkehr 14 Jahre alt oder älter waren. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den jungen Frauen und den jungen Männern. Schüler:innen und Lehrlinge, die bei der Frage nach dem Geschlecht „divers“ angegeben haben, sowie nicht heterosexuelle Schüler:innen und Lehrlinge wurden zwar erfasst, jedoch nicht gesondert ausgewertet.

In beiden Studien wird nicht klar, wie Geschlechtsverkehr genau definiert ist. Des Weiteren können aus der Frage allein keine Erkenntnisse daraus gewonnen werden, ob und inwieweit Jugendliche bereits sexuell aktiv sind. Die Terminologie „Geschlechtsverkehr“ suggeriert eine sehr eng gefasste und heterosexuelle Definition dessen, was „richtiger“ Sex ist, nämlich Penis-Vaginal-Sex (Dewaele et al. 2017; Nelson et al. 2016; Sanchez et al. 2020).

Insbesondere führen derartige Fragestellungen dazu, dass die vielfältige Bandbreite sexueller Erfahrungen verdeckt wird, die Menschen innerhalb oder außerhalb der Grenzen von penetrativem Sex machen können. Stattdessen definieren eine übermäßige Betonung der Penetration und der Fokus auf Risiken (wie Schwangerschaft, sexuell übertragbare Infektionen) die Sexualität bzw. die Frage, was „echter“ Sex ist (Fahs/McClelland 2016). Fraglich

¹⁵ Die Stichprobe der HBSC-Studie wird nach Schulstufen gezogen und deshalb nicht nach Alter der Schüler:innen ausgewertet. Die Schüler:innen der 9. bzw. 11. Schulstufen sind im Schnitt etwa 15 bzw. 17 Jahre alt (siehe auch Felder-Puig et al. 2023c).

ist, inwieweit sich die Erfahrungen von Jugendlichen, die andere Formen der Sexualität praktizieren, in einer solchen Fragestellung wiederfinden (Boislard et al. 2016). In Studien zu Männern, die Sex mit Männern haben, wird der Übergang zu einem aktiven Sexualleben mit dem ersten Analverkehr gekennzeichnet. Für Frauen, die Sex mit Frauen haben, gibt es zum Beispiel keinen äquivalenten Marker zum Übergang in ein aktives Sexualleben (Dion/Boislard 2020).

Diese Sichtweise schränkt insbesondere die Vielfalt individueller sexueller Ausdrucksformen ein und stellt Fragen nach der Bedeutung und dem Wert von Begehren und Lust in den Vordergrund. Insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene, die ihre Sexualität erforschen, spielen nicht nur sexuelle Praktiken, sondern auch das Erleben von Begehren und Lust eine entscheidende Rolle für die Entwicklung eines positiven Verständnisses ihrer Sexualität (Boislard et al. 2016).

Eine Studie von Hamm (2020) beleuchtet, wie beispielsweise trans Personen einen oft komplexen Lernprozess durchlaufen, um zu einer befriedigenden und selbstbestimmten Sexualität zu finden. Diese Entwicklung beinhaltet häufig das Experimentieren mit sexuellen Praktiken, die im Einklang mit dem individuellen Körpergefühl und der Geschlechtsidentität stehen. Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass der sexuelle Lernprozess bei trans Personen stark von ihrer Fähigkeit abhängt, sich von gesellschaftlichen Erwartungen zu lösen und neue, selbstbestimmte Wege zu finden, um sexuelle Intimität zu erleben. Dieser Prozess zeigt, dass sexuelle Entwicklung nicht nur von körperlichen Veränderungen, sondern auch von kognitiven und emotionalen Anpassungen geprägt ist (Hamm 2020).

4.2.3 Sexuelles Begehren und Lust

Anknüpfend an die Betrachtung der sexuellen Entwicklung im vorigen Kapitel spielen sexuelles Begehren und Lust eine zentrale Rolle in der kontinuierlichen Entwicklung der sexuellen Gesundheit. Beide Aspekte gehen weit über physische Funktionen hinaus und umfassen emotionale, psychische und soziale Dimensionen. Im Einklang mit der WHO-Definition von sexueller Gesundheit bilden sexuelles Begehren und Lust wesentliche Grundlagen für eine gesunde Selbstwahrnehmung und stärken das Selbstwertgefühl, die emotionale Nähe und das psychische Wohlbefinden. Sexuelles Begehren ist für viele Menschen ein bedeutender Bestandteil ihrer Sexualität, sei es in partnerschaftlicher Hinsicht, bei der Masturbation bzw. Solosexualität oder einer Kombination aus beiden und/oder anderen Dimensionen.

Sexuelles Begehren wird als das individuelle Verlangen nach oder die individuelle Anziehung von sexueller Intimität verstanden und es ist von physischen, psychologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen geprägt. Individuelle Anziehung beschreibt hierbei das subjektive Empfinden von Interesse oder eines Wunsches nach Nähe und Intimität, das sich auf unterschiedliche Personen oder Erfahrungen beziehen kann und stark von persönlichen Vorlieben sowie gesellschaftlichen Normen beeinflusst wird (Rothmüller 2019). Diese Anziehung und das daraus resultierende Begehren stehen oft in enger Beziehung zur Lust, die als das Erleben von Zufriedenheit und Freude durch die Erfüllung des Begehrens verstanden wird (Zurbriggen/Yost 2004). Ein gesundes Erleben von sexuellem Begehren kann Menschen dabei unterstützen, ein positives Verhältnis zu ihrem Körper und zu ihren Bedürfnissen zu entwickeln. Forschungen zeigen, dass das Ausleben von Lust und Verlangen in einer wertschätzenden, nicht stigmatisierenden Umgebung oft zu einer größeren Lebenszufriedenheit und einer stärkeren psychischen Resilienz führt. Ein solcher positiver Ansatz fördert die sexuelle Gesundheit, indem er die Vielfalt individueller Bedürfnisse anerkennt und sexuelles Begehren als wichtigen Aspekt der menschlichen Gesundheit wertschätzt (Bradford/Spencer 2020; Rothmüller 2019).

Wie bereits in Kapitel 3.2.2 ausgeführt, spielen soziale und kulturelle Normen auch eine prägende Rolle bei der Entwicklung und Wahrnehmung von sexuellem Begehren. Insbesondere geschlechtsspezifische Erwartungen beeinflussen, wie sexuelles Verlangen ausgedrückt wird und welche Formen des Begehrens als „angemessen“ gelten. In vielen Kulturen wird Männern bzw. maskulin gelesenen Personen häufig ein höheres sexuelles Verlangen zugeschrieben, während Frauen bzw. feminin gelesenen Personen ein geringeres Bedürfnis unterstellt wird (Masters et al. 2013). Diese Annahmen spiegeln jedoch weniger tatsächliche Unterschiede wider, sondern basieren auf kulturell verankerten Geschlechterrollen, die Männern aktives und Frauen passives Begehren zuweisen. Diese normativen Erwartungen können einschränkend wirken und weder die realen Wünsche noch die sexuellen Bedürfnisse der Individuen zutreffend darstellen (Masters et al. 2013; Murray 2018). Darüber hinaus können sie das Selbstbild und die sexuelle Autonomie beeinflussen, da sie Erwartungen festlegen, die viele Menschen – besonders Frauen und genderdiverse Personen – als einschränkend erleben.

Der gesellschaftliche Druck, bestimmte Normen zu erfüllen, zeigt sich auch in der Art, wie Lust und Begehren im kulturellen Diskurs bewertet werden. Murray (2018) beschreibt, dass sexuelle Skripte, also gesellschaftliche „Anleitungen“ für angemessenes sexuelles Verhalten, stark geschlechtsspezifisch geprägt sind und Männern aktives Begehren zuschreiben,

während Frauen eher in passive Rollen gedrängt werden. Diese stereotypisierten Vorstellungen beeinflussen das sexuelle Wohlbefinden, indem sie die Möglichkeit einschränken, Begehren frei auszudrücken oder zu erleben (Murray 2018).

Untersuchungen zu jungen Menschen zeigen, dass diese Normen schon früh Einfluss auf das sexuelle Begehren nehmen. Rothmüller (2019) hebt hervor, dass die sexuelle Sozialisation oft durch eine „Begehrenshierarchie“ geprägt ist, die heterosexuelle und reproduktionsorientierte Praktiken als zentral für das sexuelle Erleben darstellt. Diese Norm kann dazu führen, dass alternative Formen des Begehrens und der Lust, etwa in LGBTIQ+-Kontexten, unsichtbar gemacht oder als „abweichend“ betrachtet werden. Diese gesellschaftliche Hierarchisierung kann sich negativ auf das sexuelle Selbstbild von Menschen auswirken, die nicht den heteronormativen Vorstellungen entsprechen, und stellt eine Barriere für das Erleben sexueller Gesundheit und Autonomie dar (Rothmüller 2019).

Eine Untersuchung von Bradford und Spencer (2020) zeigt, dass transgener und genderdiverse Menschen oft Schwierigkeiten haben, ihr sexuelles Begehren in einer cisnormativen Gesellschaft zu erleben, die cisnormative Vorstellungen als Standard setzt. Diese Erwartungen schaffen ein Umfeld, in dem sexuelles Verlangen oft pathologisiert oder ignoriert wird, wenn es nicht den etablierten Normen entspricht. Insbesondere die Vernachlässigung des individuellen Lustempfindens in der Forschung trägt dazu bei, dass geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in Bezug auf Begehren unzureichend berücksichtigt wird (Bradford/Spencer 2020). Die Ergebnisse von Hamm (2020) zeichnen diesbezüglich ein differenzierteres Bild. Für trans Personen, die keine genitalangleichende Operation anstreben, spielt der kreative Umgang mit der eigenen Körperlichkeit eine zentrale Rolle im Erleben von sexuellem Begehren und Lust. Viele trans Personen finden alternative Wege, sexuelle Intimität und Lust zu erleben, indem sie ihre individuellen Körpermerkmale und Genitalien auf neue Weise interpretieren und einsetzen. Diese Herangehensweise ermöglicht es ihnen, trotz gesellschaftlicher Erwartungen an geschlechtstypische Sexualität ein hohes Maß an Lust zu erfahren. Es wird deutlich, dass Lust und Begehren nicht zwangsläufig an die Normen cisgeschlechtlicher und heteronormativer Vorstellungen von Sexualität gebunden sind. Vielmehr eröffnen trans Personen durch ihren Umgang mit geschlechtlich atypischen Körpermerkmalen neue Dimensionen der sexuellen Selbstwahrnehmung und Selbstbestimmung.

Das Erleben von sexuellem Begehren und Lust spielt nicht nur in partnerschaftlichen Kontexten eine Rolle, sondern auch in der individuellen Selbstexploration. Für viele Jugendliche wird Masturbation zu einem zentralen Bestandteil der sexuellen Selbstentfaltung und trägt

zur Entwicklung eines gesunden Körperbewusstseins und einer positiven Einstellung zur eigenen Sexualität bei.

4.2.4 Jugendliche und Selbstexploration

Masturbation spielt eine zentrale Rolle in der sexuellen Selbstexploration und kann für Jugendliche ein wichtiges Mittel zur Entwicklung sexueller Autonomie und eines positiven Körpergefühls sein. Diese Form der Selbstexploration ermöglicht es Jugendlichen, ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen ohne gesellschaftliche Erwartungen zu entdecken. Masturbation kann in einem unterstützenden Umfeld das Selbstbewusstsein und die sexuelle Autonomie stärken, was langfristig zu frühen positiven sexuellen Erfahrungen und letztlich sexueller Gesundheit beiträgt.

Die BzGA-Studie zur Jugendsexualität zeigt beim Thema Masturbation geschlechtsspezifische Unterschiede, wobei männliche Jugendliche aller Altersstufen häufiger und früher damit beginnen als gleichaltrige weibliche Jugendliche. Masturbationserfahrungen werden zudem von Faktoren wie Bildungsabschluss, Religionszugehörigkeit, Geschlechtsverkehrerfahrung und sexueller Orientierung beeinflusst. Insbesondere in Bezug auf die sexuelle Orientierung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Nicht heterosexuelle junge Frauen gaben im Gegensatz zu heterosexuell orientierten Frauen häufiger an, zu masturbieren, während bei jungen Männern ein solcher Unterschied nicht ersichtlich ist. Es wird besonders bei jungen Frauen deutlich, dass die Häufigkeit von Masturbationserfahrungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (BzGA 2022a). Dennoch bestehen kulturelle Tabus und geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Masturbation. Während männliche Jugendliche Masturbation oft als selbstverständlichen Teil des Erwachsenwerdens erleben, unterliegt sie für weibliche Jugendliche oft einer stärkeren sozialen Stigmatisierung. Diese ungleiche Bewertung kann die sexuelle Autonomie weiblicher Personen in Bezug auf Masturbationserfahrungen einschränken und ein negatives Körperbild fördern (Murray 2018).

Zu transgeschlechtlichen und genderdiversen Jugendlichen gibt es keine Daten aus dem deutschsprachigen Raum. Für sie stellt Masturbation eine Möglichkeit zur Erforschung der eigenen Sexualität dar, die in einem geschützten Rahmen stattfinden kann. Diese Exploration des eigenen Körpers und der Lust kann jedoch durch geschlechtsdysphorische Empfindungen beeinflusst werden (Brandon-Friedman et al. 2021). Wie Brandon-Friedman et al. (2021) hervorheben, ist die Fähigkeit, sexuelles Vergnügen zu erleben, häufig mit dem Wohlfühl im eigenen Körper verknüpft. Einige genderdiverse Jugendliche empfinden ihre

Anatomie als konfliktrichtig im Verhältnis zur eigenen Geschlechtsidentität (Geschlechtsinkongruenz). Dies kann in manchen Fällen zu einer Vermeidung der Interaktion mit bestimmten Körperteilen führen. Gleichzeitig bietet Masturbation das Potenzial zur Stärkung sexueller Autonomie, insbesondere dann, wenn kognitive Strategien wie das Umbenennen oder Neuinterpretieren von Körperteilen verwendet werden, um diese besser mit der eigenen Identität zu verbinden (Brandon-Friedman et al. 2021).

4.2.5 Sexuelle Zufriedenheit

Sexuelle Zufriedenheit ist ein wichtiger Aspekt der sexuellen Gesundheit und des Wohlbefindens. Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS) erfasste detaillierte Einblicke in die Zufriedenheit von Männern und Frauen in diesem Bereich (Klimont 2019). Insgesamt zeigt sich, dass viele Menschen in Österreich mit ihrem Sexualleben zufrieden sind, wobei bei einzelnen Aspekten geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen:

- Rund 10 Prozent der Männer und Frauen bezeichnen sich als (sehr) unzufrieden.
- Etwa 22 Prozent der Männer und 27 Prozent der Frauen geben an, neutral zur eigenen sexuellen Zufriedenheit zu stehen, also weder besonders zufrieden noch unzufrieden zu sein.
- Über ein Drittel der Männer und knapp weniger als ein Drittel der Frauen schätzen sich als (sehr) zufrieden ein.

Faktoren wie Geschlecht, Alter und Gesundheitsaspekte beeinflussen diese Zufriedenheit. Menschen zwischen 30 und 59 Jahren berichten häufiger von hoher Zufriedenheit, während jüngere und ältere Altersgruppen tendenziell weniger zufrieden sind. Dabei zeigt sich insbesondere bei den jungen Männern (15 bis 29 Jahre) eine höhere Unzufriedenheit als bei den Frauen in der gleichen Altersgruppe.

Gesundheit spielt ebenfalls eine Rolle: Menschen ohne chronische Erkrankungen sind mit etwa 71 Prozent häufiger (sehr) zufrieden, während der Anteil bei Menschen mit chronischen Erkrankungen auf rund 56 Prozent sinkt. Männer sind dabei etwas häufiger (sehr) zufrieden als Frauen.

Bei trans Personen zeigt sich, dass sexuelle Zufriedenheit auf vielfältige und kreative Weise erreicht werden kann. Trans Personen entwickeln oft individuelle Strategien, um ihre Sexualität im Einklang mit ihrem Körper zu leben. Dies verdeutlicht, dass sexuelle Zufriedenheit

auch mit der Fähigkeit zusammenhängt, die eigene Sexualität selbstbestimmt und im Einklang mit den eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Ein Beispiel aus einer Studie zeigt, dass hohe sexuelle Zufriedenheit erreicht werden kann, indem Personen beispielsweise körperliche Praktiken und Techniken entwickeln, die ihre individuellen Bedürfnisse reflektieren. Eine Person berichtete, dass sie durch den bewussten Einsatz von Atemtechniken und das Erforschen nicht genitaler erogener Zonen ihre sexuelle Zufriedenheit steigerte. Solche Ansätze verdeutlichen, dass sexuelle Zufriedenheit oft durch einen kreativen und ressourcenorientierten Umgang mit dem eigenen Körper erreicht wird, der sich von cisnormativen Vorstellungen von Sexualität und Geschlecht löst (Hamm 2020).

Diese Befunde verdeutlichen, dass sexuelle Zufriedenheit von Geschlecht, Lebensphasen und der gesundheitlichen Situation abhängt und eine gezielte Unterstützung in diesen Bereichen zur Förderung des Wohlbefindens beitragen kann. Erkrankungen können einen erheblichen Einfluss darauf haben, wie Sexualität erlebt und gelebt wird, da sie sowohl körperliche als auch psychische Aspekte der Sexualität betreffen können. Das folgende Kapitel untersucht genauer, wie verschiedene Erkrankungen die gelebte Sexualität beeinflussen und welche Rolle Geschlecht dabei spielt.

4.2.6 Einfluss von Erkrankungen auf gelebte Sexualitäten

Der Einfluss von – sowohl körperlichen als auch psychosozialen – Erkrankungen auf gelebte Sexualitäten wird durch viele Faktoren bestimmt, z. B. von der Erkrankung und der Lebenssituation der betroffenen Person (Stadt Wien 2022c). Kranksein und Folgen der Erkrankung wirken sich körperlich, mental/emotional und sozial aus, was sich wiederum auf die Sexualität auswirken kann bzw. neue Anforderungen in Hinblick auf die Sexualität mit sich bringt (Strauß 2006). Grund für neue Herausforderungen sind Krankheitsfolgen (z. B. Organschäden, Veränderungen im kardiovaskulären System, im Nervensystem, im muskulären, skelettalen, endokrinologischen System, Stoffwechselerkrankungen) und/oder Nebenwirkungen von Behandlungen. Es werden psychosoziale Mechanismen beobachtet, die Einfluss auf die Sexualität nehmen können: Veränderung des Körperbildes, des Selbsterlebens und -bildes, Gefühl verminderter Attraktivität, Ängste, Konflikte in Beziehungen etc. (Strauß 2006). Sexualität führt selbst in Krankheit vielfach zu einer verbesserten Lebensqualität und kann eine wichtige Ressource bei Erkrankungen darstellen (Stadt Wien 2022c).

Die Literaturübersichtsarbeit aus dem Wiener Gesundheitsbericht zu Sexualität bei chronischen Erkrankungen (Stadt Wien 2022c) zeigt aus einer Geschlechterperspektive, dass sich bei Frauen starkes Übergewicht als negativer Einfluss auf Sexualität zeigt. Unabhängig vom

Geschlecht haben in Wien die chronischen Erkrankungen Adipositas, Asthma bronchiale, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Depression, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Multiple Sklerose und muskuloskelettale Erkrankungen einen störenden Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit (Stadt Wien 2022c).

Dass Erkrankungen, insbesondere wenn sie chronisch sind, einen negativen Einfluss auf die sexuelle Zufriedenheit¹⁶ haben, zeigt sich auch anhand der Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS 2019). Etwa 56 Prozent der Menschen mit einer dauerhaften Erkrankung oder einem chronischen Gesundheitsproblem geben darin an, zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrem Sexualleben zu sein (versus 71 % bei Personen ohne dauerhafte oder chronische Erkrankungen) – rund 13 Prozent sind unzufrieden oder sehr unzufrieden (versus 9 % bei jenen ohne Erkrankungen). Dabei geben Männer mit einer chronischen Erkrankung häufiger eine höhere Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben an als Frauen mit einer chronischen Erkrankung (59 % vs. 55 %). Etwa jede dritte Frau und jeder vierte Mann mit einer dauerhaften Erkrankung oder einem chronischen Gesundheitsproblem gibt an, mit dem eigenen Sexualleben weder zufrieden noch unzufrieden zu sein. Bei Personen ohne dauerhafte oder chronische Erkrankungen ist der Geschlechterunterschied weniger stark ausgeprägt. Besonders negativ betroffen sind Personen über 65 Jahre mit Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens („ADL“; Basisaktivitäten der täglichen Körperpflege und Eigenversorgung) (Griebler et al. 2023). Während mehr als die Hälfte (52 %) jener 65-Jährigen, die ihren Alltag ohne Einschränkungen bewältigen können, angeben, mit ihrem Sexualleben zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, beträgt dieser Anteil bei jenen mit mindestens einer Einschränkung 22 Prozent (ATHIS 2019 – Auswertung GÖG).

Die niederländische Stiftung Sick & Sex Foundation (sickandsex.nl 2024) hat evidenzbasierte Informationen zu Sexualität und Intimität bei Erkrankungen erarbeitet¹⁷. Informationen liegen spezifisch für folgende Krankheitsbilder vor: Herz-Kreislauf-Erkrankungen; COPD und

¹⁶ Eine Studie unter weiblichen Medizinstudentinnen in Österreich, der Schweiz und Deutschland (n = 2.685) zeigt beispielsweise, dass eine höhere sexuelle Zufriedenheit signifikant mit einer stärkeren Selbstakzeptanz in Bezug auf das Körperbild sowie einer stabilen, gesunden Partnerschaft zusammenhängt (Wallwiener et al. 2016)

¹⁷ Die Übersetzung ins Deutsche erfolgte im Auftrag des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele (MA 24) der Stadt Wien in Kooperation mit der Aids Hilfe Wien: <https://aids.at/allgemeines-zum-thema-sexualitaet-und-krankheit/>. [Zugriff am 04.11.2024]

Asthma; Brustkrebs; Schmerz; Diabetes; Probleme mit dem Beckenboden; Chemotherapie; gynäkologischer Krebs; Prostatakrebs; Lichen Sclerosus; Endometriose.

Internationale Studien (Olesen et al. 2023; Perez-Garcia et al. 2020; Perez-Garcia et al. 2021a; Price et al. 2020; Roussin et al. 2021) beleuchten die Auswirkungen bestimmter Erkrankungen auf die gelebte Sexualität. Die Ergebnisse dieser Studien werden in den folgenden Absätzen beleuchtet. Geschlechtsunabhängige Folgen von Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen, die insbesondere Reproduktionsorgane betreffen, sind, dass Geschlechtsverkehr plötzlich mit Schmerz und Angst behaftet ist, sich die Sensitivität im Intimbereich verändert hat und der Geschlechtsverkehr nicht mehr so möglich ist wie vor der Erkrankung. Unabhängig vom Geschlecht zeigt sich beispielsweise bei Morbus Parkinson, dass sich Betroffene mehr Informationen von Neurolog:innen darüber wünschen, wie Sexualität möglich ist, diese aber häufig nicht erhalten (Van Overmeire et al. 2023).

Abhängig vom Geschlecht treten unterschiedliche Erkrankungen auf. In den folgenden Absätzen wird exemplarisch darauf eingegangen. Die Auswirkungen von Erkrankungen bei Frauen wird in der Forschung häufig mit dem „Female Sexual Function Index“ (FSFI) (Meston et al. 2020) oder dem „Sexual Quality of Life-Female questionnaire“ (SQoL-F) (Symonds et al. 2005) berechnet. Als Pendant für männliche Personen gibt es das Instrument „Sexual Quality of Life-Male questionnaire“ (SQoL-M) (Inayat et al. 2024).

Personen mit Vulvakrebs sind nicht nur während der Erkrankung, sondern auch längerfristig in ihrer sexuellen Gesundheit beeinflusst. Ein integrierter Review zeigt auf, dass das Thema im Rahmen der Behandlung von Vulvakrebs häufig nicht angesprochen wird und tabuisiert bleibt, was sich negativ auf die Betroffenen auswirkt. Speziell bei der Diagnose Vulvakrebs ist es wichtig, Sexualität nicht nur als genitale Interaktion zu verstehen, sondern umfassender (Olesen et al. 2023). Ein systematischer Review legt offen, dass auch andere Faktoren wie Alter, Menopausen-Status, Beziehungsstatus und Behandlungsmodalitäten bei Personen mit gynäkologischen Erkrankungen einen beeinflussenden Faktor auf deren Sexualität darstellen. Schutzfaktoren sind dabei: das Wissen des medizinischen Personals bzw. eine Vertrauensbeziehung mit diesem, Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung, Zugang zu psychosexueller Betreuung und die Selbstwirksamkeit bei der Wiederentdeckung der Sexualität während und nach einer gynäkologischen Krebserkrankung (Roussin et al. 2021). Sexuelle Dysfunktionen können auch bei Betroffenen von Brustkrebs auftreten. Das können Probleme mit der Libido oder beim Orgasmus (z. B. Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu bekommen, Orgasmus fühlt sich anders an) sein, aber auch Schmerzen im Intimbereich oder während des Geschlechtsverkehrs im Unterleib. Die Beeinträchtigungen sind

häufig multifaktoriell. Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen, die auf den Umgang mit sexuellen Funktionsstörungen abzielen, zeigten eine konsistente Verbesserung verschiedener Aspekte der sexuellen Gesundheit (Seav et al. 2015).

Außerhalb der Krebserkrankungen beeinträchtigen chronische Erkrankungen wie Vulvodynie oder Vaginismus die sexuelle Gesundheit von Personen mit Vulva (Shallcross et al. 2018). Es zeigt sich in einer Fall-Kontroll-Studie, dass Personen mit Vaginismus häufiger Angst vor Schmerzen haben und Panikattacken, wenn sie penetrativen Sex haben (Fadul et al. 2019; McEvoy et al. 2021). Aufgrund starker Schmerzen beim Geschlechtsverkehr wird dieser vermieden oder kann nicht angstfrei ausgeübt werden (Templeman et al. 2023).

Entzündliche Hauterkrankungen und entzündliche Arthritis-Erkrankungen, die nachweislich Einfluss auf die sexuelle Gesundheit und die Fortpflanzung nehmen können, werden häufig im Zusammenhang mit Männern erforscht (Perez-Garcia et al. 2021a; Perez-Garcia et al. 2021b). Bei Auswirkungen von Erkrankungen in männlichen Kohorten wird auf physischer Ebene häufig der Einfluss auf die Erektionsfähigkeit untersucht. Ein systematischer Review zeigt, dass die sexuelle Gesundheit bei Männern mit rheumatischen Erkrankungen beeinträchtigt ist. Grad und Ausmaß der Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit sind je nach Krankheit unterschiedlich. Um den Zusammenhang zwischen rheumatischen Erkrankungen und einer Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit von Männern vollständig zu verstehen, ist weitere Forschung notwendig (Perez-Garcia et al. 2020). Allgemein wirken sich Störungen wie Erektionsstörungen / erektile Dysfunktion, Störungen der Ejakulation oder des Orgasmus sowie Appetenzstörungen einschränkend auf die Sexualität von Männern aus (RKI 2014).

4.3 Sexuell übertragbare Erkrankungen und Safer Sex

Ein Bestandteil sexueller Gesundheit ist die Vermeidung unerwünschter oder negativer Konsequenzen sexueller Aktivitäten. Neben Schwangerschaftsverhütung ist die Verhütung sexuell übertragbarer Erkrankungen eine wesentliche Voraussetzung für eine selbstbestimmte Sexualität.

Bei Österreichs sexuell aktiven Schüler:innen ist das Kondom lt. HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2023c) das am häufigsten genutzte Verhütungsmittel. Etwa jede:r Dritte nutzt es allein und etwa 19 Prozent gemeinsam mit der Antibabypille. Ähnlich verhält es sich auch bei den sexuell aktiven Lehrlingen in Österreich (Felder-Puig et al. 2023b). Geschlechtsspezifische

Unterschiede werden keine genannt. Die Daten des österreichischen Verhütungsberichts 2024 (Gaiswinkler et al. 2024a) zeigen, dass 42 Prozent der befragten Frauen mit der Pille verhüten, 40 Prozent mit Kondom und 17 Prozent mit Spirale.

Eine Studie der AIDS-Hilfe Steiermark zeigt, dass Berufsschüler:innen in der Steiermark die Themen „HIV/AIDS“ und „STI“ als sehr wichtig einstufen. Der selbsteingeschätzte Wissensstand zeigte keine eindeutigen Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht (AIDS-Hilfe Steiermark 2019c). Die BZgA-Studie zeigt bei beiden Geschlechtern einen hohen Informationsbedarf in Bezug auf sexuell übertragbare Infektionen (35 % weiblich; 31 % männlich) (BZgA 2022c). 2018/19 führte die AIDS-Hilfe Steiermark eine Befragung¹⁸ (52,5 % weiblich) zu Wissen über HIV/AIDS, zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI) und zur Diskriminierungsbereitschaft in Bezug auf STI in der Allgemeinbevölkerung durch (AIDS-Hilfe Steiermark 2019a). Eher mehr Männer als Frauen geben richtig an, dass das Femidom zum Schutz von HIV genutzt werden kann. Eher Frauen wissen hingegen über verschiedene sexuell übertragbare Erkrankungen Bescheid.

Eine Studie in 13 Sekundärschulen (n = 1.177 Schüler:innen) in Berlin untersuchte den Wissensstand zu HIV, weiteren STI und HPV. Allgemein schätzen die Schüler:innen das Wissen über HIV als gut ein, rund 46 Prozent haben noch nie von Chlamydien gehört und nur 11 Prozent wussten über die HPV-Impfung Bescheid. Burschen schätzen ihr Wissen allgemein besser ein als Mädchen. Die Abfrage zum Faktenwissen über HIV, STI und HPV zeigte jedoch keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht (Von Rosen et al. 2018).

Eine Schweizer Studie (n = 997) gibt Hinweise zu Geschlechterunterschieden beim Wissen über die HPV-Impfung. Hier wissen Mädchen und junge Frauen (15 bis 26 Jahre alt) signifikant besser über die HPV-Impfung Bescheid als männliche Studienteilnehmer (83 % vs. 61 %). Insgesamt gab die Mehrheit der Befragten an, dass die HPV-Impfung vor allem für Mädchen und Frauen sei. Gründe laut den Befragten sind, dass sexuelle Gesundheit nach wie vor als in der Verantwortung von Mädchen/Frauen liegend kommuniziert wird und dass sie nicht wussten, dass die HPV-Impfung für alle Geschlechter nützlich ist (Schwendener et

¹⁸ n = 217 Datensätze, die insgesamt erhoben worden waren, davon n = 25 anlässlich des Welt-AIDS-Tages und n = 192 im Projekt „72 Stunden“. Die weiblichen Befragten waren im Durchschnitt mit 37,6 Jahren (n = 114; s = 18,2) etwas älter als die männlichen Befragten (AM = 32,6; s = 1,8; n = 101).

al. 2022). Eine Übersichtsarbeit über den Wissensstand zu HPV(-Impfung) bestätigt die Ergebnisse der Querschnittserhebung aus der Schweiz: Mehr weibliche Jugendliche wissen über HPV und die Impfung Bescheid (Patel et al. 2016).

Frauen tragen bei sexuell übertragbaren Infektionen (ohne HIV) ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Komplikationen, da die meisten Infektionen asymptomatisch verlaufen und daher oft verzögert diagnostiziert werden. Unbehandelte Infektionen wie Chlamydien und Tripper können entlang des Fortpflanzungstrakts aufsteigen und zu Entzündungen der Eileiter und zu dauerhaften gynäkologischen Schäden führen. Diese Entzündungen begünstigen die Bildung von Narbengewebe, was die Eileiterfunktion einschränken und zu einer sogenannten Tubenfaktor-Infertilität führen kann – eine der häufigsten Ursachen für Unfruchtbarkeit bei Frauen. Unbehandelte Infektionen erhöhen zudem das Risiko für weitere Erkrankungen und das allgemeine Mortalitätsrisiko (Tsevat et al. 2017).

Eine Studie aus Schweden beleuchtet die Auswirkungen einer Chlamydia-trachomatis(CT)-Infektion auf das Wohlbefinden von Patient:innen (Andersson et al. 2018). Die Ergebnisse zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede in den Reaktionen auf die Diagnose. Demnach waren Frauen häufiger als Männer besorgt über Langzeitfolgen wie Auswirkungen auf die Fertilität sowie weitere Infektionen mit sexuell übertragbaren Erkrankungen. Zudem war eine Infektion mit CT bei Frauen eher mit Schuldgefühlen und dem Gefühl, sich nicht gut genug um sich selbst gesorgt zu haben, behaftet. Männer fühlten sich nach der Diagnose mit CT weniger wütend, schmutzig und weniger beschämt als Frauen (Andersson et al. 2018).

Im Jahr 2023 wurden in den österreichischen AIDS-Hilfen 40.347 Tests (HIV, Syphilis, Chlamydien) im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit gemacht. Die Anzahl der HIV-Neuinfektionen lag bei 401, davon wurden 60 Tests anonym durchgeführt. In Österreich leben in etwa 8.500 HIV-positive Personen, wobei schätzungsweise 8 bis 10 Prozent noch nicht diagnostiziert sind und häufig auch Co-Infektionen mit weiteren sexuell übertragbaren Erkrankungen und Hepatitiden vorkommen. Etwa die Hälfte der HIV-Infektionen betreffen Männer, die Sex mit Männern haben (AIDS-Hilfen Österreichs 2023).

Die Austrian HIV Cohort Study (AHIVCOS) ist eine langfristige nationale Studie, die den Verlauf von HIV-Infektionen in Österreich beobachtet. Sie zielt darauf ab, umfassende Daten über den Verlauf und die Behandlung von HIV in der österreichischen Bevölkerung zu sammeln und auszuwerten. Von jenen Personen, die im Rahmen der Studie beobachtet wurden, infizierten sich 39 Prozent durch heterosexuelle Kontakte, 44 Prozent durch homosexuelle

Kontakte und 12 Prozent durch das Injizieren von Drogen. In der Subgruppe der Personen mit heterosexuell erworbenen Infektionen sind 52 Prozent weiblich. Ein höheres Risiko für eine späte HIV-Diagnose wurde bei Personen über 50 Jahre, bei Personen mit einem heterosexuellen Übertragungsweg und bei männlichen (intravenösen) Drogenkonsumenten festgestellt im Vergleich mit Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, und Personen, die nicht aus Österreich stammen (Leierer et al. 2023). Zudem haben Frauen ein doppelt so hohes Risiko, eine späte Diagnose zu erhalten, wie Männer, die Sex mit Männern haben. Späte HIV-Diagnosen können erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und die Sterblichkeit haben¹⁹ (Leierer et al. 2023).

Trans Frauen sind einem besonders hohen Risiko für eine HIV-Infektion ausgesetzt (Baral et al. 2013). Ein entscheidender Faktor für das hohe Risiko ist, ähnlich wie bei MSM, die hohe Übertragungswahrscheinlichkeit beim ungeschützten passiven Analverkehr. Dennoch reicht risikoreiches Sexualverhalten nicht aus, um die Krankheitslasten in Populationen mit hohem HIV-Risiko zu erklären. Zusätzlich zu den genannten Risikofaktoren und dem Risiko einer parenteralen²⁰ Übertragung beispielsweise durch nicht verordnete Hormoninjektionen oder Injektionen ohne medizinische Aufsicht spielen auch strukturelle Risikofaktoren eine Rolle bei HIV-Infektionen. Dazu zählen beispielsweise soziale Ausgrenzung und wirtschaftliche Marginalisierung, die den Zugang zu präventiven Informationen und zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung erschweren (Baral et al. 2013).

Sexuelle und geschlechtliche Minderheiten stehen häufig unter dem Verdacht eines erhöhten Risikos für sexuell übertragbare Infektionen (STI), was jedoch weniger auf spezifische Risikofaktoren als vielmehr auf stigmatisierende Zuschreibungen zurückzuführen ist (Quinn et al. 2021; Takemoto et al. 2019). Ein echter Risikofaktor ist hingegen sexualisierte Gewalt (Hogben et al. 2020). Studien zeigen, dass sexuelle und geschlechtliche Minderheiten häufig von sexualisierter Gewalt betroffen sind (Quinn et al. 2021). Auch sexuelles Stigma, das den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung erschwert, spielt eine wesentliche Rolle. Durch solche sozialen Prozesse, die sexuelle und geschlechtliche Minderheiten abwerten, entstehen Zugangsbarrieren zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und zur Prävention und Behandlung von HIV und STI. Gleichzeitig besteht in der heterosexuellen Bevölkerung die Tendenz, STI seltener zu vermuten und sich weniger testen zu lassen, da

¹⁹ Zu lesbischen Paaren liegen keine Daten vor.

²⁰ Darunter versteht man eine Verabreichung von Medikamenten bzw. künstlicher Ernährung durch Injektion oder Infusion (z. B. in die Vene) unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024c).

STI gesellschaftlich oft als „Thema sexueller Minderheiten“ gelten. Diese Annahmen tragen zur Verzögerung von Diagnosen bei und verdeutlichen, wie stark solche Stigmatisierungen die Bereitschaft zur Vorsorge beeinflussen (King et al. 2024).

Auch eine heteronormativ geprägte Sexualpädagogik, die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vernachlässigt oder stigmatisiert, kann das Risiko für sexuell übertragbare Infektionen (STI) bei sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten erhöhen. Diese Ausrichtung führt häufig zu einem unvollständigen Verständnis von Infektionsrisiken, da bestimmte sexuelle Praktiken und Gesundheitsfragen nicht thematisiert werden. Durch das Ignorieren oder Tabuisieren von nicht heteronormativen Lebensweisen und Sexualpraktiken entstehen Unsicherheiten, die dazu führen, dass Betroffene zögern, offen über ihre Sexualität zu sprechen oder entsprechende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Eine umfassende und inklusive Sexualpädagogik, die die Vielfalt der sexuellen Orientierungen und Geschlechtsidentitäten berücksichtigt, kann dazu beitragen, das Risiko von STI zu verringern. Eine offene und respektvolle Kommunikation, die auf dem Prinzip der sexuellen Autonomie basiert, fördert das Verständnis, die Akzeptanz und den Einsatz von sicheren sexuellen Praktiken unabhängig von der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität (Epps et al. 2023).

Im Sinne einer selbstbestimmten und gesunden Sexualität sollten gendersensible und inklusive Informationen zu Safer Sex, Möglichkeiten zur Krankheitsverhütung sowie regelmäßige Tests auf sexuell übertragbare Infektionen niederschwellig ermöglicht werden (Epps et al. 2023).

4.4 Körper- und Selbstbild

Körperbilder sind ein wichtiger Aspekt der sexuellen Gesundheit für alle Menschen, da die Wahrnehmung des eigenen Körpers Einfluss auf die gelebte Sexualität und das Selbstwertgefühl hat. Die Beziehung zum eigenen Körper steht in direktem Zusammenhang mit dem sexuellen Wohlbefinden. Ein positives Körperselbstbild fördert nicht nur die sexuelle Zufriedenheit, sondern auch das Selbstbewusstsein, während ein negatives Körperselbstbild oft zu sexueller Unzufriedenheit, Scham und riskanten Verhaltensweisen führen kann (van den Brink et al. 2016; Winter 2017). Dies betrifft Menschen in allen Lebensphasen – von Jugendlichen, die von den Schönheitsidealen der Gesellschaft stark beeinflusst werden, bis hin zu Erwachsenen, deren Körperbilder durch gesellschaftliche Normen und den natürlichen Alterungsprozess geprägt werden.

In diesem Kapitel werden das Körper- und Selbstbild von Jugendlichen, spezielle Aspekte im Erwachsenenalter sowie das Körper- und Selbstbild von trans und nicht binären Personen behandelt. Ergänzend werden Beispiele für österreichische Projekte zum Thema dargestellt.

Körper- und Selbstbild bei Jugendlichen

Besonders in der Jugend spielt das Körper- und Selbstbild eine prägende Rolle für die sexuelle und psychische Gesundheit. In dieser Phase stehen Jugendliche unter einem starken Einfluss gesellschaftlicher Schönheitsnormen, die durch Medien, soziale Netzwerke und das direkte Umfeld verstärkt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland führte im Jahr 2019 die 9. Welle der repräsentativen Jugendsexualitätsstudie durch. Hierbei wurden 14- bis 25-Jährige zu ihren Einstellungen und ihrem Verhalten hinsichtlich Sexuaufklärung, Sexualität und Kontrazeption befragt. Als Teil der Befragung wurde das subjektive körperliche Selbstbild untersucht. Hier zeigte sich, dass Burschen und junge Männer meist eine positivere, unbelastetere Haltung zum eigenen Körper haben als Mädchen und junge Frauen. Zudem ziehen Mädchen und junge Frauen eher Schönheitsoperationen in Erwägung als Burschen und junge Männer. Bei beiden Geschlechtern führt zunehmendes Alter nicht zu mehr Gelassenheit gegenüber Selbstzweifeln am eigenen Körper. Je nach Altersgruppe beträgt die Geschlechterdifferenz der Körperakzeptanz bis zu 18 Prozentpunkte. Als Ressource für ein positives Körperbild wurde ein unterstützendes soziales Umfeld identifiziert (BZgA 2021c).

In der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) wird parallel zum Gewichtsstatus auch das gewichtsbezogene Körper selbstbild erfragt. Die Teilnehmenden (Schüler:innen und Lehrlinge in Österreich) werden danach gefragt, ob sie sich zu dünn oder zu dick fühlen oder meinen, ungefähr das richtige Gewicht zu haben. Hier zeigt sich auch in der aktuellen Befragung im Zeitraum 2021/22, dass Mädchen sich in weit höherem Ausmaß als Burschen als zu dick empfinden, obwohl gemessen am BMI mehr Burschen als Mädchen übergewichtig oder adipös sind. Je nach Schulstufe fühlen sich 31 bis 48 Prozent der Mädchen zu dick, unabhängig von ihrem BMI. Umgekehrt fühlen sich Burschen häufig (ca. ein Drittel von normalgewichtigen 17- und 18-jährigen Schülern und männlichen Lehrlingen) zu dünn. Basierend auf Korrelationsanalysen sind Risikofaktoren für ein negatives Körper selbstbild unter anderem Übergewicht/Adipositas, Einsamkeit, Beschwerdelast, tägliche Zeit am Handy, intensive Beschäftigung mit sozialen Medien, Untergewicht und Bewegung mit hoher Intensität. Als Ressource für ein positives Körper selbstbild sind Lebenszufriedenheit, emotionales Wohlbefinden, familiärer Rückhalt sowie Unterstützung durch Freund:innen zu nennen (Felder-Puig et al. 2023a).

Beispiele für Gesundheitsförderungsprojekte aus Österreich mit Fokus auf Körper- und Selbstbild von Jugendlichen

- Die **GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen** stellt Materialien wie Leitfäden, Factsheets oder Folder zum Thema „**Positive Körperbilder fördern**“ zur Verfügung²¹.
- Das Projekt „**I am good enough**“ der **Wiener Gesundheitsförderung (WiG)** zielt mit einem kostenlosen Workshop- und Weiterbildungsangebot für Schüler:innen und erwachsene Bezugspersonen (Pädagog:innen, Eltern, Jugendarbeiter:innen) auf die Entwicklung eines positiven Körperbildes ab²².
- **FEMININA Burgenland** spricht mit dem Projekt „**Real Girls' Art**“ über kreative Workshops, eine Wanderausstellung und eine Initiative auf sozialen Medien die Themen Körperbilder und Gewichtsstigmata an²³.
- Das Projekt „**body rEVOLution!**“ des **Vereins Amazone** eröffnet Räume der Auseinandersetzung und der Beschäftigung mit Körperbildern und -normen und wurde mit dem Österreichischen Jugendpreis 2023 ausgezeichnet²⁴.
- Die **aks gesundheit GmbH** führt bis Ende 2024 das partizipative Forschungsprojekt „**#body_! Von Positivity über Neutrality zu Selbstbestimmung – Konzepte von Körper und Gesundheit in analogen und digitalen Lebenswelten von Jugendlichen**“ durch²⁵.
- Das Projekt „**INSIDE**“ der **FH JOANNEUM** richtet den Blick nach innen – für junge Mädchen, Frauen und alle Menschen, deren Körperbild von der Social-Media-Welt mitgeprägt wird²⁶

Auch in internationaler Literatur wird das Körperbild mit Genderperspektive beforscht. So zeigt eine kanadische Studie, dass die Gruppen heterosexueller cisgeschlechtlicher Mädchen und die Gruppen von Burschen mit diverser Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung, die eine geringere Körperwertschätzung aufweisen, häufiger Textnachrichten mit

²¹ <https://www.give.or.at/angebote/themen/koerperbilder/> [Zugriff am 23.01.2024]

²² <https://www.wig.or.at/i-am-good-enough> [Zugriff am 23.01.2024]

²³ <https://www.feminina-bgld.at/kopie-von-statement-astrid-eisenkop> [Zugriff am 23.01.2024]

²⁴ <https://www.amazone.or.at/projekte/bodyrevolution> [Zugriff am 23.01.2024]

²⁵ <https://www.aks.or.at/body> [Zugriff am 23.01.2024]

²⁶ <https://www.fh-joanneum.at/projekt/inside/> [Zugriff am 23.01.2024]

sexuellem Inhalt (sogenanntes „Sexting“) versenden als ihre Kohorte mit anderer Geschlechtszugehörigkeit und sexueller Orientierung. Es wird davon ausgegangen, dass Sexting genutzt wird, um ihr Körperbild zu validieren (Paquette et al. 2022).

Körper- und Selbstbild im Erwachsenenalter

Während in der Jugend der Einfluss von Schönheitsidealen und sozialen Normen das Körperbild stark prägt, bleibt das Körper- und Selbstbild auch im Erwachsenenalter ein wesentlicher Faktor für das sexuelle Wohlbefinden. Der Übergang ins Erwachsenenalter bringt jedoch neue Herausforderungen und gesellschaftliche Erwartungen mit sich, die sich auf Männer und Frauen unterschiedlich auswirken.

Wird der Fokus auf das männliche Körper- und Selbstbild im Zusammenhang mit Sexualität gerichtet, so spielt unter anderem die (wahrgenommene) Penisgröße und die Zufriedenheit damit eine Rolle (Johnston et al. 2014). Das Thema ist stark schambehaftet und stellt dennoch eine sehr „normale“ männliche Erfahrung dar, beispielsweise hinsichtlich der Sorge um die Befriedigung der Partner:innen (Wylie/Eardley 2007). Weitere Aspekte, die häufig Sorgen oder Verunsicherungen in puncto Körperbild bei Männern verursachen, sind Körpergewicht, Muskulosität, Körpergröße, Kopf- und Körperbehaarung, sie stehen im Zusammenhang mit dem allgemeinen Selbstwertgefühl in Bezug auf das eigene Erscheinungsbild (Tiggemann et al. 2008).

Während bei Männern die Wahrnehmung von Penisgröße und die Leistungsfähigkeit häufig als relevante Aspekte ihrer sexuellen Attraktivität betrachtet werden (Johnston et al. 2014; Wylie/Eardley 2007), stehen Frauen zunehmend im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen Schönheitsnormen und ihrem eigenen (genitalen) Selbstbild. Negative Darstellungen und unrealistische Erwartungen, die unter anderem über Medien verbreitet werden, führen bei vielen Frauen zu Schamgefühlen und Unzufriedenheit mit ihrem genitalen Erscheinungsbild (Fahs 2014; Fudge/Byers 2017a). Diese Unzufriedenheit bezieht sich nicht nur auf die ästhetischen Aspekte der Vulva, wie Symmetrie und Haarentfernung, sondern auch auf funktionale und sensorische Merkmale wie Geruch und Geschmack, die häufig als „unangemessen“ wahrgenommen werden (Fahs 2014; Fudge/Byers 2017a; Fudge/Byers 2017b).

Ein weiterer Aspekt des genitalen Selbstbildes von Frauen ist das Fehlen passender oder kulturell anerkannter Begriffe für ihren Genitalbereich, was das Thema zusätzlich stigmatisiert und Schamgefühle verstärken kann (Fudge/Byers 2017a). Frauen berichten zudem, dass die kulturellen Normen einer idealisierten, jugendlichen Ästhetik sowie die Popularität

ästhetischer Eingriffe wie genitalchirurgischer Operationen zur Unsicherheit und Selbstkritik beitragen (Fahs 2014; Fudge/Byers 2017a). Diese Unsicherheiten können sich sowohl auf die allgemeine Körperwahrnehmung als auch auf das sexuelle Selbstbewusstsein auswirken und damit Einfluss auf das sexuelle Wohlbefinden nehmen (Fahs 2014).

Auch in der Menopause / in den Wechseljahren ist das Körper- und Selbstbild ein wichtiges Thema für Frauen. Diese Phase erleben Frauen sehr unterschiedlich, geprägt von der soziokulturellen Konstruktion (Bre'on 2011), die sich unterschiedlich auf die physische, mentale, soziale und sexuelle Gesundheit auswirkt (Hoga et al. 2015; Newhart 2013; WHO 2022d). Frauen verbinden mit den Wechseljahren unterschiedliche Narrative wie Normalität, Belastung und Veränderung. Das bedeutet, dass einige Frauen die Wechseljahre als natürlichen und normalen Prozess erleben, andere hingegen nehmen diese Phase als eine belastende Zeit der physischen und emotionalen Herausforderungen wahr, die ihre Identität und ihr soziales Leben beeinflusst. Für andere kann diese Phase auch eine transformative Erfahrung sein, in der sie persönliches Wachstum und eine Neuausrichtung ihres Lebens erfahren (de Salis et al. 2017). Die Wechseljahre sind in Ländern wie Österreich häufig noch negativ konnotiert und werden stereotypisiert, was v. a. mit der Abwertung von Alterungsprozessen einhergeht (Voicu 2018). Auch die Teilnehmerinnen der Wiener Frauenbefragung berichten, dass das Thema „Menopause“ als stigmatisiert und tabuisiert empfunden wird (Stadt Wien 2022a).

Frauengesundheitsbericht und 6. FrauenGesundheitsDialog

Im Rahmen des 6. FrauenGesundheitsDialogs 2023 wurden Themen identifiziert, die in Zusammenhang mit dem Körper- und Selbstbild relevant sind. Dazu zählen unter anderem Körpernormen, verzerrte Körperbilder, gesellschaftliche Erwartungen, Diskriminierung sowie Social Media und Körperselbstbild.

Nähere Informationen dazu sind im **Frauengesundheitsbericht 2022** (Gaiswinkler et al. 2023a) sowie in der Dokumentation des **6. FrauenGesundheitsDialogs** (Antony et al. 2023) zu finden.

Körper- und Selbstbild bei trans und nicht binären Personen

Körperbilder sind ein wichtiger Aspekt der sexuellen Gesundheit für alle Menschen, für trans und nicht binäre Personen können sie aber besonders komplex sein, insbesondere wenn Geschlechtsdysphorie vorliegt (Holmberg et al. 2019): Trans und nicht binäre Personen müssen ihre Geschlechtsidentität in einem oft diskriminierenden Umfeld entwickeln und erhalten dabei ständig Hinweise durch dominante Vorstellungen darüber, was als attraktiv gilt, wie Körper aussehen „sollten“ und welche Eigenschaften unerwünscht sind (Brandon-Friedman et al. 2021).

Einige, jedoch nicht alle trans und nicht binären Personen empfinden Körperdysphorie (Jones et al. 2018). Diese kann sich auf jedes körperliche Merkmal beziehen, einschließlich primärer Geschlechtsmerkmale (z. B. Genitalien), sekundärer Geschlechtsmerkmale (z. B. Körperbehaarung, Stimmhöhe) und neutraler Merkmale (z. B. Hand- oder Fußgröße, Körpergröße). Sekundäre Geschlechtsmerkmale, die sich in der Pubertät entwickeln, haben dabei oft den stärksten negativen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit. Diese Veränderungen können zu Geschlechtsdysphorie führen und sich negativ auf die Gesundheit auswirken, beispielsweise durch Depression, Angst, Essstörungen, selbstverletzendes und suizidales Verhalten (Brandon-Friedman et al. 2021).

Ein negatives Körperbild, das bei vielen trans und nicht binären Personen durch Geschlechts- bzw. Körperdysphorie ausgelöst und/oder verstärkt wird, kann sich auf verschiedene Weise auf die sexuelle Gesundheit auswirken. Dieses mangelnde Wohlbefinden in Bezug auf den eigenen Körper kann das sexuelle Selbstvertrauen beeinträchtigen, was dazu führen kann, dass Betroffene sich unsicher fühlen, sich anderen nackt zu zeigen, oder Schwierigkeiten haben, ihre Sexualität frei zu erkunden (Holmberg et al. 2019). Studien zeigen, dass trans Personen, die geschlechtsaffirmative medizinische Behandlungen anstreben, oft sexuell aktiv sind und häufig Formen der Sexualität bevorzugen, die Genitalien aussparen. Dies kann aufgrund von Unwohlsein oder Unbehagen mit den eigenen Genitalien (Körperdysphorie) und/oder aufgrund von Präferenzen für andere Formen der Sexualität geschehen (Cerwenka et al. 2014; Nikkelen/Kreukels 2018).

Des Weiteren zeigt sich, dass sich Transitionsprozesse positiv auf das Körperbild von trans und nicht binären Personen, aber auch auf deren sexuelle Gesundheit allgemein auswirken (Cerwenka et al. 2014; de Vries et al. 2014; Nikkelen/Kreukels 2018).

Intergeschlechtliche Personen bzw. Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale sind in Bezug auf Körperbilder mit ähnlichen Herausforderungen wie trans und nicht binäre Personen konfrontiert. Eine Pilotstudie aus den Niederlanden untersucht unter anderem das Körperbild von Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale. Die Ergebnisse zeigen, dass Unsicherheiten bezüglich des Körperbilds besonders auf Sorgen über die eigene Attraktivität und die Wahrnehmung durch andere zurückzuführen sind. Diese Unsicherheiten betreffen sowohl spezifische Geschlechtsmerkmale als auch allgemeine körperliche Merkmale (Callens et al. 2021). Körperbilder und das Erleben von Geschlechts- bzw. Körperdysphorie können die sexuelle Gesundheit von trans, nicht binären und intergeschlechtlichen Personen tiefgreifend beeinflussen. Gesellschaftliche Normen und Diskriminierung belasten oft das Selbstbild und die sexuelle Selbstwahrnehmung. Geschlechtsaffirmative Maßnahmen und die Anerkennung vielfältiger Körper und Identitäten können jedoch zur Stärkung der sexuellen Gesundheit geschlechtlicher Minderheiten beitragen (Callens et al. 2021).

Der Zusammenhang zwischen Körper- und Selbstbild und der sexuellen Gesundheit ist in allen Lebensphasen von zentraler Bedeutung. Ein positives Körperbild kann das sexuelle Wohlbefinden fördern, das Selbstwertgefühl stärken und zu einem erfüllten Sexualleben beitragen. Umgekehrt können negative Körperbilder, die oft durch gesellschaftliche Normen, Schönheitsideale und soziale Medien verstärkt werden, zu Scham, Unsicherheiten und riskanten Verhaltensweisen führen. Besonders betroffen sind dabei Jugendliche, deren Körperwahrnehmung stark von äußeren Einflüssen geprägt wird, aber auch Erwachsene, die sich mit den Veränderungen ihres Körpers im Laufe des Lebens auseinandersetzen müssen. Trans und nicht binäre Personen stehen zudem vor spezifischen Herausforderungen, da ihre Körperbilder häufig durch Geschlechtsdysphorie und gesellschaftliche Diskriminierung geprägt sind.

Es wird deutlich, dass das Körperbild eng mit der sexuellen und reproduktiven Gesundheit verknüpft ist. Maßnahmen zur Förderung eines positiven Körperbildes – wie etwa Aufklärungsprogramme, Unterstützung durch soziale Netzwerke oder geschlechtsaffirmative medizinische Behandlungen – sind daher entscheidend, um die sexuelle Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen positiv zu beeinflussen.

5 Reproduktive Gesundheit

Das Programme of Action der International Conference on Population and Development (ICPD) definiert reproduktive Gesundheit allgemein als einen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen, die das Fortpflanzungssystem und seine Funktionen betreffen (UNFPA 2021). Für die Praxis bedeutet das:

- freie Entscheidung über das eigene reproduktive Leben und die Verhütungsmittel,
- freie und selbstbestimmte Entscheidung über Familienplanung und Anzahl der Kinder,
- Zugang zu Aufklärungsprogrammen,
- Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung und Beratung sowie ein Leben frei von sexuellem Zwang, geprägt von sexueller Gesundheit (UNFPA 2021).

5.1 Familienplanung und Verhütung

Der Zugang zu Verhütungsmitteln zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung wird nach wie vor sehr stark dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben, Angebote sprechen häufig nur cisgeschlechtliche weibliche Personen an, wobei grundsätzlich alle Menschen unabhängig von Geschlecht oder Geschlechtsidentität Zielgruppe des Themas sein sollten (FSRH Clinical Effectiveness Unit 2017; Light, Alexis et al. 2018).

Diese geschlechtsspezifische Zuschreibung spiegelt sich in der Praxis wider: Im Zuge des im Jahr 2019 durchgeführten österreichischen Verhütungsreports (Fiala/Parzer 2019) gaben Frauen im Vergleich zu Männern fast doppelt so häufig an, allein für die Verhütung zuständig zu sein. Auch im österreichischen Verhütungsbericht 2024 (Gaiswinkler et al. 2024a) gaben 50 Prozent der Frauen an, allein für die Verhütungskosten aufzukommen.

Nachdem Verhütungsmethoden überwiegend von Frauen angewendet werden, sind sie auch unmittelbar mit den Kosten konfrontiert. Während in einigen europäischen Ländern kostenfreie Verhütung zur Verfügung steht, werden in Österreich die Kosten dafür nicht übernommen. Die mangelnde Erstattungsfähigkeit wird vom Verband der pharmazeuti-

schen Industrie Österreichs (PHARMIG) damit begründet, dass Arzneimittel zur Empfängnisverhütung den Eintritt einer Schwangerschaft verhindern und daher nicht der Therapie einer Krankheit (im Sinne des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG) oder zur Krankenbehandlung (im Sinne des § 133 Abs. 2 ASVG) dienen (PHARMIG 2022).

Der Zugang zu Verhütung stellt ein bedeutendes Element der sexuellen und reproduktiven Gesundheit bzw. Rechte dar. Dieses Recht findet sich auch in internationalen Beschlüssen und Empfehlungen wieder (BKA 2023b). Die Realisierung dieses Rechts wird von diversen Faktoren beeinflusst, die eine selbstbestimmte Verhütung ermöglichen, erschweren oder eventuell auch verhindern können. Das European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF) untersucht dementsprechende Faktoren wie Zugang zu Verhütungsmitteln (z. B. Leistbarkeit), Zugang zu Beratung und Verfügbarkeit von evidenzbasierten Online-Informationen (EPF 2024).

Voraussetzung für eine informierte Verhütungsentscheidung ist das Wissen über verschiedene Verhütungsmittel. Für den Bereich Verhütung (sowohl Schwangerschaftsverhütung als auch STI) zeigt die Studie von Strilic (2012): Burschen kennen weniger Verhütungsmittel als Mädchen. Beim Wissen über die Verhütung von sexuell übertragbaren Infektionen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, jedoch ein allgemeines Defizit. Für die Steiermark und das Burgenland gibt es Daten zweier Schulen: 61,8 Prozent der Burschen (21 von 34) und 80,4 Prozent der Mädchen (41 von 51), die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft befinden, sprechen mit dem oder der Partner:in über Verhütung (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b). In der zweiten Studie der AIDS-Hilfe mit Berufsschüler:innen machen 65,9 Prozent der Burschen (n = 85) und 72,3 Prozent der Mädchen (n = 65) dieselbe Angabe. Sowohl für Mädchen als auch für Burschen ist Verhütung ein wichtiges Thema, wo sich noch Informationsbedarf zeigt (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b; AIDS-Hilfe Steiermark 2019c). Die jungen Frauen aus dem Burgenland geben zudem an, „Verhütung genauer besprechen“ zu wollen und die jungen Männer äußern einen Informationsbedarf hinsichtlich der Möglichkeiten zur „Verhütung im Allgemeinen und Pille und Kondom im Speziellen“ (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b). Bei der Frage zum Kenntnisstand über die Übernahme von Kosten für Verhütungsmittel im Rahmen der BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigt sich, dass für männliche Personen vor allem die Schule eine zentrale Informationsquelle darstellt. Bei weiblichen Personen sind es häufiger die Eltern und ärztliches Personal (BZgA 2021d).

Verhütungsmethoden ermöglichen Menschen eine freie Entscheidung darüber, ob und wann sie Kinder haben möchten. Verhütung ist Teil einer selbstbestimmten Familienpla-

nung und gleichzeitig eine Präventionsmaßnahme in Hinblick auf ungewollte Schwangerschaften. Kondome im Speziellen verringern darüber hinaus die Gefahr einer Infektion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen. Damit sind Verhütungsmittel wesentlicher Bestandteil sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Die Wahl der Verhütungsmethode wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dazu gehört die jeweils aktuelle Lebenssituation und -planung, persönliche Präferenzen und viele weitere strukturelle und individuelle Faktoren. Bedeutsam sind auch die Zufriedenheit mit einer Methode, deren Verfügbarkeit und Leistbarkeit, frühere Erfahrungen sowie die Verträglichkeit (Gaiswinkler, 2024). Die Entscheidung für eine Verhütungsmethode ist eine höchst persönliche Angelegenheit und stark vom jeweiligen Kontext abhängig (Gubrium et al. 2016; Simmons et al. 2023).

Damit junge Frauen die für sie passende Verhütungsmethode finden können, ist eine niederschwellige Aufklärung und ein entsprechender Zugang zu Informationen Voraussetzung. Frauen mit Behinderungen und sozioökonomisch benachteiligte Mädchen und Frauen haben generell einen schlechteren Zugang zu Verhütungsinformationen. Verhütung ist teuer und besonders für junge Frauen und Frauen in ökonomisch schwierigeren Situationen ist die Wahl eines Verhütungsmittels häufig eine Kostenfrage, besonders Langzeitverhütungsmittel sind teuer. Die Verantwortung für Verhütung tragen nach wie vor überwiegend Mädchen und Frauen. Eine geschlechter- und kostengerechte Verhütung ist ein zentraler Faktor von Chancengerechtigkeit, der wenig beachtet wird. Als zentrale Aspekte sexueller und reproduktiver Gesundheit gehören sowohl niederschwellige Informationszugänge als auch die Kostenübernahme für Verhütungsmittel zur Gesundheitsversorgung (Gaiswinkler et al. 2024a; Gubrium et al. 2016; Simmons et al. 2023).

5.2 Kinderwunsch – kein Kinderwunsch – unerfüllter Kinderwunsch

Gesellschaftliche Ereignisse wie zuletzt die Coronapandemie, Kriege und wirtschaftliche Schwankungen beeinflussen stark, wie Menschen ihre Familienplanung gestalten. Diese Entwicklungen haben deutliche Auswirkungen darauf, ob und wann sich Paare für Kinder entscheiden. Eine signifikante Abnahme des Kinderwunsches ist zu beobachten: Während Frauen im Jahr 2009 noch durchschnittlich 2,1 Kinder wünschten, sank dieser Wert bis 2023 auf 1,7 Kinder. Diese Erkenntnisse stammen aus dem Generations and Gender Survey, einem Projekt, das von der Universität Wien in Zusammenarbeit mit dem Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) und der Universität

Salzburg durchgeführt wurde. Für diese Studie wurden zwischen Oktober 2022 und März 2023 über 8.000 Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren befragt. Die ersten Ergebnisse dieser Untersuchung wurden im Jahr 2023 in der Broschüre „Familien in Österreich. Partnerschaft, Kinderwunsch und ökonomische Situation in herausfordernden Zeiten“ veröffentlicht (Neuwirth et al. 2023).

Viele Menschen in Österreich fühlen sich von der anhaltenden Krisensituation, insbesondere der steigenden Teuerung und ihren Auswirkungen, überfordert. Etwa ein Drittel der Befragten hat angegeben, dass diese Krisen ihren Wunsch nach Kindern beeinflusst haben: 11 Prozent haben ihre Pläne geändert, während 19 Prozent unsicher sind. Es zeigt sich, dass Frauen häufiger solche Überlegungen anstellen als Männer. Vor allem jüngere Menschen unter 30 und solche mit niedrigerem oder mittlerem Bildungsniveau überdenken ihre Familienplanung intensiver. Wenn sich der Kinderwunsch ändert, tendieren die Befragten dazu, sich für weniger oder gar keine Kinder zu entscheiden (Neuwirth et al. 2023). Isabella Buber-Ennser weist darauf hin, dass „die Belastung durch Preisentwicklungen [ist] auffallend hoch und [steht] klar im Zusammenhang mit Änderungen im Kinderwunsch.“ (ÖAW 2023).

Dem Bericht der ÖAW zufolge spielen Wertvorstellungen eine wichtige Rolle im gesellschaftlichen Zusammenleben, besonders in Bezug auf die Vorstellung, dass Kinder für ein erfülltes Leben notwendig seien (Schmidt/Neuwirth 2023). Die ersten Ergebnisse aus dem Generations and Gender Survey zeigen, dass die Zustimmung zu dieser Aussage seit 2008/09 abgenommen hat. Bei Männern sank die Zustimmung zur Aussage, dass ein Mann für ein erfülltes Leben Kinder brauche, von 28 Prozent auf 20 Prozent. Bei Frauen fiel dieser Wert von 18 Prozent auf 10 Prozent. Noch deutlicher ist der Rückgang bei der Aussage, dass eine Frau Kinder für ein erfülltes Leben benötige. Hier sank die Zustimmung bei Männern von 28 auf 13 Prozent und bei Frauen von 23 auf 12 Prozent. Diese Daten zeigen, dass die Verknüpfung eines erfüllten Lebens mit Mutterschaft, unabhängig vom Geschlecht, deutlich an Bedeutung verloren hat (Schmidt/Neuwirth 2023).

Laut Präsident der Österreichischen IVF-Gesellschaft (o. A. 2021) hat in etwa jedes vierte Paar mit Kinderwunsch Probleme mit der Fruchtbarkeit. Ein wesentlicher und oft unterschätzter Faktor ist dabei das Alter, sowohl was die Anzahl als auch die Qualität der Eizellen und der Spermien betrifft. Bei Frauen werden Eizellen nicht im Laufe des Lebens immer wieder neu gebildet, da sie bereits im weiblichen Fötus angelegt werden und ab dann altern und weniger werden. Daher spielen hinsichtlich der Fertilität die Anzahl und das Alter der Eizellen eine Rolle. Ältere Eizellen zeigen demnach häufiger Veränderungen, vor allem z. B. genetische Auffälligkeiten. Auch die Samenqualität nimmt mit dem Alter ab, jedoch erst

später, als dies bei Eizellen der Fall ist (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024b). In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2023 kamen die Forscher:innen zu dem Ergebnis, dass neben lebensstilassoziierten Risikofaktoren wie zum Beispiel Rauchen auch ein Alter über 50 Jahre eine erhebliche Verschlechterung der Spermienqualität mit sich bringt (Szabó et al. 2023).

Dennoch steigt das Alter beim Eintritt in die Elternschaft seit einigen Jahren. Das durchschnittliche Fertilitätsalter lag bei Frauen im Jahr 2022 bei 31,5 Jahren. Das sind um 4,3 Jahre mehr als vor 30 Jahren (Statistik Austria 2022). Das Durchschnittsalter des Vaters bei der Geburt lag im Jahr 2022 bei 34,3 Jahren (Statistik Austria 2023d).

Die Ursache eines unerfüllten Kinderwunsches kann bei Männern, bei Frauen oder auch bei beiden liegen (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024e). Allerdings sind Erkenntnisse der Reproduktionsmedizin asymmetrisch auf diese beiden Geschlechter verteilt, denn die Ursache für Infertilität wurde über Jahrhunderte fast immer bei Frauen gesucht. Ein Grund dafür waren fehlende Kenntnisse über die Keimzellbildung und deren mögliche Störungen, woraufhin sich ein ganzes Forschungsfeld zu diesem Bereich entwickelte. Das führte dazu, dass wissenschaftliche Aufklärung männlicher (Un-)Fruchtbarkeit über lange Zeiträume stark vernachlässigt war. Erst in den letzten Jahrzehnten hat sich gezeigt, dass die Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit gleichmäßig auf männliche und weibliche Personen verteilt sind. Je 30 Prozent der Ursachen lassen sich auf eines der beiden binären Geschlechter zurückführen, in 20 Prozent der Fälle liegt die Ursache bei beiden und bei den verbleibenden 20 Prozent lässt sich mit den derzeit verfügbaren diagnostischen Methoden keine Ursache finden (Gromoll et al. 2019).

Untersuchungen zeigen, dass Männer, die kinderlos bleiben, langfristig eine schlechtere psychische Gesundheit haben als Männer, die Väter werden (Fisher et al. 2010). Die wenigen bisher verfügbaren Daten zu diesem Thema deuten darauf hin, dass unfreiwillige Kinderlosigkeit bei Männern mit langfristiger Trauer, verringerter Lebensqualität, Gefühlen von Verlust, Depression, Ausgrenzung, Isolation und risikofreudigem Verhalten verbunden sein kann (Fisher/Hammarberg 2012; Hadley/Hanley 2011; Wischmann/Thorn 2013).

In einer Übersichtsarbeit von Hammarberg et al. (2017) wurden die vorhandenen Erkenntnisse über das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten von Männern in Bezug auf die Fruchtbarkeit zusammengefasst, um so deren Entscheidung, Kinder zu bekommen, besser zu verstehen. Die Ergebnisse zeigen, dass Männer

- nur begrenztes Wissen über die Auswirkungen des Alters und anderer potenziell veränderbarer Faktoren auf die Fruchtbarkeit haben und
- unrealistische Erwartungen hinsichtlich der Chance haben, spontan und mit ART (Assistierten Reproduktiven Technologien) schwanger zu werden.

Demgegenüber stellt gewollte und auch ungewollte Kinderlosigkeit ein gesellschaftlich relevantes Phänomen dar, das in wissenschaftlichen Diskursen bisher unzureichend untersucht wurde. Trotz der zunehmenden gesellschaftlichen Anerkennung unterschiedlicher Lebensentwürfe bleibt die bewusste Entscheidung gegen Kinder oft ein Randthema in der öffentlichen Diskussion und in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen. Diese Vernachlässigung überrascht insbesondere angesichts der tiefgreifenden sozioökonomischen und kulturellen Veränderungen der letzten Jahrzehnte, die einen erheblichen Einfluss auf individuelle Lebensentscheidungen und Familienstrukturen haben. Gewollte Kinderlosigkeit berührt nicht nur Fragen der individuellen Lebensgestaltung, sondern auch breitere gesellschaftliche Themen wie Demografie, Arbeitsmarkt, Bildungssysteme und Geschlechterrollen (Heuschkel/Rahnfeld 2023).

Ergebnisse aus einer deutschen Studie (Heuschkel/Rahnfeld 2023) zeigen, dass der Bildungsstand einen Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen Kinder hat. Männer mit niedrigem Bildungsniveau haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, kinderlos zu bleiben. Im Gegensatz dazu ist bei Frauen mit einem Hochschulabschluss die Kinderlosenquote höher als bei Frauen mit niedrigerem Bildungsgrad. Die Bildungsexpansion hat zu einer höheren Rate an gut gebildeten Frauen geführt, was wiederum zu einem Anstieg der Kinderlosigkeit beigetragen hat.

Heuschkel/Rahnfeld (2023) zeigen in ihrer empirischen Untersuchung, dass die Entscheidung für Kinderlosigkeit mehrdimensional ist und von vielen Faktoren beeinflusst wird. Die befragten Frauen, die sich bewusst gegen Kinder entschieden haben, sehen die Mutterschaft nicht als verpflichtende Lebensaufgabe und fühlen sich in ihrer weiblichen Geschlechtsidentität nicht beeinträchtigt, wenn sie ohne Kinder bleiben. Berufliche sowie persönliche Selbstverwirklichung und finanzielle Unabhängigkeit sind neben dem Vereinbarkeitsproblem von Beruf und Familie wichtige Motive.

Die Selbstverwirklichung von Frauen, die sich gegen Kinder entscheiden, umfasst auch ihre Paarbeziehungen. Frauen in festen Partnerschaften schätzen deren Qualität und empfinden es nicht so, dass ein Kind fehlte, welches die Beziehung vervollständigen müsste. Sie sehen Diskussionen über ihr Lebensmodell als Angriff auf ihr Recht auf Selbstbestimmung. Dies

umfasst auch Entscheidungen über Verhütung und Maßnahmen wie Sterilisation, wobei ihre Fähigkeit zur Entscheidungsfindung oft angezweifelt wird und Sterilisationswünsche teilweise vom medizinischen Personal infrage gestellt werden. Ihre Entscheidung für Kinderlosigkeit basiert auf einem Lebensmodell, das weiterhin auf viele Vorurteile trifft (Heuschkel/Rahnfeld 2023).

Eine Studie aus Österreich weist daraufhin, dass junge Frauen (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b) Themen rund um Schwangerschaft als wichtig erachten. Junge Männer hingegen wünschen sich vor allem Informationen über „Anzeichen für Schwangerschaft“ (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b, S. 15). Die BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigt bei den weiblichen Befragten einen höheren Informationsbedarf in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt (36 % weiblich; 24 % männlich) (BZgA 2022c). Eine Querschnittserhebung unter irischen Studierenden (n = 746) zum Wissensstand über Fehlgeburten zeigt eindeutig, dass männliche Befragte schlechter Bescheid wissen als weibliche (San Lazaro Campillo et al. 2021).

5.3 Perinatale Gesundheit von nicht binären und trans Personen

Elternschaft, Schwangerschaft und Geburt werden in der Regel mit heterosexuellen Frauen und Männern in Verbindung gesetzt. Familienformen generell werden in Statistiken mittlerweile in ihrer Vielfalt abgebildet, so finden sich in der Statistik Austria (2024a) insgesamt 21 unterschiedliche Kategorien für Familienformen. Gesellschaftlich besteht dennoch nach wie vor die Annahme, dass eine Kernfamilie aus einem verheirateten, cisgeschlechtlichen, heterosexuellen Paar mit deren leiblichen Kindern besteht. Diesem Modell unterliegen diverse geschlechterstereotype und soziokulturelle Normen, die implizit die geschlechtsspezifische Annahme über Eltern voraussetzen, dass cisgeschlechtliche heterosexuelle Frauen Mütter und cisgeschlechtliche heterosexuelle Männer Väter sind. Damit gehen auch unterschiedliche Erwartungen an Mutterschaft und Vaterschaft einher. Erstere (Erwartungen an Mutterschaft) beziehen sich auf ein fürsorgliches Verhalten, letztere (Erwartungen an Vaterschaft) auf die biologische Elternschaft. Diese Annahmen haben reale rechtliche und soziale Auswirkungen (Bower-Brown 2022). Forschungen zeigen, dass Familien und Elternschaften, die von der Norm abweichen sowohl juristische Barrieren als auch Diskriminierung erleben.

Elternschaften, Schwangerschaften und Geburten verlaufen jedoch heterogen und sind abhängig von den jeweils involvierten Personen. Sie verlangen einen differenzierteren Blick

sowohl in juristischen und sozialen Dimensionen als auch im medizinischen Bereich der Reproduktion. So können neben Personen mit nicht heterosexueller Orientierung (lesbische und bisexuelle Frauen) auch viele nicht binäre und intergeschlechtliche Personen sowie transgeschlechtliche Männer Kinder gebären und eine Elternschaft übernehmen. Beispielsweise unterziehen sich nicht alle trans Männer hormonellen Behandlungen und/oder chirurgischen geschlechtsaffirmativen Maßnahmen, die eine Schwangerschaft ausschließen. Das heißt, bei vielen bleibt die reproduktive Fähigkeit erhalten. Schwangerschaft, Geburt und beispielsweise Stillen sind Prozesse, die nicht von der Geschlechtsidentität abhängen (García-Acosta et al. 2020; Light et al. 2014).

Wie auch alle cisgeschlechtlichen Frauen, die eine Schwangerschaft erleben, können auch nicht binäre und transmaskuline Personen eine Schwangerschaft sehr unterschiedlich erleben. Stolk et al. (2023) zeigen etwa, dass nicht binäre und transgeschlechtliche Personen ähnlich wie cisgeschlechtliche Personen einen Kinderwunsch verspüren, jedoch Ängste vor Diskriminierung haben. Der Prozess der Schwangerschaft ist von einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Identität geprägt und Emotionen können von Freude bis zu intensivem Stress reichen (Ellis et al. 2015). Bei nicht binären und transgeschlechtlichen Personen können im Vergleich zu cisgeschlechtlichen Personen Schwangerschaften und damit einhergehende Prozesse psychischen Stress in Zusammenhang mit der Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität einer Person und ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht (Genderdysphorie) verstärken (van Amesfoort et al. 2023). Dies passiert zum Beispiel durch den Zusammenhang von körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft und/oder durch das Absetzen von Testosteron²⁷ (Charter et al. 2018). Hormonelle Veränderungen werden bei schwangeren trans Männern durch die Pausierung der Hormonersatztherapie verstärkt. Beispielsweise kann durch das Brustwachstum in der Schwangerschaft die Geschlechtsdysphorie ausgelöst bzw. verstärkt werden. Laut Studien (Ellis et al. 2015; MacLean 2021) wird während der Zeit der Schwangerschaft vermehrt von Gefühlen der Einsamkeit, Isolation und Unsichtbarkeit berichtet. Wie auch bei cisgeschlechtlichen schwangeren Frauen können Schwangerschaften Identitätskonflikte auslösen, bei trans Männern können sich solche Konflikte durch eine generelle Identitätsaushandlung verstärken. Es wird von inneren Konflikten berichtet, die zu bewältigen sind, während mit einer Außenwelt zu interagieren ist, welche möglicherweise nicht auf die spezifischen Bedürfnisse von trans Personen vorbereitet ist (Ellis et al. 2015).

²⁷ Das Absetzen von Testosteron, welches Personen im Transitionsprozess nehmen, kann für den Erhalt der Schwangerschaft notwendig sein.

Da Schwangerschaft und Geburt nach wie vor auf cisgeschlechtliche Frauen ausgerichtet sind, steigt das Risiko für Diskriminierungserfahrungen für marginalisierte Personen. Nicht-binäre und transgeschlechtliche Personen erleben deutlich häufiger Diskriminierung im Gesundheitswesen (Gaiswinkler et al. 2023b; Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022). Eine Studie der Heinrich-Böll-Stiftung in Deutschland ergab, dass medizinisches Personal häufig nicht darauf vorbereitet ist, dass lesbische, nicht binäre, bisexuelle, trans und intergeschlechtliche Personen Kinder bekommen wollen, schwanger sein und gebären können (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022). Erfahrungen rund um die Geburten, die in Kliniken stattfinden, sind der Studie folgend generell zum Teil mit negativen Erlebnissen verbunden. Jede fünfte cisgeschlechtliche Frau (21,4 %) gab an, Gewalt bzw. Diskriminierung während einer Klinikgeburt erlebt zu haben. Bei trans oder intergeschlechtlichen Personen lag dieser Anteil bei über 53,8 Prozent. Bei Geburten, die nicht in einer Klinik stattgefunden haben, war dieser Anteil wesentlich geringer: Bei Hausgeburten lag der Anteil von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei heterosexuellen Frauen bei 4 Prozent und bei Geburten im Geburtshaus bei 3 Prozent. In der Studie wird geschlussfolgert, dass eine ökonomisierte Geburtshilfe (Zeitdruck und Personalmangel) keine adäquate Versorgung von Schwangeren gewährleisten kann – ganz besonders trifft dies auf vulnerable Gruppen wie queere Personen zu (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022). Der Bericht „queer und schwanger“ der Heinrich-Böll-Stiftung (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022) untersuchte, wie queere Menschen in Deutschland bei der Geburt behandelt werden und was verbessert werden müsste. Wichtige Forderungen aus dem Bericht werden im Folgenden kurz dargestellt.

Versorgungsqualität der klinischen Geburtshilfe für alle Schwangeren verbessern

Es wird ein Vergütungssystem angeregt, das eine bedarfsgerechte individuelle Betreuung zulässt und die empfohlene 1:1-Betreuung während der Geburt gewährleisten kann. Partizipative und informierte Entscheidungsfindung sollte als Leitbild in der Geburtshilfe etabliert werden (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022).

Medizinisches Personal in diskriminierungssensiblem Handeln schulen

Es wird empfohlen, Themen der sexuellen und geschlechtlichen Diversität verpflichtend in das Medizinstudium, die Hebammenausbildung und das Pflegestudium zu integrieren, um eine diskriminierungssensible Haltung zu fördern. Zudem sollte es ein verpflichtendes Angebot an Fort- und Weiterbildung zu sexueller und geschlechtlicher Diversität geben. Des

Weiteren wird vorgeschlagen, Forschung zu geburtshilflichen Themen zu fördern, die besonders für queere Menschen relevant sind (z. B. Mehrfachdiskriminierung, Intergeschlechtlichkeit und Reproduktion) (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022).

Informationen, Aufklärung und Repräsentation zum Thema Schwangerschaft und Geburt inklusiv gestalten

Queere Personen hatten bei der Informationssuche rund um Schwangerschaft und Geburt mehr Aufwand als nicht queere Personen. Gefordert wird, dass staatliche Informationen auf diversen Kanälen auf die Bedürfnisse von queeren Personen geprüft werden und dass Informationen rund um Schwangerschaft und Elternschaft angemessen dargestellt werden. Dazu benötigt es spezielle Informationen über queere Reproduktion und rechtliche Regelungen (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022).

Die Situation der perinatalen Gesundheit von nicht binären und trans Personen in Österreich ist durch einen Mangel an spezifischen Daten gekennzeichnet. Viele der im Bericht der Heinrich-Böll-Stiftung (Salden/Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022) genannten Herausforderungen sind auch in Österreich vorhanden. So gibt es ebenso Berichte über fehlende 1:1-Betreuung während der Geburt und fehlende kontinuierliche Hebammenbetreuungsmodelle (Mathis-Edenhofer et al. 2022; Rechnungshof 2021). Der LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022 (Gaiswinkler et al. 2023b) hat erstmals Informationen zur gesundheitlichen Situation von LGBTIQ+-Personen in Österreich zusammengefasst. Darin ist beschrieben, dass drei Viertel der inter* Personen und der trans Personen selten, manchmal oder häufig Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren haben. Daher ist davon auszugehen, dass dies ebenso für den geburtshilflichen Versorgungsbereich gilt – entsprechende nationale Daten dazu sind jedoch ausständig. Trotz Fortschritten bei der Akzeptanz und den Rechten von LGBTIQ+-Personen sind Diskriminierung und Vorurteile im österreichischen Gesundheitswesen weit verbreitet. Daher resultiert auch aus dem LGBTIQ+-Gesundheitsbericht eine Empfehlung von Maßnahmen zur Sensibilisierung des medizinischen Personals. Ein besonderes Augenmerk ist hier auch auf geburtshilfliches Personal zu legen.

Dabei sollte dem Bereich rund um die Geburt generell vermehrte Aufmerksamkeit in Verbindung mit Erfahrungen von Gewalt, Diskriminierung und Stigmatisierung gewidmet werden, da problematische Geburtserlebnisse und deren gesundheitliche Auswirkungen zunehmend in den Fokus rücken (Leinweber et al. 2021; Limmer et al. 2023).

5.4 Reproduktive Selbstbestimmung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit betrifft alle Menschen in allen Lebensphasen. Es geht dabei nicht nur um Krankheitsprävention oder -behandlung, sondern um das allgemeine gesundheitliche Wohlbefinden, wie es die WHO (2024c) definiert. Selbstbestimmung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, ein gesundes Leben führen zu können. Möglichkeiten für freie und selbstbestimmte Entscheidungen beziehen sich vor allem bei Frauen historisch besonders stark auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Mit sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung ist die freie Entscheidung darüber verbunden, ob eine Person Kinder haben möchte, keine Kinder haben möchte oder wie viele Kinder sie haben möchte. Im Fall einer unerwünschten Schwangerschaft fällt darunter auch der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch beziehungsweise im Fall eines unerfüllten Kinderwunsches zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten.

Wie der Zugang zu Verhütung stellt auch die Möglichkeit eines sicheren Schwangerschaftsabbruchs ein zentrales Element der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte dar. Dieses Recht findet sich auch in internationalen Beschlüssen und Empfehlungen wieder (BKA 2023b). Der Zugang zu Verhütungsmitteln und gesetzliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch haben einen maßgeblichen Einfluss auf die selbstbestimmte Familien- und Lebensgestaltung von Mädchen und Frauen. Weltweit sind rund 48 Prozent der Schwangerschaften ungeplant (ca. 120 Mio. Frauen) und 61 Prozent davon enden in einem Schwangerschaftsabbruch. In Europa sind 36 Prozent aller Schwangerschaften ungeplant, 20 Prozent davon enden in einem Schwangerschaftsabbruch (Bearak et al. 2020). Laut WHO (2022a) gelten global 45 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche als unsicher, obwohl der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch Teil des Menschenrechts auf reproduktive Gesundheit ist (ÖGF 2023).

Verschiedene Gründe können dazu führen, dass Frauen vor der Entscheidung stehen, eine Schwangerschaft abzuberechnen. Die letzten großen Studien zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen wurden 2021 bis 2024 in Deutschland und 2008 bis 2010 in den USA durchgeführt. Mit der ELSA-Studie (ELSA 2024) in Deutschland im Auftrag des deutschen Gesundheitsministeriums wurden wesentliche Themen zu den Lebenslagen und dem Wohlbefinden ungewollt Schwangerer sowie die medizinische und psychosoziale Versorgungssituation, die Nutzung der bestehenden Angebote sowie die Barrieren, die den Zugang erschweren, erhoben. Vertiefend wurden die Belastungen, Ressourcen und die Bewältigungsprozesse von Frauen, die ungewollt schwanger sind und diese Schwangerschaft austragen oder abbrechen, unter Berücksichtigung der erhaltenen Unterstützung und der

Erfahrungen mit der Versorgung erhoben. Hierbei wurden auch spezifische vulnerable Gruppen einbezogen: Frauen in Gewaltbeziehungen, Frauen mit psychischen Erkrankungen, mit Migrations- oder Fluchterfahrung sowie Frauen mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit. Erste Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit ungewollten Schwangerschaften sich häufiger als gewollt Schwangere in einer für eine Familiengründung oder -erweiterung unpassenden bzw. schwierigen Lebenslage befinden. Der Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland reicht von umfassender Bedarfsdeckung bis hin zu unterversorgten Regionen. Frauen stoßen bei einem Schwangerschaftsabbruch auf Barrieren, zum Beispiel beim Zugang zu Informationen, bei den Kosten für den Schwangerschaftsabbruch oder beim Zugang zum Versorgungsangebot. Vulnerable Gruppen haben spezifische Anforderungen an psychosoziale und medizinische Versorgung, denen aktuelle Angebote noch nicht gerecht werden. 65 Prozent der Ärzt:innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, haben deswegen Stigmatisierung im privaten, beruflichen oder öffentlichen Umfeld erlebt. Ärzt:innen, die Schwangerschaftsabbrüche in der Facharztweiterbildung praktisch erlernt haben, führen später laut ELSA-Studie auch häufiger Schwangerschaftsabbrüche durch. In der US-amerikanischen Längsschnittstudie 2008 bis 2010 (UCSF 2022) wurden die Auswirkungen eines Schwangerschaftsabbruchs auf Frauen und ihre Kinder untersucht. Über fünf Jahre hinweg wurden die Lebensläufe von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, mit denen, die abgewiesen wurden, verglichen. Die Ergebnisse zeigen gesundheitliche als auch sozioökonomische Folgen für Betroffene, denen ein Schwangerschaftsabbruch verweigert wurde: Sie haben ein höheres Armutsrisiko (Foster et al. 2018b) und ein höheres Risiko für schwerwiegende gesundheitliche Probleme als Personen, die einen gewünschten Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben (Gerdtts et al. 2016; Ralph et al. 2019). Bereits vorhandene sowie später geborene Kinder von Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen konnten, erfuhren mehr ökonomische Sicherheit und eine bessere emotionale Bindung als jene Kinder, die aufgrund eines verweigerten Abbruchs geboren wurden (Foster et al. 2018a; Foster et al. 2019). Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft nicht abbrechen konnten, blieben eher in Kontakt mit gewalttätigen Partnern (Mauldon et al. 2015; Roberts et al. 2014). Folglich waren sie und ihre Kinder einem größeren Gewaltrisiko ausgesetzt.

Die Wissens- und Informationskompetenz zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen wurde bereits in Kapitel 4.1 zur sexuellen Bildung dargelegt. Daraus geht hervor, dass es sowohl unter Jugendlichen als auch bei Erwachsenen in Österreich und Deutschland Informationsbedarf über den Schwangerschaftsabbruch gibt. Für junge Frauen sind in Anlehnung an eine Studie der AIDS-Hilfe Steiermark „Lösungen bei ungewollter

Schwangerschaft“ ein wichtiges Thema (AIDS-Hilfe Steiermark 2019b, S. 15). Die BZgA-Studie in Deutschland zur Jugendsexualität zeigt, dass Schwangerschaftsabbruch sowohl für Mädchen (33 %) als auch für Burschen (25 %) ein Thema ist (BZgA 2022c).

Obwohl in Europa der allgemeine Trend in Richtung Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und der Reduktion von Barrieren geht, gibt es in einigen Teilen Europas nach wie vor Versuche, den gesetzlichen Schutz für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch aufzuheben. Zuweilen haben diese Versuche zur Einführung neuer Barrieren geführt, wie z. B. die Einführung neuer Voraussetzungen, die Frauen erfüllen müssen, bevor sie einen Abbruch in Anspruch nehmen können. Dazu zählen z. B. eine verpflichtende Beratung und verpflichtende Wartezeiten. In einigen Ländern, wie z. B. in Polen, wurde versucht, den Schwangerschaftsabbruch ganz zu verbieten oder den bestehenden rechtlichen Rahmen für einen Abbruch zu beseitigen. Das Fehlen einer Infrastruktur sowie fehlende Beratungen und Kostenübernahmen stellen weitere grundlegende Barrieren dar. Laut einem Policy Brief des europäischen Center for Reproductive Rights verstoßen Maßnahmen, die die reproduktiven Rechte einschränken, indem sie neue Hindernisse einführen oder die Legalität von Schwangerschaftsabbrüchen einschränken, gegen den Grundsatz des Rückschrittsverbots nach internationalem Menschenrechtsgesetz (Center for reproductive rights 2022).

Im Kontext der reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung wird auf der WHO-Agenda der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen derzeit stark forciert. Die WHO (2024b) sieht die Verbesserung des Zugangs zu einer umfassenden Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen als wesentlich für die Erreichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) in Bezug auf Gesundheit und Wohlergehen (SDG3) und Gleichstellung der Geschlechter (SDG5). Eine globale WHO-Studie (Stichprobe: 115 Länder; Rücklaufquote 58 %) zeigt, dass Schwangerschaftsabbrüche häufig nicht als Gesundheitsleistung geführt werden. Im Gegensatz dazu sind Behandlungen aufgrund von Komplikationen durch unsichere Schwangerschaftsabbrüche häufiger enthalten. Die Studie zeigt auch, welche Maßnahmen gesetzt werden können, um den Schwangerschaftsabbruch als Gesundheitsleistung zu führen, und wie damit auch kostenintensivere Behandlungen von Komplikationen durch unsichere Schwangerschaftsabbrüche vermieden werden können (Footman et al. 2023).

In Österreich ist der Schwangerschaftsabbruch seit 1975 im Strafgesetzbuch geregelt. Davor war er gänzlich verboten. „In Österreich ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach einer Beratung

durch eine Ärztin/einen Arzt möglich“ (sogenannte Fristenlösung)²⁸. In bestimmten Fällen ist ein Schwangerschaftsabbruch auch nach den ersten drei Schwangerschaftsmonaten durch Ärzt:innen möglich, wenn eine ernste Gefahr für die seelische oder körperliche Gesundheit oder das Leben der schwangeren Person besteht, wenn eine schwere geistige oder körperliche Behinderung des Kindes zu erwarten ist bzw. wenn die Frau zum Zeitpunkt, als sie schwanger wurde, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Vor dem 14. Geburtstag ist die Zustimmung einer bzw. eines Erziehungsberechtigten zu einem Schwangerschaftsabbruch immer notwendig (oesterreich.gv.at 2024).

Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch in Österreich gestaltet sich abhängig vom Wohnort schwierig. Im Burgenland gibt es keine Möglichkeit für einen Schwangerschaftsabbruch. In Tirol wird in öffentlichen Spitälern derzeit kein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt (ÖGF 2023). In den anderen Bundesländern ist ein Abbruch eingeschränkt möglich. Teilweise gibt es nur einen oder eine Mediziner:in pro Bundesland, der oder die Abbrüche durchführt (CHANGES for women 2024). Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden nicht von der Sozialversicherung übernommen, es sei denn, der Abbruch ist aufgrund einer medizinischen Indikation notwendig. In Wien und Tirol gibt es unter bestimmten Umständen finanzielle Hilfe für die Finanzierung eines Schwangerschaftsabbruchs. Mit Kosten zwischen 350 und 870 Euro ist ein Schwangerschaftsabbruch auch immer eine Frage der Leistbarkeit. Finanziell vulnerablere Personen, die ungewollt schwanger sind, sind von dieser Kostenbarriere für eine Inanspruchnahme besonders betroffen (Aktionskomitee Schwangerschaftsabbruch 2023). Die Kosten- und Zugangsbarrieren treffen in besonderem Maße auch Mädchen und junge Frauen ohne eigene Finanzmittel sowie Frauen, die ohne längere Anreise keinen Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch erhalten.

Seit Juli 2020 kann in Österreich zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch das Medikament Mifegyne auch von niedergelassenen Gynäkolog:innen für betroffene Frauen und Mädchen verschrieben werden. Sowohl die Kosten als auch nachteilige Wohnortsituationen betreffend ist dies eine Erweiterung bestehender Zugänge. Dieser Abbau von Zugangsbarrieren ermöglicht einen frühen Schwangerschaftsabbruch und kann damit den kritischen Faktor der daran geknüpften zeitlichen Fristen etwas abmildern.

²⁸<https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/schwangerschaftsabbruch.html> [Zugriff am 26.01.2024]

Im Jahr 2022 wurde die Abortion Care Guideline der WHO aktualisiert. Darin werden 50 evidenzbasierte Empfehlungen zur Betreuung bei Schwangerschaftsverlust, indiziertem Schwangerschaftsabbruch und danach gegeben. Im Mittelpunkt dieser Empfehlungen steht die Frau und ihre Bedürfnisse. Die WHO empfiehlt die absolute Dekriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, dennoch ist ein Schwangerschaftsabbruch in 75 Prozent aller Länder weltweit strafbar, auch wenn er in Ländern wie Österreich unter bestimmten Umständen straffrei ist. Ergebnisse einer weltweiten Erhebung der WHO haben gezeigt, dass weniger als die Hälfte aller Länder den Schwangerschaftsabbruch als Gesundheitsleistung bzw. in ihrem Versicherungssystem aufgenommen haben. Wenn solche Leistungen nicht oder nur aus bestimmten Gründen abgedeckt sind, muss bedacht werden, wer zurückbleibt und wem der Zugang zur Gesundheitsversorgung verwehrt wird. In der WHO Abortion Care Guideline ist festgelegt, dass Familienplanung bereits beim Zugang zu Informationen und der Möglichkeit freier Entscheidungen in Verbindung mit sexueller und reproduktiver Gesundheit beginnt und sowohl der Zugang zu Verhütungsmitteln als auch der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen eine Gesundheitsleistung ist (WHO 2022a).

6 Sexuelle Gesundheit und Gewalt

Gewalt ist ein zentrales Thema für die sexuelle und reproduktive Gesundheit, da Gewalterfahrungen die persönliche Integrität, das Sicherheitsgefühl und die Fähigkeit zur selbstbestimmten Gestaltung der Sexualität tiefgreifend beeinflussen. Geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt sind Formen einer Machtausübung, die Menschen ihrer körperlichen und seelischen Autonomie berauben. Sexualisierte Gewalt bezieht sich auf sämtliche sexualisierte Handlungen, die einer Person gegen ihren Willen aufgezwungen oder aufgedrängt werden. Die Bezeichnung „sexualisierte Gewalt“ betont, dass diese Form von Gewalt ihren Ursprung nicht in Sexualität hat, sondern eine Form der Machtausübung ist, die durch sexuelle Handlungen erfolgt²⁹. Gewalterfahrungen ziehen häufig körperliche und psychische Folgen für Betroffene nach sich. Nach der zuletzt veröffentlichten Prävalenzstudie zu geschlechtsspezifischer Gewalt in Österreich (Enachescu/Hinsch 2021) haben von den Frauen, die in einer früheren Beziehung körperliche oder sexualisierte Gewalt erfahren haben, 54,63 Prozent körperliche Verletzungen davongetragen. Dabei hatten 30,87 Prozent der betroffenen Frauen bei mindestens einem Vorfall von Gewalt das Gefühl, ihr Leben sei in Gefahr gewesen. Gewalterfahrungen, insbesondere Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt, hinterlassen oft langfristige Spuren und können das Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen sowie das eigene Selbstwertgefühl nachhaltig beeinträchtigen.

6.1 Geschlechtsspezifische und sexualisierte Gewalt

Mit der Prävalenzstudie zu geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen in Österreich (Enachescu/Hinsch 2021) liegen erstmals seit der FRA-Studie 2014 wieder Daten zu Gewalt gegen Frauen vor³⁰. Laut der Prävalenzstudie haben 23,47 Prozent der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren in Österreich ab dem Alter von 15 Jahren körperliche Gewalt innerhalb oder außerhalb von intimen Partnerschaften erlebt. Fast jede sechste Frau war von Androhungen körperlicher Gewalt betroffen (15,25 %). Von sexualisierter Gewalt in Partnerschaften waren 7 Prozent aller Frauen, die bereits in einer intimen Beziehung gewesen sind, betroffen. Eine vollendete Vergewaltigung in einer intimen Partnerschaft haben 6,08 Prozent der

²⁹ vgl. <https://www.sexuellegewalt.at/informieren/was-ist-sexuelle-gewalt-an-frauen/> [Zugriff am 20.09.2024]

³⁰ Daten zu sexualisierter Gewalt gegen Burschen, Männer und genderdiverse Personen sind in der Studie nicht enthalten.

Frauen erlebt, während 2,18 Prozent von einer versuchten Vergewaltigung betroffen waren. 27 Prozent haben sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz erlebt und 7 Prozent der Frauen haben sexualisierte Gewalt in der Kindheit (< 15 Jahre) erlebt.

Eine Studie von SORA zu häuslicher Gewalt während der Coronapandemie zeigt, dass Frauen häufiger als Männer von verbalen, körperlichen und sexualisierten Übergriffen während der Pandemie betroffen waren. Im Durchschnitt berichten 30 Prozent der Frauen von zumindest einer erlebten Gewaltform. Bei den Männern waren es 20 Prozent (Zandonella/Hoser 2022).

Zur sexualisierten Gewalt gehören zum Beispiel auch Stealthing (heimliche Entfernung des Kondoms während des Geschlechtsverkehrs) (Bonar et al. 2019) und neuere Formen sexualisierter Gewalt wie nicht konsensuelles Sexting³¹ (Versenden von Nacktbildern) und Upskirting³² (heimliches Fotografieren oder Filmen unter den Rock oder in den Ausschnitt einer Person), die sich v. a. im digitalen Raum abspielen.

Jüngste Formen sexualisierter Gewalt im Internet sind Cybergrooming³³ und das Versenden von Dickpics (ungefragtes Versenden von Bildern des Penis). In Österreich sind laut einer Querschnittstudie 32 Prozent der befragten Mädchen und Frauen von Gewalt im Netz betroffen (N = 1.018). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass v. a. 15- bis 18-jährige Mädchen (63,3 %) von Gewalt im Netz überdurchschnittlich häufig betroffen sind. Queere Frauen und Mädchen sind signifikant häufiger (47 %) von Gewalt im Netz betroffen als heterosexuelle (31 %) (Weisser Ring/Forschungszentrum Menschenrechte 2018). Auch in der deutschen BZgA-Studie zeigt sich, dass 29 Prozent der Mädchen (doppelt so viele wie gleichaltrige Burschen) über das Internet sexualisierte Übergriffe erleben. Mit 41 Prozent ist die Gruppe der 19-jährigen Frauen am häufigsten betroffen (BZgA 2021f). Von Gewalterfahrungen häufiger betroffen sind zudem Frauen und Mädchen, deren Erstsprache eine andere als Deutsch ist (42 % vs. 32 %). Persönliche Beschimpfungen (u. a. aufgrund ihres Geschlechts; 22,8 %) und

³¹ Sexting ist in Österreich unter 14 Jahren strafbar, da es als Verbreitung von Kinderpornografie gilt (<https://www.sexuellegewalt.at/informieren/rechtliche-informationen/> [Zugriff am 04.11.2024]).

³² Upskirting ist mit dem Gesetzespaket „Hass im Netz“ seit 2021 strafbar (<https://www.sexuellegewalt.at/informieren/rechtliche-informationen/> [Zugriff am 04.11.2024]).

³³ „Grooming ist die Anbahnung sexueller Kontakte durch Erwachsene an Kinder und Jugendliche. Passiert dieses Annähern über digitale Medien, also in sozialen Netzwerken, Chatrooms, Messengern wie WhatsApp oder in Spielenetzwerken, spricht man von Cyber-Grooming. Konkret ist damit gemeint, dass sich Erwachsene meist als Jugendliche oder junge Erwachsene ausgeben und so versuchen, sich das Vertrauen zu erschleichen. Ihre Absicht dahinter ist oft eine sexuelle Belästigung.“ (<https://www.rataufdraht.at/themenuebersicht/handy-internet/cyber-grooming>) [Zugriff am 04.11.2024]

anzügliche Mitteilungen ohne Zustimmung (10,9 %) sind die häufigsten Formen der Gewalt (Weisser Ring/Forschungszentrum Menschenrechte 2018).

Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche

Am häufigsten findet der erste Vorfall von sexualisierter Gewalt in der Kindheit im Alter zwischen 11 und 15 Jahren statt. 45,09 Prozent der betroffenen Frauen haben den ersten Vorfall in diesem Alter erlebt. 7,05 Prozent der Frauen zwischen 18 und 74 Jahren haben mindestens eine Form von sexualisierter Gewalt in ihrer Kindheit erfahren. Von einer vollendeten Vergewaltigung in der Kindheit sind 1,85 Prozent der Frauen betroffen (Enachescu/Hinsch 2021).

95,56 Prozent aller von sexualisierter Gewalt in der Kindheit betroffenen Frauen wurden Opfer einer männlichen Täterperson, 6,40 Prozent Opfer einer weiblichen. Häufig kommt der oder die Täter:in aus dem Bekannten- und Familienkreis. 85,09 Prozent der Frauen kannten den oder die Täter:in.

Die Ergebnisse der deutschen BZgA-Studie zur Jugendsexualität zeigen, dass 56 Prozent der weiblichen Befragten (Männer: 53 %) nichtkörperliche sexualisierte Gewalt erlebten. Bei körperlicher sexualisierter Gewalt gaben 18 Prozent der Mädchen und jungen Frauen (Burschen und junge Männer: 5 %) an, körperliche Gewalt erfahren zu haben. 60 Prozent waren unter 18 Jahre alt, als sie das erste Mal körperliche sexualisierte Gewalt erfuhren. Häufiger betroffen als heterosexuelle Frauen und Mädchen (18 %) sind Frauen, die homo- und/oder bisexuell orientiert sind (34 %) (BZgA 2021f).

Gesundheitliche Auswirkungen

Auf intime Partnergewalt sind nach der Studie Global Burden of Disease 75 verlorene gesunde Lebensjahre pro 100.000 Einwohnerinnen zurückzuführen. Die Gewalterfahrungen haben v. a. Selbstverletzungen und mentale Erkrankungen (v. a. Depressionen) zur Folge (GHDx 2019). Laut der Prävalenzstudie (Enachescu/Hinsch 2021) trugen 17,71 Prozent der betroffenen Frauen, die innerhalb der letzten fünf Jahre körperliche und/oder sexualisierte Gewalt erlebt haben, körperliche Verletzungen davon. Unter psychischen Folgen leiden 22,19 Prozent.

Zu den **gesundheitlichen Auswirkungen physischer und/oder sexualisierter intimer Partnergewalt** zählen Kopfschmerzen, Schmerzsyndrome, Magen-Darm-Beschwerden, eingeschränkte Mobilität und ein schlechter allgemeiner Gesundheitszustand (Riedl et al. 2019). **Folgen intimer Partnergewalt** sind toxischer Stress und posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) (Cook et al. 2011; Sabri/Granger 2018). Psychische Folgen sind bei intimer Partnergewalt stärker ausgeprägt als bei nicht nahestehenden Personen als Täter:innen. Dazu gehören: Verlust des Selbstvertrauens (50 % vs. 40 %), Gefühl der Verletzlichkeit (48 % vs. 47 %), Beziehungsschwierigkeiten (41 % vs. 31 %) und Schlafstörungen (41 % vs. 29 %) sowie Depressionen (35 % vs. 23 %) (FRA-Studie 2014).

Nach sexualisierter Gewalt leben Frauen in Angst vor Übergriffen (FRA 2014). Sexuelle Übergriffe stehen in signifikantem Zusammenhang mit **PTSD, Suizidalität, Zwangsstörungen, bipolaren Störungen, Depressionen, Angstzuständen, Essstörungen und Substanzmissbrauch/-abhängigkeit** (Bhuptani/Messman-Moore 2019).

72 Prozent der betroffenen Frauen berichten von Folgen der Gewalterfahrungen. Die häufigsten Folgen sind Wut und Zorn (39 %), Traurigkeit und Depression (20 %), starke Ängste und Panikgefühle (10 %), Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit (10 %) sowie Schuld- und Schamgefühle bzw. extreme Selbstzweifel (10 %). Zu den häufigsten psychosomatischen Folgen zählen Angespanntheit, Nervosität und Schreckhaftigkeit (22 %) (Weisser Ring/Forschungszentrum Menschenrechte 2018).

Die Auswirkungen sexualisierter Gewalt auf die körperliche und psychische Integrität sind tiefgreifend und reichen oft weit über den Moment der Gewalterfahrung hinaus. In ähnlicher Weise steht auch die Frage der körperlichen Unversehrtheit in engem Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und dem Recht auf körperliche Selbstbestimmung.

6.2 Körperliche Unversehrtheit

Körperliche Unversehrtheit ist eng mit sexueller Gesundheit verbunden und grundlegend für Personen, ein gesundes Leben führen zu können. Es bedeutet auch, dass sexuelle Erfahrungen frei von Zwang, frei von Diskriminierung, frei von Gewalt und frei von ökonomischem Zwang gemacht werden können müssen. Körperliche Unversehrtheit bedeutet auch, dass Personen selbstbestimmt und vollumfänglich informiert darüber entscheiden können, ob ihre Körper aus nicht medizinisch notwendigen Gründen verändert bzw. an individuelle Bedürfnisse angepasst werden (Earp/Steinfeld 2018; UNPFA 2024; WHO 2024c).

Female Genital Mutilation and Cutting (FGM/C), auch weibliche Beschneidung oder Verstümmelung genannt, ist eine Form geschlechtsbezogener Gewalt. Nach der WHO-Definition von FGM/C umfasst diese eine teilweise oder vollständige Entfernung der äußeren weiblichen Genitalien oder eine andere Verletzung der weiblichen Genitalien aus nicht medizinischen Gründen (WHO 2024a). Alle Formen der FGM/C haben negative Auswirkungen auf die allgemeine und auf die sexuelle Gesundheit der Betroffenen (Nzinga et al. 2021). Folgen sind unter anderem Schmerzen beim Sex und beim Urinieren, Probleme bei der Menstruation, Komplikationen während Geburten sowie psychische Belastungen (Reisel/Creighton 2015; WHO 2024a). In Österreich wird FGM/C klar als Verletzung der Menschenrechte betrachtet (FGM Koordinationsstelle Kompetenzzentrum Österreich o. J.; Jirovsky-Platter et al. 2024). Die Gesetzeslage wurde um strengere Bestimmungen ergänzt mit dem Ziel, allen Kindern mit weiblichen Geschlechtsteilen – einschließlich der Kinder aus Ländern mit hohen FGM/C-Raten – die genitale Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie vor Eingriffen zu schützen. Jegliche Eingriffe an Vulven, Vulvalippen und Klitoris von Kindern sind verboten, es sei denn, dies ist aus medizinischen Gründen notwendig. Schätzungen gehen davon aus, dass in etwa 12 bis 18 Prozent der in Österreich lebenden Mädchen und jungen Frauen im Alter zwischen 0 und 18 Jahren aus Ländern mit hohen FGM/C-Raten stammen und von FGM/C bedroht sind (Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen 2021). Diese Schätzungen ergeben sich aus einer Studie des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen, in der das Risiko für FGM/C geschätzt wurde (European Institute for Gender Equality 2021). Repräsentative Daten zur FGM/C-Prävalenz in Österreich gibt es nicht. Laut einer aktuellen Studie zu FGM/C in Österreich wird davon ausgegangen, dass etwa 11.000 Mädchen und Frauen von FGM/C betroffen sind (Jirovsky-Platter et al. 2024).

Kinder mit Variationen der Geschlechtsmerkmale sind derzeit rechtlich nicht umfassend und explizit vor Verletzungen ihrer genitalen Selbstbestimmung und der Unversehrtheit ihrer körperlichen Integrität geschützt³⁴. Sie werden häufig nicht notwendigen medizinischen Genitaloperationen unterzogen. Die Organisation Intersex International Europe (OII Europe) bezeichnet diese Eingriffe an gesunden Körpern als „Intersex Genital Mutilation (IGM)“, also als Genitalverstümmelung im Kontext von Intergeschlechtlichkeit (OII Europe 2023). Das Ziel solcher Eingriffe besteht in der Regel darin, das Aussehen der Genitalien des Kindes an ein binärgeschlechtliches Ideal anzupassen (Earp/Steinfeld 2018; Lampalzer et al. 2021). Geschlechtsnormierende Eingriffe bergen ein hohes Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen und Folgen – einschließlich bleibender Nervenschäden an empfindlichen Geweben (Danon et al. 2023; Reis 2019). Earp und Steinfeld (2018) betonen, dass Eingriffe an den Genitalien bei intergeschlechtlichen Kindern in den meisten Fällen normative kulturelle Überzeugungen bedienen und in vielen Fällen die psychische Gesundheit, soziale Anpassung und/oder das sexuelle Wohlbefinden der Betroffenen negativ beeinflussen. Im Rahmen der Befragung zum LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022 (Gaiswinkler et al. 2023b) bejahten 53 Prozent der befragten intergeschlechtlichen Personen die Frage „Wurden an Ihnen geschlechtsverändernde medizinische Eingriffe unternommen?“, wobei 38 Prozent angaben, dass diese Eingriffe ohne ihre Zustimmung vorgenommen worden seien. Die offene Frage „Hatte dies [die Eingriffe] gesundheitliche Folgen für Sie?“ beantwortete die Hälfte der intergeschlechtlichen Personen mit „Ja“, teilweise unter Nennung mehrerer Folgen. Zwei Personen gaben eine Posttraumatische Belastungsstörung als Folge der Eingriffe an. Als weitere Folgen wurden Schmerzen (nicht weiter ausgeführt), Funktionsstörungen der Blase und Orgasmusunfähigkeit genannt. Zwei Personen gaben an, lebenslang auf die Einnahme von Hormonen angewiesen zu sein, zum Beispiel aufgrund der operativen Entfernung der Keimdrüsen, wie eine Person ausführte. Eine Person führte aus, dass sie die Kostenübernahme für die durch den Eingriff notwendige Hormonersatztherapie erst bewilligen lassen musste. Folgen der Hormonbehandlung wurden von den Befragten mit einer

³⁴ Das UN-Kinderrechtskomitee hat in seinem periodischen Bericht aus 2020 ein Verbot medizinisch nicht notwendiger chirurgischer Eingriffe bei intergeschlechtlichen Kindern empfohlen, wenn diese Eingriffe sicher bis zu dem Zeitpunkt aufgeschoben werden können, an dem Kinder ihre informierte Einwilligung geben können. Weiters wurde eine Empfehlung zur Erhebung von Daten gegeben, um das Ausmaß von unnötigen medizinischen oder chirurgischen Eingriffen an intergeschlechtlichen Kindern zu erfassen. Dies sei notwendig, um gefährdete Kinder leichter identifizieren und Missbrauch verhindern zu können (siehe auch <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/060/64/PDF/G2006064.pdf?OpenElement> [Zugriff am 04.11.2024]). Vonseiten des Österreichischen Nationalrats existiert ein Entschließungsantrag für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen: https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/A/1594/imfname_971331.pdf [Zugriff am 04.11.2024]

irreversiblen Veränderung der äußeren Erscheinung, aggressivem Verhalten, Übermut und Depression beschrieben (Gaiswinkler et al. 2023b).

Die **Beschneidung der Penisvorhaut (Zirkumzision)** wird selten aus therapeutischen Gründen durchgeführt. Sie ist in vielen Gesellschaften oft Bestandteil kultureller und religiöser (Geburts-)Rituale. Die Zirkumzision bei Kindern aus religiösen Motiven ist in Österreich unter bestimmten Umständen erlaubt³⁵ und im Gegensatz zu FGM und IGM ein einfacherer Eingriff, der mit einem geringen Risiko für Komplikationen verbunden ist (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024a). Voraussetzung für ein niedriges Komplikationsrisiko ist, dass die Beschneidung in einem klinischen Setting von entsprechend geschulten medizinischen Fachkräften durchgeführt wird. Laut Morris et al. (2019) bestätigen weitreichende ethische Beurteilungen die Unbedenklichkeit der Beschneidung der Penisvorhaut. Generell gibt es viele Belege für die positiven gesundheitlichen Auswirkungen der Beschneidung und das geringe Risiko für Komplikationen der Penisvorhaut im Kindesalter (El Bcheraoui et al. 2014; Morris et al. 2016; Morris et al. 2019). So zeigen Studienergebnisse beispielsweise ein geringeres Risiko, an sexuell übertragbaren Infektionen oder bestimmten Krebsarten zu erkranken (Mehta et al. 2021; Morris et al. 2019; Yuan et al. 2019). Weitere Studien zeigen ein reduziertes Risiko einer HPV-Infektion, Zervixdysplasie und Zervixkrebs der Sexualpartner:innen (Mehta et al. 2021). Eine Studie untersuchte die negativen Langzeitfolgen der Beschneidung von männlichen Neugeborenen (Hammond/Carmack 2017). Einige beschnittene Männer berichteten in dieser Studie über verschiedene gesundheitliche Probleme und Belastungen, die sie auf ihre Beschneidung zurückführten, beispielsweise erektile Dysfunktion, Unempfindlichkeit der Eichel, Gefühle der Frustration und Unzufriedenheit sowie das Gefühl, „verstümmelt“ worden zu sein.

Wie in diesem Kapitel ausgeführt, wird weibliche Genitalbeschneidung von der WHO als schwerwiegende Verletzung der Menschenrechte eingestuft, der keinerlei gesundheitlicher Nutzen zugeschrieben wird (WHO 2024a). Im Gegensatz dazu wird die Beschneidung der Penisvorhaut in einigen Kontexten als medizinisch vorteilhaft dargestellt (Morris et al. 2019), gleichwohl auch diese, ohne medizinische Indikation durchgeführt, aus Menschenrechtssicht als eine schwerwiegende Verletzung angesehen werden kann. Berücksichtigt man diese Unterschiede in der Wahrnehmung und den – im Falle der Beschneidung der

35 siehe dazu: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Erlaesse/ERL_BMJ_20120731_120001S_3_IV_12/ERL_BMJ_20120731_120001S_3_IV_12.html [Zugriff am 04.11.2024]

Penisvorhaut unumstritten positiven – gesundheitlichen Auswirkungen, stellt sich aus ethischer Sicht die Frage, ob die ungleiche Behandlung von Kindern in Bezug auf den Schutz ihrer körperlichen Integrität dadurch gerechtfertigt werden kann (Earp 2021; Townsend 2019).

Ein ähnliche Frage stellt sich auch bei geschlechtsnormierenden Operationen an intergeschlechtlichen Kindern, die ohne deren Zustimmung und aus gesellschaftlichen Normen heraus durchgeführt werden (Lampalzer et al. 2021). Aus einer Perspektive der Menschenrechte lässt sich argumentieren, dass Kinder unabhängig von ihrem Geschlecht und ihrer Geschlechtsmerkmale das Recht auf körperliche Unversehrtheit haben (Earp/Steinfeld 2018).

Die aktuelle **rechtliche Situation zu geschlechtlicher Vielfalt** im medizinischen Kontext wurde in den Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung im Auftrag des BMSGPK festgehalten. Darin wird das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung für inter* Personen festgeschrieben. Dieses Recht birgt jedoch das Risiko, missachtet zu werden, da Entscheidungen vielfach im Kindes- und Jugendalter von Eltern getroffen werden. Vorhandene gesellschaftliche Normvorstellungen von Geschlecht und Körper bilden dabei einen zentralen Referenzrahmen, was unter anderem zu Pathologisierungen führen kann. Diese Normen bilden sich auch im medizinischen System ab und führen aufgrund zusätzlich häufig fehlender Kompetenzen zum Thema Intergeschlechtlichkeit dazu, intergeschlechtliche Menschen zu pathologisieren. Mit Blick auf intergeschlechtliche Personen zeigt sich, dass die Empfehlungen global gesehen und auch in Österreich den Fokus auf Rechte der Gesundheitseinrichtungen/Mediziner:innen legen, nicht aber auf Betroffene selbst. 2017 hat die Bioethikkommission eine klare Empfehlung formuliert, dass inter* Personen besser vor medizinischen Eingriffen geschützt werden sollen. Weiters werden der Bedarf der Eltern an Unterstützung sowie der Schutz vor Diskriminierung betont. Es wird klar gefordert, dass Betroffene selbstbestimmt über ihr Geschlecht, ihren Körper und geschlechtsaffirmative Maßnahmen entscheiden sollen und nicht die Eltern bei der Geburt (BKA 2017). Diese Forderung deckt sich mit den Positionen des Vereins Intergeschlechtlicher Menschen Österreich (VIMÖ 2024), der Maßnahmen zur Depathologisierung von Intergeschlechtlichkeit fordert. Die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen widersprechen der UN-Kinderrechtskonvention. Österreich wurde hier 2020 im Rahmen einer Prüfung aufgefordert (VIMÖ 2020),

- die Durchführung unnötiger medizinischer oder chirurgischer Behandlungen von intergeschlechtlichen Kindern zu verbieten, wenn diese Eingriffe gefahrlos aufgeschoben werden können, bis die Kinder in der Lage sind, ihre informierte Zustimmung zu geben,
- Daten zu sammeln, um das Ausmaß dieser schädlichen Praktiken zu ermitteln, damit gefährdete Kinder besser erkannt und ihr Missbrauch verhindert werden kann.

Pathologisierungen spiegeln sich auch in den ICD-Codes (der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wider (BPD 2018). Erst in der 11. Version (Inkrafttreten 1. Jänner 2022) der ICD-Codes werden trans Personen nicht länger als „Menschen mit Störungen der Geschlechtsidentität“ im Abschnitt Mentale und Verhaltensstörungen eingeordnet. Es gibt nun den neuen Abschnitt „Conditions related to sexual health“ und eine eigene Klassifikation zu „Geschlechtsinkongruenz“ (Deutsche Aidshilfe 2018).

7 Chancengerechtigkeit in Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen sind zentrale Anliegen der Chancengerechtigkeit. Vulnerable Gruppen haben oft erschwerten Zugang zu Informationen und medizinischen Angeboten, was bestehende Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung im Bereich der sexuellen Gesundheit verstärkt. In diesem Kapitel wird die Frage der Chancengerechtigkeit durch eine differenzierte Betrachtung von vier spezifischen Gruppen aufgegriffen: Sexarbeiter:innen, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedürftigkeit. Anhand dieser Gruppen werden strukturelle und gesellschaftliche Barrieren aufgezeigt, die den Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und damit die Möglichkeit eines selbstbestimmten Umgangs mit der eigenen Sexualität einschränken.

7.1 Sexarbeiter:innen

Die Themen sexuelle und reproduktive Gesundheit betreffen Sexdienstleister:innen sowohl im Privaten als auch im beruflichen Kontext. Das Anbieten von sexuellen Dienstleistungen stellt ein besonders prekäres und der Gefahr der Ausbeutung unterworfenen Arbeitsfeld dar. Darüber hinaus sind Sexdienstleister:innen mit Stigma und Diskriminierung konfrontiert (Antony et al. 2019).

In Österreich unterliegen Sexdienstleister:innen bestimmten gesetzlichen Vorschriften, die ihre Gesundheit schützen sollen (Stadt Wien 2024b). Bevor sie ihre Tätigkeit aufnehmen können, müssen sie sich einer amtsärztlichen Untersuchung unterziehen. Bei dieser Untersuchung werden die Sexdienstleister:innen auf sexuell übertragbare Erkrankungen getestet sowie über Infektionsmöglichkeit mit diesen und über Krankheits- und Schwangerschaftsverhütung aufgeklärt (Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen 2024). Danach sind sie verpflichtet, alle sechs Wochen einen Teil dieser Untersuchung durchführen sowie sich alle zwölf Wochen auf Syphilis und HIV testen zu lassen (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024d). Weiters

erhalten Sexdienstleister:innen Informationen und Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen, jedoch umfasst diese Untersuchung keine routinemäßigen gynäkologischen Untersuchungen (Antony et al. 2019).

Die genannten Maßnahmen dienen der Diagnose von sexuell übertragbaren Infektionen, wobei es laut der AG Prostitution qualitative Unterschiede in der Durchführung dieser Untersuchungen gibt (BKA 2021). Im Zusammenhang mit den Pflichtuntersuchungen zeigt eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) (Antony et al. 2019) weitere Problematiken auf: Teilweise fehlt ein angemessener Sichtschutz im Untersuchungsbereich, was dazu führt, dass Abstriche bei mehreren Sexdienstleister:innen gleichzeitig in einem Raum entnommen werden, ohne für ausreichend Privatsphäre zu sorgen. Zudem stehen keine Ressourcen für Dolmetsch-Dienste zur Verfügung, wodurch oft andere anwesende Sexdienstleister:innen oder Begleitpersonen zum Dolmetschen einspringen müssen. Dies betrifft selbst höchst sensible Ergebnisse wie beispielsweise die Mitteilung eines positiven HIV-Befunds, die in solchen Situationen von Dritten kommuniziert werden. Ein weiteres Problem ist, dass Sexdienstleister:innen oft mit ihren richtigen Namen aufgerufen werden, was dazu führt, dass alle anderen Wartenden diesen Namen hören können (Antony et al. 2019). Dies stellt eine Verletzung der Privatsphäre und einen Mangel an Respekt gegenüber den betroffenen Personen dar.

Die Frage nach der Notwendigkeit der Pflichtuntersuchung für Sexdienstleister:innen ist umstritten (BKA 2021). Jene, die sich dafür aussprechen, sehen darin die Chance, durch den häufigen Kontakt und das daraus resultierende Vertrauensverhältnis zu den Ärzt:innen Gewalterfahrungen zu erkennen und gegebenenfalls Unterstützung anzubieten. Darüber hinaus könne laut der AG Prostitution aufgrund der begrenzten Kenntnisse über Gesundheitsfragen und Verhütung sowie wegen Sprachbarrieren von vielen Sexdienstleister:innen nicht erwartet werden, dass sie freiwillige Untersuchungen in ausreichendem Maße in Anspruch nehmen würden. Auf der anderen Seite wird die Pflichtuntersuchung kritisiert, da sie das Vorurteil fördert, dass die Gesundheitsrisiken von Sexdienstleister:innen ausgehen. In der Praxis sind es jedoch zumeist Kund:innen, die nach Sexpraktiken ohne Kondom verlangen (BKA 2021). Auch in der GFA wird berichtet, dass regelmäßige Gesundheitschecks bei Sexdienstleister:innen von einigen Kund:innen als Nachweis für Krankheitsfreiheit interpretiert werden. Dies dient oft als Rechtfertigung für den Wunsch nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr, wobei Sexdienstleister:innen entsprechend unter Druck gesetzt werden, diesem nachzugeben (Antony et al. 2019). Genaue Daten zu Kund:innen gibt es keine (Antony et al. 2019; BKA 2024b).

Laut der GFA gibt es keine klaren Hinweise darauf, dass die Prävalenz von STI bei Sexdienstleister:innen erhöht ist (Antony et al. 2019). Dennoch wurden anhand von internationalen Studien Gruppen von Sexdienstleister:innen identifiziert, die einem höheren Risiko für sexuell übertragbare Erkrankungen ausgesetzt sind. Dazu zählen Sexdienstleisterinnen, die außerhalb Deutschlands geboren wurden und geringe Deutschkenntnisse aufweisen. Ebenso sind jüngere Sexdienstleisterinnen, insbesondere diejenigen unter 20 Jahren, sowie neu im Sexdienstleistungsbereich tätige Personen mit weniger als einem Jahr Erfahrung einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Des Weiteren sind Sexdienstleisterinnen ohne gültige Krankenversicherung, die noch keinen Kontakt zu einem Gesundheitsamt hatten und in riskanteren Arbeitsumgebungen wie dem Straßenstrich oder größeren Einrichtungen arbeiten, anfälliger für STI. Das Risiko steigt auch bei denen, die in den letzten Monaten ungeschützten Sex mit nicht festen Partner:innen hatten oder die intravenös Drogen konsumierten. Ein weiterer Faktor, der das STI-Risiko erhöht, ist der Konsum von alkoholischen Getränken vor oder während des Geschlechtsverkehrs. Schließlich sind Sexdienstleisterinnen, die bereits eine positive STI-Diagnose hatten, besonders gefährdet. In Bezug auf Sexdienstleister gibt es wenig Evidenzen zur STI-Prävalenz. Im Jahr 2017 gab es laut GFA 60 Erstuntersuchungen bei Männern, wobei eine Person eine Infektion mit *Treponema pallidum* aufwies (Antony et al. 2019).

Ergebnisse zu anderen Aspekten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Sexdienstleistenden gibt es kaum. Es gibt Hinweise darauf, dass Stigmatisierung und Diskriminierungserfahrungen dazu führen können, dass Sexdienstleister:innen gegenüber Gesundheitspersonal nicht offen hinsichtlich ihrer Tätigkeit sind. Somit sind sie grundsätzlich höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt (Ryan/McGarry 2022).

7.2 Menschen mit Behinderungen

„Menschen mit Behinderungen“ ist ein Sammelbegriff. Behinderungen und Beeinträchtigungen sind vielfältig. Es können körperliche Schädigungen wie sensorische Probleme und Gehbeeinträchtigungen, aber auch psychische Probleme oder Lernbehinderungen gemeint sein (BMSGK 2016). Laut einer repräsentativen Studie aus dem Jahr 2015 (BMSGPK 2024d) leben in Österreich 1,3 Millionen Menschen seit mindestens sechs Monaten mit einer der genannten Beeinträchtigungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) schreibt fest, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf

„[...]den gleichen Umfang, die gleiche Qualität und kostenlose oder erschwingliche Gesundheitsversorgung und -programme [haben] wie andere Menschen auch im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit“ (UN 2006).

Österreich hat sich mit deren Ratifizierung verpflichtet, Strukturen und Prozesse zu schaffen, die dieses Recht gewährleisten (BMSGPK 2024e).

Der **Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030** (BMSGPK 2020) bezieht sich mit folgenden Maßnahmen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und konkretisiert die UN-BRK insbesondere in Bezug auf die sexuelle Gesundheit von Frauen – die sexuelle Gesundheit von Männern wird nicht angesprochen:

- „Förderung umfassender und gemeindenaher Beratung von Menschen mit Behinderungen nach dem Prinzip der **Peer-Beratung** durch Menschen mit Behinderungen, auch für LGBTIQ+-Personen mit Behinderungen“ (BMSGPK 2020, S. 10)
- „Das Recht auf **Selbstbestimmung** soll in allen Lebensbereichen von Frauen mit Behinderungen gewährleistet sein, unter anderem auch in Bezug auf **selbstbestimmte Sexualität**.“ (BMSGPK 2020, S. 18)
- „Es sollen **professionelle Strukturen** geschaffen werden, die es Frauen ermöglichen, mit Peers über schwierige Alltagssituationen, Sexualität und Gewalterfahrungen zu sprechen. In diesem Zusammenhang sollen Netzwerke, Interessens- und Selbstvertretungen von Frauen mit Behinderungen gestärkt werden.“ (BMSGPK 2020, S. 18)
- „**Frauen mit Behinderungen** sollen unterstützt werden, körperliche und sexuelle Übergriffe von sich aus zu erkennen, zu benennen und zu melden.“ (BMSGPK 2020, S. 19)
- „**Forschungen** sollen sich mit den Lebensbedingungen und dem Wohlbefinden von Menschen mit Behinderungen auseinandersetzen, **insbesondere auch in Bezug auf Sexualität**.“ (BMSGPK 2020, S. 143)

Eine Arbeitsgruppe zum Nationalen Aktionsplan Behinderung hat für Frauen mit Behinderungen noch weiterführende Maßnahmen erarbeitet, um eine selbstbestimmte Sexualität sicherzustellen (Eigelsreiter o.J.). Mädchen und Frauen mit Behinderungen erhalten häufig eine hormonelle Verhütung (insb. 3-Monats-Spritze oder Spiralen) ohne Aufklärung und ohne Zustimmung (z. B. Spritzen in Institutionen, verbunden mit Drohungen, falls sie sich weigern, sich die Spritze geben zu lassen). Zudem wird Personen mit Behinderungen häufig

das Recht auf Elternschaft abgesprochen. Beratungsstellen³⁶ und Gute Gesundheitsinformationen zu Sexualität gibt es nur wenige und wenn es sie gibt, sind sie im urbanen Raum zu finden. Inter*, trans und nicht binäre Menschen sind hier zusätzlich von Diskriminierung betroffen (Mehrfachdiskriminierungen) (Eigelsreiter o.J.).

Daten für Österreich fehlen zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit von Menschen mit Behinderungen gänzlich, daher werden Studien aus Deutschland herangezogen und ergänzend dazu internationale Studienergebnisse beleuchtet. Die Ergebnisse werden entlang von Themenblöcken dargestellt.

Reproduktive Selbstbestimmung

Bis heute ist es in vielen Ländern der EU gängige Praxis, dass an Frauen mit Behinderungen Zwangsterilisationen durchgeführt werden oder dass ihnen Verhütungsmittel verabreicht werden, ohne dass sie eingewilligt haben (BMFSFJ 2012; Strohriegl 2022). Derzeit dürfen nach österreichischer Rechtslage Sterilisationen ohne das Wissen und die Einwilligung der Betroffenen nur nach einem Gutachten und einem Gerichtsbeschluss durchgeführt werden. Neben Sterilisationen werden auch Abtreibungen häufiger ohne Aufklärung und Zustimmung durchgeführt. Beim Verhütungsverhalten zeigt sich, dass etwas mehr Mädchen Verhütungsmittel nutzen als gleichaltrige junge Männer (90 % vs. 86,2 %). Das häufigste Verhütungsmittel ist das Kondom, gefolgt von der Pille und der Drei-Monats-Spritze (Wienholz et al. 2013). Mehr Männer als Frauen geben laut einer Studie mit jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre; n = 152; Sachsen) an, dass der erste Geschlechtsverkehr schön war und gleichzeitig mehr Frauen, dass er unangenehm war. 90 Prozent haben beim ersten Sex ein Verhütungsmittel benutzt, das Kondom liegt dabei an erster Stelle. Allgemein wird die Verhütungsentscheidung stark von elterlichen und ärztlichen Empfehlungen beeinflusst. Die Verhütung sehen Frauen längerfristig stringenter als Männer, d. h. sie achten stärker darauf und fühlen sich dafür verantwortlich, Schwangerschaften zu verhüten (BZgA 2017). Laut einer Befragung von pro familia besteht bei 32 Prozent der Teilnehmer:innen ein Kinderwunsch, und nur knapp 5 Prozent haben Kinder. Es wurde sehr häufig der Wunsch nach mehr Informationen und Aufklärung zu Kinderwunsch, Familienplanung und Elternschaft

³⁶ aktuelles Beratungsangebot (Stand Dezember 2023): Fachstelle Hautnah, Alpha Nova: Sexualberatung für Menschen mit Behinderungen; Verein Ninlil: Empowerment und Beratung für Frauen mit Behinderungen; Lehrgang zur Sexualbegleitung/Sexualassistenz von SOPHIE und der Volkshilfe Wien; seit 1993 bietet die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung in ihrer Beratungsstelle im Wiener AKH Sexualberatung und gynäkologische Angebote für Menschen mit Behinderungen an.

genannt (pro familia 2020). Ein Thema für Menschen mit Behinderungen ist, wie Beziehungspersonen gefunden werden können. Das ist auch das Ergebnis einer systematischen Übersichtsarbeit, nach der Menschen mit intellektuellen Einschränkungen einen ernsthaften Kinderwunsch haben, der aufgrund des gesellschaftlichen Kontextes jedoch unterdrückt wird (Guénoun et al. 2022).

Sexuelle Beziehungen und Begehren

In einer Metasynthese (Black/Kammes 2019) wird gezeigt, dass sexuelle Beziehungen als wichtige Ressource gesehen werden, aber auch mit Sorge besetzt sind. Laut zwei Studien in der Metasynthese (Black/Kammes 2019) wird berichtet, dass Menschen mit Behinderungen der Überzeugung sind, dass sexuelle Beziehungen für Männer lustvoll sind, für Frauen nicht. Laut einer deutschen Umfrage masturbieren Burschen mit Behinderungen (in den letzten 12 Monaten) deutlich häufiger (51,5 %) als Mädchen (16,7 %). Mehr Mädchen als Burschen hatten bereits homoerotische oder -sexuelle Kontakte. Burschen werden tendenziell früher sexuell aktiv als Mädchen, häufig passiert es bei Burschen in fixen Partnerschaften, wobei mehr Mädchen bereits geküsst haben, umgekehrt ist es beim Genitalpetting. Eines der wichtigsten Bedürfnisse von Frauen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, um eine sichere sexuelle Beziehung zu führen, war die Suche nach einer festen Partnerschaft (Matin et al. 2021b).

Menschen mit Behinderungen berichten zudem, dass sexuelle Aktivitäten häufig versteckt werden müssen (insb. in institutioneller Betreuung). Beziehungen werden von Eltern und Fachkräften in Institutionen kontrolliert und reguliert (Black/Kammes 2019). Sexuelle Beziehungen von Frauen mit Behinderungen werden stärker reguliert als von Männern mit Behinderungen (Matin et al. 2021b). In einer anderen Studie zeigt sich, dass insbesondere Eltern von Töchtern der Meinung sind, dass ihre Töchter mit intellektuellen Beeinträchtigungen keine sexuellen Begehren oder Gedanken haben, weshalb sie mit ihnen nicht über sexuelle Gesundheit sprechen (Michielsen/Brockschmidt 2021).

Eine Studie mit jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre; n = 152; Sachsen), die eine Körper- und Sinnesbehinderung sowie chronische Erkrankungen haben (BZgA 2017), zeigt folgende Ergebnisse in Bezug auf Gender: Das Internet als Partner:innenbörse spielt bei männlichen Befragten eine größere Rolle als bei weiblichen Befragten. Das eigene Körpergefühl und -bild wird von weiblichen Befragten schlechter bewertet als von männlichen. Sex mit einer anderen Person wirkt sich insgesamt positiv auf Körpergefühl und -bild aus. Der Anteil der Burschen und Mädchen mit Petting-Erfahrung ist annähernd gleich hoch (82 % männlich;

81 % weiblich). Sex mit anderen Personen haben mehr Frauen als Männer (79 % vs. 71 %). Masturbation spielt bei befragten Männern (71 % vs. Frauen 29 %) – insbesondere mit psychischen Erkrankungen und weniger bei lernbehinderten Menschen – eine zentrale Rolle. Mangelndes Selbstvertrauen und Versagensängste sind Gründe, sexuell nicht aktiv zu sein (BZgA 2017). Eine weitere Studie aus Deutschland zeigt, dass 21 Prozent der Männer angeben, starke oder sehr starke Beeinträchtigungen im Sexualleben zu haben, bei den Frauen sind es 11 Prozent, wobei 10 Prozent der Männer bzw. 14 Prozent der Frauen keine Angaben machten. 20 Prozent der Frauen in Partnerschaften berichten von sexuellen Einschränkungen. Bei den Männern sind es 13 Prozent (Jungnitz et al. 2013).

Sexualbegleitung bzw. -assistenz³⁷ ist ein weiteres relevantes Thema, wenn es um sexuelles Begehren und Lust von Menschen mit Behinderungen geht. Laut der Erhebung von pro familia haben insgesamt 109 Personen Sexualbegleitung in Anspruch genommen, 71 wissen es nicht. Ergebnisse zu Geschlechterunterschieden liegen nicht vor. Barrieren für eine Sexualbegleitung sind Stigmatisierung sowie hohe Kosten. Zudem gibt es keine flächendeckenden Angebote und kaum männliche Sexualbegleiter. Der Zugang ist daher in vielerlei Hinsicht erschwert (pro familia 2020). Studien gibt es für Österreich nicht. Sexualbegleitung ist in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt. Weitere Informationen zur Rechtslage bei Sexualbegleitung/-assistenz in Österreich können im Gesundheitsportal eingesehen werden (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2024d). Einzelne Vereine bieten in Österreich einen Lehrgang für Sexualassistenz an. Eine Förderung für Sexualassistenz für Menschen mit Behinderungen gibt es in Österreich, im Gegensatz zu den Niederlanden, nicht (Strohriegl 2022).

Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt

Die Studie von Brown/McCann (2018) zeigt, dass trans Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen Mehrfachdiskriminierung erleben, und berichtet davon, dass in der Gesellschaft das Bild besteht, dass Menschen mit Beeinträchtigungen binär und heterosexuell sind. Laut der Studie fehlt es an gezielten Informationen und Unterstützungsstrukturen für LGBTQ+-Personen mit Behinderungen, die notwendig sind, da sie andere Bedarfe und Be-

³⁷ „Sexualassistenz oder Sexualbegleitung ist ein Angebot für Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung ihre sexuellen Bedürfnisse nicht ohne Hilfe realisieren können [...] In Österreich ist der Begriff der Sexualbegleitung oder Sexualassistenz nicht geschützt. Daher gibt es keine eindeutige Definition oder Regelung. Rechtlich gesehen fällt die Sexualassistenz unter Sexarbeit. Somit ist auch die Handhabung von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.“ (Strohriegl 2022)

dürfnisse haben als Personen, die keiner sexuellen oder geschlechtlichen Minderheit zugehörig sind (Brown/McCann 2018). Eine starke Benachteiligung wird auch in einem Literaturreview zu Erfahrungen von Erwachsenen mit Behinderungen, die sich als lesbisch, schwul, bisexuell oder transgender identifizieren, berichtet, was sich negativ auf den Selbstwert und das allgemeine Wohlbefinden auswirkt (Ramasamy et al. 2021). Eine Erhebung aus Deutschland hat auch nach der sexuellen Orientierung gefragt und berichtet von folgenden Ergebnissen in diesem Zusammenhang: 10 Prozent der jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre; n = 152; Sachsen) sind bi- oder homosexuell, doppelt so häufig sind es Mädchen (insb. mit Gewalterfahrungen) als Burschen. D. h. Mädchen mit Gewalterfahrungen sind häufiger bi- oder homosexuell (BZgA 2017).

Gynäkologische Versorgung

Daten zur Lage von Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) mit Körper-, Hör- und Sehbehinderungen liefert eine Studie der BZgA (n = 169): 47,7 Prozent der befragten Mädchen insgesamt haben eine:n Gynäkolog:in aufgesucht. Bei den Mädchen mit einer körperlichen Beeinträchtigung war der Anteil der Personen, die eine:n Gynäkolog:in aufgesucht haben, am geringsten (37 %) (Wienholz et al. 2013). Der häufigste Grund war Verhütung, gefolgt von Menstruations- und Unterleibsbeschwerden; das deckt sich mit den Anlässen von Mädchen und jungen Frauen ohne Behinderung (BZgA 2021b). Gynäkologische Untersuchungen werden oft als nicht notwendig erachtet, der Zugang zu Informationen zu Verhütung, STI und zum eigenen Körper ist eingeschränkt (Deutsches Institut für Menschenrechte 2021). Eine BZgA-Studie (2017) zeigt, dass in 75 Prozent der Fälle von jungen Frauen mit Behinderungen der erste gynäkologische Besuch in Begleitung stattfand, am häufigsten in Begleitung der Mutter (aufgrund baulicher oder kommunikativer Barrieren). Häufigster Anlass ist die allgemeine gynäkologische Vorsorge und die Verhütungsberatung. Für 29 Prozent war der erste Besuch positiver als gedacht, 43 Prozent (jede vierte Frau) empfanden ihn hingegen als unangenehm (insb. körper-, hör- und sprachbeeinträchtigte Frauen).

Sexuelle Bildung

Bislang zeigen Studien, dass Menschen mit Behinderungen weniger Informationen zur Sexualität bereitgestellt werden als Menschen ohne Behinderung (Eigelsreiter o.J.; Strohriegel 2022). Bedarfe und Bedürfnisse (z. B. Informationsbedürfnisse, Kinderwunsch, Wunsch nach Beziehungen) decken sich mit denen von Personen ohne Behinderungen, dennoch stellt die Abhängigkeit von einer Betreuung/Begleitung in Bezug auf sexuelle Informationen eine besondere Barriere dar. Ein großes Defizit verorten internationale Studien

(Black/Kammes 2019; Brown/McCann 2018; Matin et al. 2021a) im Bereich sexueller Bildung entlang aller Lebensphasen und für alle Geschlechter bei Menschen mit Behinderungen, wobei trans- und intergeschlechtliche Personen sowie Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung häufiger Mehrfachdiskriminierungen ausgesetzt sind. Die Mehrfachdiskriminierung für Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ist darin begründet, dass es kaum Zugang zu Informationen gibt, die an ihr kognitives Level angepasst sind. Die sexuelle Bildung von Menschen mit Behinderungen ist zudem risikoorientiert, was Ängste vor STI oder Schwangerschaft schürt (insb. bei Mädchen und Frauen). Schwierig ist es für Menschen mit Behinderungen, über nicht heteronormative sexuelle Orientierungen zu sprechen, da hier Angst vor Diskriminierung besteht (Black/Kammes 2019). Ein Scoping Review zeigt, dass es einen großen Bedarf an guter Gesundheitsinformation, Beratungsstellen sowie Ausbildungen für Fachkräfte im Gesundheits-, Pflege-, Sozial- und Bildungsbereich zum Themenkomplex Sexualität und Behinderungen gibt (Michielsen/Brockschmidt 2021).

Eine Studie mit jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre; n = 152; Sachsen) zeigt: Je höher der Behinderungsgrad ist, desto seltener wurden Jugendliche von der Mutter aufgeklärt, sondern eher von Peers (BZgA 2017). Väter als Vertrauenspersonen spielen vor allem bei Männern mit körperlichen Behinderungen eine wichtige Rolle. Bei Frauen ist der Vater keine zentrale Vertrauensperson in Bezug auf sexuelle Gesundheit. Das Internet ist eine zentrale Aufklärungsplattform – unabhängig vom Geschlecht. Mehr als ein Drittel äußert Informationsbedarf – insbesondere zu sexuellen Funktionsstörungen, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, STI und sexuellen Praktiken. Unangenehm sind vor allem für Mädchen folgende Themen: sexueller Missbrauch, Sexarbeit, Pornografie, Schwangerschaftsabbruch, Masturbation. Eine Haushaltsbefragung in Deutschland zeigt, dass 18 Prozent der Männer mit Behinderungen (N = 200) und 21 Prozent der Frauen mit Behinderungen (N = 800) ihnen nahestehende oder vertraute Personen haben, um über sexuelle Probleme und Erfahrungen zu sprechen (Jungnitz et al. 2013).

Ein weiterer Aspekt sexueller Bildung ist das Sprechen über sexuelle Gesundheit. Burschen mit Behinderungen haben allgemein weniger Probleme (62,4 %), über Sexualität zu sprechen, als Mädchen mit Behinderungen (43,8 %). Bei rund 65 Prozent der Mädchen sind beste Freund:innen die wichtigsten Vertrauenspersonen, um über Sexualität zu sprechen, bei Burschen sind sie es in etwas geringerem Ausmaß (rund 48 Prozent). Nach den besten Freund:innen folgt die Mutter, das gilt für Mädchen und Burschen. Der Vater spielt bei rund

8 Prozent der befragten Mädchen eine Rolle und bei rund einem Viertel der Burschen. Dasselbe trifft für Personen ohne Behinderungen zu (Wienholz et al. 2013). Eine Befragung³⁸ im Rahmen des Projekts Behinderung, Sexualität und Partnerschaft von pro familia Baden-Württemberg e.V. in Kooperation mit Lebenshilfe Baden-Württemberg e.V. (pro familia 2020) bestätigt jedoch, dass die größte Barriere für selbstbestimmte Sexualität und Reproduktion Angehörige darstellen, die wenig bis gar nicht über sexuelle Gesundheit sprechen oder auch Möglichkeiten zur Aufklärung durch Externe unterbinden (siehe auch Correa et al. 2022). Hoher Informationsbedarf besteht sowohl bei Mitarbeiter:innen von Betreuungseinrichtungen als auch bei Klient:innen. Es zeigt sich, dass nur 45 Prozent der Einrichtungen Leitlinien zum Thema Umgang mit Sexualität und Behinderung haben. 22 befragte Mitarbeiter:innen (n = 326) geben an, dass geschlechtsspezifische Angebotsformate innerhalb der Einrichtung durchgeführt werden („Paarberatung, Aufklärung, Männergruppe, Frauengruppe, Schulungen und Konzepte zur Prävention und Umgang mit sexuellen Übergriffen“).

Sexualisierte Gewalt

Menschen mit Behinderungen haben zudem ein höheres Risiko, sexualisierter Gewalt ausgesetzt zu sein sowie von ungeplanter Schwangerschaft oder STI betroffen zu sein (WHO/UNFPA 2009). Ein zentrales Thema, wenn es um Menschen mit Behinderungen geht, ist sexualisierte Gewalt, da sie stärker betroffen sind als Menschen ohne Behinderungen. Dabei sind Mädchen mit Behinderungen doppelt so häufig von sexualisierter Gewalt betroffen als Burschen mit Behinderungen. Der oder die Täter:in stammt meist aus dem persönlichen sozialen Umfeld (Wienholz et al. 2013). Eine andere Studie mit jungen Erwachsenen mit Behinderungen zeigt, dass 43 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer von sexualisierter Gewalt betroffen waren (BZgA 2017). Die Studien aus Deutschland zeigen damit, dass Mädchen und Frauen stärker von sexualisierter Gewalt betroffen sind als Burschen und Männer (Jungnitz et al. 2013).

³⁸ Befragt wurden Menschen mit Behinderungen (n = 484; 48,8 % weibliche Befragte, 46,5 % männliche, 4 % nicht binäre), Angehörige (n = 179) und Fachkräfte aus der Behindertenhilfe. Der Großteil berichtet von einer Lernbehinderung, knapp über ein Viertel von Körperbehinderung und 16 Prozent von psychischer Beeinträchtigung. Der Großteil hat den Fragebogen gemeinsam mit einer Assistenz ausgefüllt.

7.3 Ältere Menschen

Eine chancengerechte Betrachtung der sexuellen Gesundheit älterer Menschen ist besonders relevant, da diese Altersgruppe oft mit strukturellen und gesellschaftlichen Hürden konfrontiert ist. Diese Hürden können den Zugang zu umfassender sexueller Gesundheitsversorgung einschränken. Sexuelle Gesundheit bleibt über den ganzen Lebensverlauf ein zentraler Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens und wird durch verschiedene Faktoren wie physische Gesundheit, mentale Stabilität und soziale Beziehungen beeinflusst. Diese Aspekte tragen auch im Alter zur Lebenszufriedenheit bei (Brose/Zank 2019). Das Thema Sexualität im Alter ist in unserer Gesellschaft jedoch tabuisiert und wird häufig durch die Linse der Reproduktionsfähigkeit betrachtet. Diese Sichtweise führt oft zur Annahme, dass Sexualität im Alter irrelevant sei, da die Fähigkeit zur Fortpflanzung abnimmt. Daraus resultiert ein allgemeines Unsichtbarmachen der Potenziale und Bedarfe älterer Menschen im Bereich der sexuellen Gesundheit (Sinković/Towler 2019).

Trotz der Bedeutung des Themas für die Gesundheit wird sexuelle Gesundheit im Alter in medizinischen und pflegerischen Kontexten häufig vernachlässigt (Bauer et al. 2016). Soziale Normen und Stereotype in puncto Alter und Sexualität beeinflussen oft auch die Wahrnehmung des Gesundheitspersonals. So wird von älteren Menschen vielfach angenommen, dass sie kein Interesse an sexuellen Beziehungen mehr hätten, was zu einem Verlust ihrer sexuellen Autonomie und einer unsichtbaren Barriere in der Gesundheitsversorgung führt (Veronese/Pizzol 2023). Diese Vorannahmen und Stereotype führen nicht nur zu Barrieren in der medizinischen Versorgung, sondern beeinflussen auch das sexuelle Selbstverständnis älterer Menschen.

Ageism und tief verankerte gesellschaftliche Stereotype in Hinblick auf Sexualität im Alter beeinflussen die sexuelle Gesundheit älterer Menschen, wobei auch das Geschlecht eine zentrale Rolle spielt (Ezhova et al. 2020; Sinković/Towler 2019). Ageism impliziert oft, dass älteren Menschen das Verlangen und die Fähigkeit zu sexueller Aktivität fehlen, was eine Entsexualisierung zur Folge hat. Insbesondere ältere Frauen werden häufig als entsexualisiert wahrgenommen, was auf tief verankerte geschlechtsspezifische Stereotype zurückzuführen ist, die Frauen vor allem durch ihre reproduktive Rolle definieren. Diese Wahrnehmungen wirken sich negativ auf das Selbstbild und die sexuelle Zufriedenheit älterer Frauen aus, da sie mit Unsichtbarkeit und Entsexualisierung konfrontiert sind (Przybylo 2021). Przybylo (2021) zeigt auf, dass Entsexualisierung eine Diskriminierungsform ist, die älteren Menschen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung nimmt und ihre Möglichkeiten zur in-

timen und sozialen Teilhabe einschränkt. Diese Entsexualisierung marginalisiert insbesondere jene, die nicht in das Bild der „erfolgreichen“ Alterung passen. Gleichzeitig existieren gesellschaftliche Erwartungen, dass privilegierte ältere Menschen (weiße, heterosexuelle, wohlhabende und körperlich fitte) weiterhin sexuell aktiv bleiben sollen. Dies erzeugt ein widersprüchliches Spannungsfeld, das zur Selbstüberwachung und zur Internalisierung unrealistischer Standards führen kann.

Ageism und tief verankerte Geschlechterstereotype beeinflussen jedoch nicht nur das individuelle Erleben von Sexualität im Alter, sondern prägen auch maßgeblich die Forschung und ihre Themenschwerpunkte. Gesellschaftliche Vorstellungen darüber, was als „normale“ Sexualität gilt und welche Altersgruppen als „sexuell aktiv“ wahrgenommen werden, lenken die wissenschaftliche Aufmerksamkeit oft auf jüngere, reproduktiv orientierte Lebensphasen. Dadurch geraten ältere Menschen, insbesondere Frauen sowie sexuelle und geschlechtliche Minderheiten, in der Sexualitätsforschung in den Hintergrund (Brose/Zank 2019; Grabovac 2023).

Die Untersuchung der Sexualität im Alter selbst stellt eine besondere methodische Herausforderung dar. Dies liegt teilweise daran, dass geeignete Forschungsdesigns fehlen, um die tatsächlich gelebte Sexualität in dieser Altersgruppe präzise zu erfassen. Zudem ist der Zugang zu Studienteilnehmenden oft begrenzt. Viele ältere Menschen haben in ihrer Jugend keine oder nur begrenzte Möglichkeiten gehabt, offen über Sexualität zu sprechen, was die Bereitschaft zur Teilnahme an Studien auch beeinflussen kann (Brose/Zank 2019).

Darüber hinaus ist auch das Fehlen einer klaren Definition von „Alterssexualität“ und die Tendenz zur Homogenisierung der Gruppe „ältere Menschen“ eine methodische Herausforderung. Diese umfasst eine breite Altersspanne (bis zu 50 Jahre) mit stark variierenden Lebensrealitäten und Erfahrungen. Diese Vielfalt führt zu inkonsistenten Altersgrenzen und Definitionen in der Forschungsliteratur, was die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen zusätzlich erschwert. Oftmals wird bei Frauen die Menopause als physiologische Grenze für Alterssexualität angesetzt, während es für Männer keine Grenze gibt. So bleibt die Definition von Sexualität im Alter vage (Brose/Zank 2019).

Trotz der methodischen Herausforderungen, die eine differenzierte Betrachtung erschweren, zeigen Studien, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität auch im hohen Alter wichtige Faktoren für die Gesundheit und das Wohlbefinden sind (Brose/Zank 2019; López-Sánchez

et al. 2023; Stückler et al. 2022). In einer interdisziplinären Hochaltrigenstudie³⁹ (Stückler et al. 2022) war eines der Hauptergebnisse, dass sowohl Sexualität als auch Zärtlichkeit und Nähe wesentliche Aspekte sozialer Beziehungen sind und im Alter immer noch als bedeutende Werte betrachtet werden. Allerdings variiert die Wertschätzung dieser Aspekte geschlechtsspezifisch. So gab etwa ein Drittel (29,5 %) der befragten älteren Frauen an, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität in ihrem Leben eine (eher) große Rolle spielen. Bei den befragten Männern war der Anteil, der dieselben Antwortkategorien („große Rolle“, „eher große Rolle“) wählte, knapp doppelt so hoch (60,3 %). Die Hälfte der Frauen (50,5 %) erklärte, dass Sexualität für sie gar keine Rolle mehr spiele, der Anteil der Männer lag in dieser Antwortkategorie bei 21,4 Prozent. Obwohl tendenziell ein geschlechtsspezifischer Unterschied in Bezug auf die Bedeutung von Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität bestehen bleibt, ist der Unterschied zwischen verheirateten Frauen und Männern in dieser Hinsicht deutlich geringer: So gaben 58,5 Prozent der verheirateten Frauen und 67,1 Prozent der verheirateten Männer an, dass Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität eine (eher) große Rolle in ihrem Leben spielen (Stückler et al. 2022).

Etwa jede zehnte Teilnehmerin (9,4 %) gab an, sexuelle Kontakte zu haben, bei den Männern war es knapp ein Drittel (30,3 %). Bei verheirateten Personen blieb die Differenz zwischen Männern und Frauen bestehen (37,3 % vs. 11,1 %).

Wie in allen Altersgruppen ist auch bei älteren und alten Menschen eine Partnerschaft ein Faktor, der Einfluss auf die aktive Sexualität hat. Personen, die in keiner Partnerschaft leben, haben weniger aktive Sexualität (Brose/Zank 2019). Fraglich ist also, inwieweit sexuelle Aktivität und insbesondere Geschlechtsverkehr aussagekräftige Indikatoren für sexuelles Wohlbefinden sind. Mit zunehmendem Alter verändern sich die Formen sexueller Aktivitäten: Partnerschaftlicher Geschlechtsverkehr nimmt ab, während andere Formen der Intimität, wie Küssen und Streicheln, an Bedeutung gewinnen – wie auch die Hochaltrigenstudie verdeutlicht (Stückler et al. 2022).

Für ältere schwule Männer stellt die stark auf Jugend fokussierte Kultur in Teilen der schwulen Community eine besondere Herausforderung dar. In dieser Kultur werden Jugend und körperliche Attraktivität oft stark betont, sodass ältere Männer sich unsichtbar oder ausgeschlossen fühlen. Das heißt, viele ältere schwule Männer erleben Ageism innerhalb der eigenen Community (Katz et al. 2023). In öffentlichen Diskussionen zur sexuellen Gesundheit

³⁹ Mit Hochaltrigkeit wird das hohe Lebensalter von Menschen (über 80 Jahre) bezeichnet (Stückler et al. 2022).

fühlen sie sich ebenfalls oft nicht vertreten und erleben sich als mehrfach marginalisiert, da sowohl ihr Alter als auch ihre sexuelle Orientierung wenig Beachtung finden (Müller 2020; Riegel 2020).

Zusammenfassend zeigt sich, dass tief verankerte gesellschaftliche Normen und Stereotype im Sinne des Ageism das Verständnis und die Wahrnehmung von Sexualität im Alter maßgeblich beeinflussen. Die häufig stattfindende Entsexualisierung älterer Menschen führt dazu, dass ihre Bedarfe hinsichtlich der sexuellen Gesundheit in der Gesundheitsversorgung oft übersehen werden. Vor allem Frauen werden durch das stereotype Bild einer rein reproduktiven Rolle in ihrer Sexualität marginalisiert, was zu einem Mangel an Anerkennung und Unterstützung für ihre sexuellen Wünsche und ihr Wohlbefinden führt. Ältere LGBTQ+-Personen erfahren zusätzliche Marginalisierung aufgrund der Intersektion von Alter, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität, was zu Isolation und einem Verlust von Intimität führen kann. In Pflegeeinrichtungen wirken sich fehlende Privatsphäre und negative Einstellungen des Pflegepersonals weiter einschränkend aus und verstärken die Barrieren, die viele Bewohner:innen erleben. Um die individuellen Bedingungen für Veränderungen in der Sexualität im Alter zu verstehen und sexuelle Gesundheit im Alter zu fördern, ist es notwendig, sowohl altersbedingte körperliche Veränderungen als auch gesundheitsbezogene Aspekte und persönliche Lebensumstände zu berücksichtigen. Im Rahmen einer lebensspannenorientierten Perspektive sollten auch individuelle biografische Faktoren, wie die vorherrschende Sexualmoral in der Kindheit und Jugend oder mögliche sexuelle Traumata, in der Auseinandersetzung mit Sexualität im Alter stärker berücksichtigt werden (Brose/Zank 2019).

7.4 Pflegebedürftige Menschen

Auch für pflegebedürftige Menschen⁴⁰ bleiben sexuelle Bedürfnisse und Wünsche bestehen, jedoch werden sie in Pflegeeinrichtungen häufig vernachlässigt oder tabuisiert. Studien zeigen, dass die Einstellungen des Pflegepersonals gegenüber der Sexualität älterer Menschen oft negativ geprägt sind und die Auseinandersetzung mit den sexuellen Bedürfnissen der Bewohner:innen behindern, wie eine Übersichtsarbeit von Bauer et al. (2016)

⁴⁰ Mit dem Kapitel wird mit dem Fokus auf ältere Menschen exemplarisch ein Thema besprochen, von dem Menschen unabhängig von ihrem Alter im Kontext von Pflege betroffen sind. Dadurch sollten weitere Forschungen und Diskussionen zur generellen und altersunabhängigen Pflegesituation in Zusammenhang mit sexueller Gesundheit angeregt werden.

zeigt. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind ebenfalls relevant: Während Männer in Pflegeeinrichtungen tendenziell eher Fragen zur sexuellen Gesundheit stellen, fällt es Frauen schwerer, über ihr sexuelles Begehren zu sprechen, auch wenn sie dies gern tun würden. Dabei spielen Vertrauen und die Kommunikationsfähigkeiten des Gesundheitspersonals eine große Rolle, um eine offene Gesprächskultur zu fördern (Ezhova et al. 2020). Nach Ezhova et al. (2020) liegt eine mögliche Erklärung für diesen geschlechtsspezifischen Unterschied in sozialen Normen und der Erziehung, die Frauen häufig dazu anleiten, Zurückhaltung bei sexuellen Themen zu zeigen. Diese Prägungen begleiten sie oft auch ins höhere Alter und machen es ihnen schwerer, offen über ihre sexuellen Bedürfnisse zu sprechen – besonders in Pflegeeinrichtungen, wo sie auf ein neues soziales Umfeld (z. B. Pflegepersonal) treffen und das Vertrauen erst aufgebaut werden muss. Zudem könnte das geringere Vertrauen der Frauen darin begründet sein, dass das Pflegepersonal oft wenig auf solche Themen vorbereitet ist und Frauen sich durch die Unsicherheit des Personals darin bestärkt fühlen, ihr sexuelles Begehren nicht anzusprechen. Mangelnde Kommunikationskompetenz zu den Themen sexuelle Gesundheit und Sexualität sowie eine Unsicherheit im Umgang mit solchen Themen könnten besonders ältere Frauen davon abhalten, sich dahingehend zu öffnen (Bauer et al. 2016).

Ältere lesbische Frauen erleben häufig eine doppelte Marginalisierung, da sie sowohl aufgrund ihres Alters als auch ihres Geschlechts diskriminiert werden. In Pflegeeinrichtungen verbergen lesbische Frauen oftmals ihre sexuelle Identität, um Konflikten oder abwertenden Reaktionen aus dem Weg zu gehen. Dies kann zu Isolation und einem Mangel an emotionaler Intimität führen (Westwood 2016). Ältere lesbische Frauen berichten zudem seltener über ihre sexuelle Orientierung, da sie befürchten, in Pflegekontexten nicht die notwendige Unterstützung und Akzeptanz zu finden (Bauer et al. 2016).

Für trans und nicht binäre Personen im Alter bestehen in Langzeitpflegeeinrichtungen weitere potenzielle Hürden. Für ältere trans Personen, die körperliche Unterstützung, wie etwa beim Baden, benötigen, ergibt sich ein besonders vulnerabler Zustand: Sie sind in diesen Momenten stärker auf das Verständnis und die Sensibilität des Pflegepersonals angewiesen, um nicht diskriminiert oder entwürdigt zu werden (Westwood 2016). Diese Abhängigkeit führt oft zu Angst und einem verminderten Vertrauen in die Pflegekräfte, da ältere trans Personen befürchten, aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität entwertet zu werden (Katz et al. 2023).

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der sich auf die sexuelle Gesundheit auswirken kann, sind strukturelle Barrieren in Pflegeeinrichtungen. Dazu gehören mangelnde Privatsphäre, fehlende Rückzugsorte und eine Tagesstruktur, die stark auf gemeinschaftliche Aktivitäten ausgerichtet ist. Diese Bedingungen erschweren es den Bewohner:innen, ihre Sexualität zu leben und intime Beziehungen aufzubauen (Brose/Zank 2019). Die Umgebungsbedingungen und die moralische Kontrolle durch Mitbewohner:innen wirken zusätzlich als hinderliche Faktoren, die zu einer Entsexualisierung der pflegebedürftigen Bewohner:innen beitragen (Przybylo 2021). Einflussfaktoren wie chronische Krankheiten und Medikamenteneinnahme, die bei Pflegebedürftigkeit häufig vorkommen, beeinflussen zudem die sexuelle Aktivität und das sexuelle Wohlbefinden. Diese Gesundheitsfaktoren führen oft zu einer Verringerung der gelebten Sexualität, auch wenn das Interesse an sexuellen Aktivitäten selbst nicht unbedingt abnimmt (Freak-Poli 2020).

8 Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung

Das folgende Kapitel bietet eine Übersicht über die Situation in Österreich zu medizinischen Leistungen und Beratungsangeboten im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit aus einer geschlechtersensiblen Perspektive.

Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung umfasst nach der Definition der International Conference on Population and Development den Zugang zu Information und Beratung zu Sexualität, einer sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Verhütungsmethode, Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen und die onkologische Versorgung des reproduktiven Systems (WHO 2024c). Auch der Zugang zu einem sicheren und niederschweligen Schwangerschaftsabbruch ist laut WHO Teil der Gesundheitsversorgung, entsprechende Parameter wurden in der WHO Abortion Guideline publiziert (WHO 2024c).

8.1 Medizinische Leistungen

Medizinische Leistungen in Bezug auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit sind im österreichischen Gesundheitssystem Teil der allgemeinmedizinischen, dermatologischen, gynäkologischen, urologischen sowie zum Teil endokrinologischen Gesundheitsversorgung. Medizinische Leistungen und Angebote in Österreich verteilen sich damit auf Ambulanzen, Fachärzt:innen sowie zu einem bestimmten Ausmaß auf die Primärversorgung. Dermatologische Ambulanzen⁴¹ sowie Praxen sind bei Erkrankungen wie Lichen sclerosus und bei sexuell übertragbaren Erkrankungen eine wichtige Anlaufstelle im System (BMSGPK 2024c).

Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigt, dass jede zweite Frau (56,4 %) im Jahr vor der Befragung eine gynäkologische Praxis aufgesucht hat. Im Alter von 15 bis 44 Jahren waren es in etwa zwei Drittel (68 %) (Klimont 2019). Gynäkologische Vorsorge um-

⁴¹ z. B. Ambulanz für sexuell übertragbare Erkrankungen, Wiener Gesundheitsverbund (kliniklandstrasse.gesundheitsverbund.at 2024)

fasst in Österreich die Tastuntersuchung des Bauches, die Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane, der Vagina und des Muttermundes, einen PAP-Abstrich und die Abtastung der Brust. Prinzipiell können PAP-Abstriche sowohl von Allgemeinmediziner:innen als auch von Gynäkolog:innen durchgeführt werden⁴². Im Rahmen der österreichischen Vorsorgeuntersuchung wird zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses ein PAP-Abstrich für Frauen ab 18 Jahren einmal jährlich empfohlen (BMSGPK 2021). Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 zeigt, dass 50,5 Prozent der Frauen ab 15 Jahren im Jahr vor der Befragung einen PAP-Abstrich zur Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses durchführen ließen (bzw. rund 69 Prozent in den letzten zwei Jahren). Die Teilnahmehäufigkeit an einem PAP-Abstrich steigt signifikant mit der Einkommenshöhe sowie mit dem Bildungsgrad und ist signifikant niedriger bei Frauen mit Migrationshintergrund. Hinsichtlich des Urbanisierungsgrades konnten keine signifikanten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme eines PAP-Abstrichs festgestellt werden. So haben 60,8 Prozent der Frauen mit einem hohen Einkommen⁴³ im letzten Jahr vor der Befragung einen PAP-Abstrich durchführen lassen, während dies nur bei rund 45 Prozent der einkommensschwachen⁴⁴ Frauen der Fall war. Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen mit einem niedrigen Haushaltseinkommen keinen Abstrich machen lassen, ist fast doppelt so hoch wie bei Frauen der höchsten Einkommensstufe. Weiters haben 55,1 Prozent der Frauen mit einer abgeschlossenen Ausbildung an einer höheren Schule, Akademie oder Hochschule im Vergleich zu 38,4 Prozent der Frauen mit Pflichtschulabschluss einen PAP-Abstrich im Jahr vor der Befragung in Anspruch genommen. Rund 51 Prozent der Frauen mit österreichischer Staatsbürgerschaft haben im Jahr vor der Befragung einen PAP-Abstrich machen lassen, während es bei Frauen ohne österreichische Staatsbürgerschaft rund 46 Prozent waren (Statistik Austria 2024b).

Eine Studie aus Deutschland zeigt, dass Fachärzt:innen für Gynäkologie für Mädchen und junge Frauen eine Schlüsselrolle spielen, wenn es um Fragen im Zusammenhang mit Sexualthemen geht. Sie sind für mehr als jedes zehnte 14- bis 17-jährige Mädchen relevante Ansprechpersonen. Für die gleichaltrigen Burschen gilt das nur in Ausnahmefällen (2 %) (BZgA 2021b). Im Jahr 2019 waren in Österreich 340 Frauen (entspricht rund 2 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen) von einer bösartigen Neuerkrankung des Gebärmutterhalses

⁴² https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2005_0058/AVSV_2005_0058.pdf [Zugriff am 25.01.2024]

⁴³ ≥ 150 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

⁴⁴ < 60 % sowie 60 % bis < 80 % des medianen Haushaltsäquivalenzeinkommens

(Zervixkarzinom) betroffen. 146 Frauen (entspricht rund 1,7 % aller Krebssterbefälle bei Frauen) sind im Jahr 2019 daran verstorben.

Die Österreichische Gesundheitsbefragung zeigt, dass etwa 13 Prozent der befragten Männer im letzten Jahr vor der Befragung eine urologische Ordination aufsuchten (Klimont 2019). Männer erhalten ab dem 45. Lebensjahr die Vorsorgeuntersuchung der Prostata. (gesundheitskasse.at 2024). Die Prostatakrebs-Früherkennung umfasst laut Österreichischer Krebshilfe die Tastuntersuchung der Prostata, die Blutabnahme zur PSA-Bestimmung und eine Ultraschalluntersuchung der Niere und des Unterbauchs. Prinzipiell wird die Untersuchung für Männer ab 45 Jahren empfohlen. Männer mit erblich bedingtem Risiko sollten bereits ab dem 40. Lebensjahr eine Untersuchung durchführen lassen (Österreichische Krebshilfe 2024). Ein allgemeines Screening-Programm mittels PSA-Test ist laut einer Nutzenbewertung des deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nicht zu empfehlen, da Überdiagnosen durch falsch positive Screeningbefunde deutlich mehr Männern schadet als nützt. Durch Übertherapien können gesundheitliche Folgen wie Inkontinenz und Impotenz eintreten. Zudem lassen die aktuellen Daten keine Aussagen zu, ob das Screening zu einer Lebensverlängerung führt (IQWiG 2020). Für Burschen und Männer spielen Beratungsstellen in Hinblick auf Fragen zur sexuellen Gesundheit eine größere Rolle – insbesondere für jene, die keine Ansprechperson in ihrem sozialen Umfeld haben – als Ärzt:innen (BZgA 2021b). Burschen und Männer wissen häufiger nicht, wohin sie sich mit ihren Fragen wenden können. Eine Studie aus Deutschland zu Präventionsmaßnahmen empfiehlt, für diesen Zweck eigene Sprechstunden bei Urolog:innen einzurichten (Kramer et al. 2018).

Informationen zu inter- und transgeschlechtlichen Personen liegen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung nicht vor. Für trans Personen haben sich in den letzten Jahren Transambulanzen etabliert (aktuelle Übersicht unter <https://transgender-team.at/infos/transambulanzen/>). Für queere Personen gibt es ein Verzeichnis von queer- und transfreundlichen Ärzt:innen und Therapeut:innen (<https://www.queermed.at/>). Ein systematischer Review zeigt, dass trans Männer beim Zugang zur gynäkologischen und reproduktiven Versorgung benachteiligt sind. Durch binär ausgerichtete Strukturen und Prozesse (z. B. im Rahmen der Patient:innenaufnahme und -anamnese) werden sie gezwungen, sich häufig binär einzuordnen. Gynäkologische Gesundheitseinrichtungen sind ausschließlich auf heterosexuelle Patientinnen ausgerichtet. Beispielsweise sind Informationen, die im gynäkologischen Setting aufliegen, häufig nicht an trans Personen gerichtet. Eine Barriere stellt die Gesprächsführung dar, die heteronormativ ausgerichtet ist. Befragte berichten von Stress, Unruhe und Angstgefühlen im Zuge der gynäkologischen Versorgung. Um mit der Situation

umzugehen, wird häufig keine Gesundheitsdienstleistung aufgesucht (Sbragia/Vottero 2020).

Sexuell übertragbare Erkrankungen (siehe Kapitel 4.3) sind neben der Früherkennung von Karzinomen ein weiterer Bereich, der medizinische Diagnose und Behandlung braucht. Die 75. Weltgesundheitsversammlung hat die neuen Globalen Strategien für den Gesundheitssektor in den Bereichen HIV, Virushepatitis und sexuell übertragbare Infektionen für den Zeitraum 2022–2030 (GHSS, WHO 2022b) anerkannt und ihre Umsetzung für die nächsten acht Jahre genehmigt. Die neuen Strategien enthalten eine gemeinsame Vision zur Beendigung von Epidemien und zur Förderung der allgemeinen Gesundheitsversorgung, der medizinischen Grundversorgung und der Gesundheitssicherheit in einer Welt, in der alle Menschen Zugang zu hochwertigen, evidenzbasierten und auf den Menschen ausgerichteten Gesundheitsdiensten haben. Die GHSS fördern die krankheitsspezifischen Ziele zur Beendigung von AIDS und der Epidemien, von Virushepatitis und sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030. Testungen auf STI sind in Österreich nicht Teil einer Vorsorgeuntersuchung, sondern beruhen auf der Eigenverantwortung der Menschen. Personen in Österreich können sich bei AIDS-Hilfe-Stellen (siehe Kapitel 8.2) testen lassen. HIV-Tests können kostenlos gemacht werden. Bei anderen STI ist ein Unkostenbeitrag zu zahlen. Teststellen gibt es vor allem in städtischen Gebieten. Zudem gibt es Labore, die abhängig vom Versicherungsstatus kostenlose Tests anbieten. Kosten für Tests werden von Sozialversicherungsträgern übernommen, wenn eine ärztliche Überweisung vorliegt.

Beispiele für niederschwellige Primärversorgung im Bereich der STI

Das National Health System im **Vereinigten Königreich** (kurz NHS: staatliche Gesundheitsversorgung)⁴⁵ hat eigene „sexual health clinics“ eingerichtet. Sie haben zum Teil einen eigenen Service für trans und nicht binäre Menschen sowie für HIV, STI, Schwangerschaftsabbrüche und bieten niederschwellige Beratung an. Zudem werden Verhütungsmittel kostenlos zur Verfügung gestellt.

⁴⁵ <https://www.nhs.uk/common-health-questions/sexual-health/what-services-do-sexual-health-clinics-gum-clinics-provide/> [Zugriff am 24.01.2024]

In den **Niederlande**⁴⁶ gibt es öffentlich finanzierte Zentren für sexuelle Gesundheit. Personen können dort unabhängig vom Aufenthaltsstatus Beratung und Information zu STI, HIV und P(r)EP, Hilfe bei sexualisierter Gewalt, Schwangerschaftstests, die Pille danach erhalten sowie Tests auf STI durchführen lassen. Zudem gibt es Hepatitis-B-Impfungen für Sexdienstleister:innen und Männer, die mit Männern Sex haben. Außerdem werden Beratungen für Personen mit sexuellen Problemen (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Erektionsstörungen etc.) angeboten.

Die Kosten für die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP bzw. HIV-PrEP) werden in Österreich seit April 2024 bis zu einem Ausmaß von 60 Euro pro Monat rückerstattet (BMSGPK 2024a). HIV-PrEP ist rezeptpflichtig. Die EMIS-Studie 2017 (RKI 2023), die eine Gesundheitsumfrage zu STI unter Männern, die mit Männern Sex haben, darstellt, zeigt, wie wichtig sowohl spezialisierte Einrichtungen als auch allgemeinmedizinische Einrichtungen bei der Aufklärung über die Prophylaxe sind.

Die HPV-Impfung ist eine weitere medizinische Präventionsleistung, die für alle Geschlechter relevant ist. Humane Papillomaviren (HPV) sind weltweit verbreitet, von Erkrankungen durch HPV sind alle Geschlechter betroffen (Bruni et al. 2023; RKI 2022). Die HPV-Impfung wird generell für alle Personen bis zum vollendeten 30. Lebensjahr empfohlen, kann aber auch danach noch sinnvoll sein. Die Impfung gegen Humane Papillomaviren steht im kostenfreien Impfprogramm des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung zur Verfügung. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vom 9. bis zum 30. Geburtstag ist die HPV-Impfung seit 1. Juli 2024 kostenlos (BMSGPK 2024b). Die **HPV-Durchimpfungsrate** wird in Österreich nicht einheitlich dokumentiert. Regional gesicherte Durchimpfungsraten liegen bei rund 30 Prozent, Schätzungen für ganz Österreich belaufen sich auf ca. 50 Prozent (HPV-Allianz 2022; ÖAZ 2022).

Neben den medizinischen Leistungen im allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Bereich gibt es weitere Präventionsangebote zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit, die im nachstehenden Kapitel beleuchtet werden.

⁴⁶ <https://www.seksuelegezondheidhaaglanden.nl/> [Zugriff am 12.11.2024]

8.2 Beratungsangebote zu sexueller und reproduktiver Gesundheit

Der Zugang zu Information und Beratung zu Sexualität gehört zur generellen Gesundheitsversorgung (IPPF 2008). Eine österreichweite Übersicht zur Informations- und Beratungslandschaft gibt es nicht. Auf dem öffentlichen Gesundheitsportal ([gesundheits.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at)) gibt es zum Teil themenspezifische Verlinkungen zu Beratungsangeboten. Um dennoch ein Bild zur Lage in Österreich zu gewinnen, wurde für den Bericht auf dem Portal [beratungsstellen.at](https://www.beratungsstellen.at) unter dem Fachgebiet Sexualität nach Beratungsstellen gesucht. Dort finden sich 57 Beratungsstellen, die zum Teil eine Ausrichtung auf Genderthemen haben wie beispielsweise Frauengesundheitszentren, Männergesundheitszentren oder Beratungsstellen für trans Personen. Die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) bietet bundeslandspezifische Informationsseiten zu öffentlichen Institutionen an. Bundeslandübergreifende digitale Angebote zum Themenbereich Sexualität sind die Informationsseite [feel-ok.at](https://www.feel-ok.at) sowie das Beratungsangebot von Rat auf Draht ([rataufdraht.at](https://www.rataufdraht.at)) und des ÖGF zum Angebot Herzklopfen ([firstlove.at/online-beratung](https://www.firstlove.at/online-beratung)).

Die ÖGF betreibt als gemeinnütziger, nicht gewinnorientierter Verein sechs Beratungsstellen in Wien (AKH, Gesundheitszentrum Landstraße ÖGK, Klinik Landstraße, Klinik Ottakring, Klinik Favoriten, Klinik Floridsdorf). Eine Stelle hat einen Fokus auf Menschen mit Behinderungen (AKH) (ÖGF 2023). Bei den Beratungsstellen gibt es für Familien bzw. Frauen in finanziell schwierigen Lagen kostenfreie oder kostengünstige Verhütungsmittel und Verhütungsberatung. Neben Wien gibt es derartige Angebote in Salzburg (Familienberatungambulanz im LKH Salzburg) und in der Steiermark (Klinische Forschungs- und Beratungsstelle für Familienplanung im LKH-Univ. Klinikum Graz).

AIDS-Hilfe-Stellen sind österreichweit aktiv, haben aber nur in den Bundesländern Tirol, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Wien und Steiermark Beratungsstellen (www.aidshilfen.at). In den First Love Ambulanzen und bei First Love Mobil (Salzburg, Wien, Oberösterreich) gibt es anonyme und kostenfreie Beratungen ohne Voranmeldung zu Sexual-, Verhütungs-, Schwangerschaftskonflikten, Schwangerschaftsabbruch sowie gynäkologische Untersuchungen, Kondome, Verschreibung von Verhütungsmitteln, „Pille danach“, Schwangerschaftstest und APC-Test⁴⁷ ([firstlove.at/verhutung/](https://www.firstlove.at/verhutung/)). In Vorarlberg bietet die Fachstelle für Sexuelle Gesundheit (<https://sg-vorarlberg.at/>; vormals AIDS-Hilfe) Beratungen zu

⁴⁷ Der Test dient zur Feststellung eines Thromboserisikos, das während der Schwangerschaft zu Komplikationen führen könnte. Mehr Informationen siehe <https://www.gesundheit.gv.at/labor/laborwerte/blutgerinnung/labor-apc-resistenz-ratio-apcrr1.html> [Zugriff am 10.10.2024]

HIV/AIDS, STI, Safer Sex und PrEP an. Zudem läuft in Vorarlberg seit August 2024 ein Pilotprojekt zu kostenfreier Verhütung inklusive Beratungsangebot im Fraueninformationszentrum femail (<https://www.femail.at/invvo/>).

Fachpersonen, die zu Sexualität informieren, sind Psychotherapeut:innen, Sexualtherapeut:innen, Fachärzt:innen für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sozialarbeiter:innen, Klinische Psycholog:innen, Sexualpädagog:innen, Sexualberater:innen, Pädagog:innen und zum Teil Lebens- und Sozialberater:innen. Die Beratungen der gelisteten 57 Beratungsstellen im Portal [beratungsstellen.at](https://www.beratungsstellen.at) sind größtenteils kostenlos. Therapien und Workshops werden nur unter bestimmten Voraussetzungen öffentlich finanziert. In allen Bereichen gibt es auch privatwirtschaftliche Anbieter (z. B. Institute).

Für trans Personen gibt es als österreichweites Angebot das Transgender Team Austria ([transgender-team.at](https://www.transgender-team.at)) und für Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale VAR.GES ([varges.at](https://www.varges.at)). Transgender Team Austria hat Expertise zu inter- und transspezifischen Themen.

Frauengesundheitszentren (Steiermark, Oberösterreich, Wien und Salzburg) bieten abhängig vom Bundesland kostenlose Beratungen zu Fragen rund um die Sexualität mit Fokus auf cisgeschlechtliche Mädchen und Frauen sowie sexualpädagogische Workshops/Vorträge an (www.frauengesundheit.at). In Vorarlberg gibt es das Fraueninformationszentrum femail für Frauen ab 19 Jahren. Für Mädchen und junge Frauen (unter 19 Jahren) gibt es in Vorarlberg den Verein Amazone. Im Burgenland gibt es für Mädchen und Frauen Feminina (www.feminina-bgld.at).

In Wien, Tirol, Salzburg und in der Steiermark gibt es burschen- bzw. männerspezifische Angebote (MEN Männer Gesundheitszentrum; Männerberatung Graz. Verein für Männer- und Geschlechterthemen, Männerwelten Verein Männer gegen Männer-Gewalt, Mannsbilder).

Für nicht binäre und trans Personen gibt es in Wien, der Steiermark, Salzburg, Tirol, Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich die Beratungsstelle COURAGE (Partner*innen-, Familien- und Sexualberatungsstelle www.courage-beratung.at). Die Beratungsstellen COURAGE sind vom Bund nach dem Familienberatungsförderungsgesetz anerkannte und geförderte Schwerpunktberatungsstellen für LGBTIQ+-Personen. Laut den Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung des Gesundheitsministeriums von 2019 (BMASK 2019) sollen Mediziner:innen beim Vorliegen von VdG-Diagnosen auf Peer-Beratungsangebote

verweisen. Für trans Personen gibt es den Verein TransX – Verein für TransGender Personen (www.transx.at). Für queere sexuelle und reproduktive Gesundheitsthemen bietet der Verein Queer Base Beratungen und Workshops an (queerbase.at). Weitere Beratungsangebote zur Sexualität sind in Jugendberatungsstellen⁴⁸ sowie in Frauenberatungsstellen angesiedelt. Als aktuelle Kampagne im Bereich der Inter- und Transgeschlechtlichkeit konnte die von Salzburg geförderte Initiative „Queer durchs Land“⁴⁹ identifiziert werden.

Blick auf Lebensphasen und Chancengerechtigkeit: Zu Sexualität von Menschen im Alter gibt es keine eigenen dezidierten Beratungsangebote. Das bestätigt auch ein Scoping Review, der sich auf internationale Studien bezieht – besonders benachteiligt sind nicht binäre Personen (Ezhova et al. 2020). Die Outreach-Arbeit läuft größtenteils über Workshops in Schulen, deren flächendeckende Umsetzung jedoch nicht gesichert ist. Mit Blick auf Chancengerechtigkeit sind die Beratungen zwar kostenlos, aber vielfach nicht mehrsprachig. Die Angebote sind zudem überwiegend im urbanen Bereich und wenig im ländlichen Raum verankert. Für Sexarbeiter:innen (siehe Kapitel 7.1) gibt es in Österreich eigene Vereine, die Beratungen anbieten. Insgesamt gibt es derzeit sieben Vereine⁵⁰. Sie sind im urbanen Gebiet angesiedelt. In den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg gibt es keine Beratungsangebote für Sexarbeiter:innen. Für Menschen mit Behinderungen gibt es vereinzelte Angebote in Vorarlberg (Reiz – Selbstbestimmt Leben)⁵¹, in Wien (ÖGF Sexualberatung für Menschen mit Behinderungen im AKH Univ. Frauenklinik, Verein Nilnil)⁵², in Linz (Verein Senia)⁵³ sowie in Graz (alpha nova Betriebsgesellschaft m.b.H)⁵⁴ (siehe Kapitel 7.2).

Zu reproduktiven Gesundheitsthemen, die vor allem Elternschaft betreffen, gibt es in Österreich Familienberatungsstellen. Laut dem BKA gibt es österreichweit 400 Familien- und

⁴⁸ <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/gesund-leben/kids-teens/jugendberatung.html> [Zugriff am 25.01.2024]

⁴⁹ <https://hosi.or.at/jugendliche/> [Zugriff am 25.01.2024]

⁵⁰ <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/gesund-leben/sexualitaet-verhuetung/beratung-sexualdienstleister.html> [Zugriff am 25.01.2024]

⁵¹ <https://www.reiz.at/> [Zugriff am 25.01.2024]

⁵² <https://www.ninil.at/> und <https://oegf.at/fuer-erwachsene-menschen-mit-behinderung/> [Zugriff am 25.01.2024]

⁵³ <https://www.senia.at/> [Zugriff am 25.01.2024]

⁵⁴ <https://www.alphanova.at/> [Zugriff am 25.01.2024]

Partnerberatungsstellen unterschiedlicher Träger (BKA 2024a). Neben der Beratung in Krisensituationen bieten diese Information und präventive Aufklärungsarbeit an. Sie wurden im Jahr 1974 als Begleitmaßnahme zur Fristenlösung in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch etabliert und werden von öffentlicher Hand gefördert. 2021 wurden vor allem Trennung, Scheidung, Besuchsrecht und Unterhalt (16,3 %) sowie psychische Probleme (13,1 %) nachgefragt. 12,6 Prozent hatten Bedarf zum Thema „Paarkonflikt, Kommunikation, Rollenverteilung, Sexualität“.

Im Kontext der Familienberatungsstellen gibt es auch eigene Frauenberatungsstellen (BKA 2023a) und Männerberatungsstellen (Land Oberösterreich 2024; Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark 2023). Der Fokus der Beratung und Begleitung liegt auf schwierigen Beziehungs- und Trennungskrisen und/oder auch auf dem Arbeitsleben oder auf Fragen zur Elternschaft und weniger auf sexueller Gesundheit. Darüber hinaus gibt es Beratungsstellen, die Angebote für Paare, Familien und Einzelpersonen vereinen. In Wien gibt es beispielsweise eine Partner-, Familien- und Sexualberatungsstelle (Stadt Wien 2024a) und in Linz die Beratungsstelle BILY – Verein für Jugend-, Familien- und Sexualberatung (BILY Beratungsstelle 2024).

Insgesamt zeigt sich die Situation der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung als fragmentiert und ist abhängig vom Wohnort sehr unterschiedlich. Das trifft insbesondere auch auf die Beratungs- und Testangebote zu STI zu. Die medizinischen Leistungen sind stark im fachärztlichen Bereich verankert.

9 Limitationen

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über Themen sexueller und reproduktiver Gesundheit und er versteht sich als thematischer Aufriss und Ausgangspunkt für weiterführende Diskussionen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die gesetzten Schwerpunkte spiegeln wesentliche Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit wider, die in bisherigen Berichten wie beispielsweise dem Frauengesundheitsbericht 2022 nicht vertiefend behandelt werden konnten. Dabei ist zu beachten, dass es sich um eine exemplarische Auswahl handelt, die einzelne Facetten der Thematik vertieft, ohne den Anspruch auf eine vollständige Abdeckung des komplexen und vielschichtigen Themenfeldes zu erheben. Diese Auswahl reflektiert aktuelle Erkenntnisse und relevante Diskurse und lädt dazu ein, die dargestellten Inhalte als Grundlage für weiterführende Fragen und Diskussionen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu nutzen. Der Bericht ist am Modell sozioökonomischer Gesundheitsdeterminanten orientiert und nach einem gendersensiblen Ansatz erstellt; es ist kein medizinischer Bericht. Für einige Themen im Feld sexueller und reproduktiver Gesundheit liegen keine repräsentativen Erhebungen für Österreich vor. Dem großen Bereich der Chancengerechtigkeit und Intersektionalität wurde im Bericht, wo möglich, Raum gegeben, um den Blick auf die Situation vulnerabler Gruppen zu richten. Intersektionale Fragen konnten dabei nur begrenzt berücksichtigt werden und kommen exemplarisch durch die Zielgruppen der Sexarbeiter:innen, Menschen mit Behinderungen, älteren Menschen und Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kapitel zur Chancengerechtigkeit vor.

Der Bericht basiert auf einer Literaturrecherche. Zudem wurde eine statistische Auswertung von Items zur sexuellen Zufriedenheit aus ATHIS durchgeführt. Der Bericht bildet Themen und Zielgruppen ab, die auch in der untersuchten Literatur vorkommen. Es liegen nicht für alle Themenbereiche Übersichtsarbeiten vor, weshalb auf Querschnittserhebungen oder qualitative Studien zurückgegriffen wurde. Der Bericht unterliegt demnach keinem Anspruch auf eine vollständige Literaturübersicht.

Für einige Themenbereiche, wie beispielsweise sexuelle Bildung oder sexuelle Zufriedenheit, liegen ausschließlich Daten aus repräsentativen Erhebungen für cisgeschlechtliche Personen vor, nicht aber für inter, trans oder nicht binäre Personen. Exemplarisch ist unter anderem auffallend, dass Informationen über Burschen und Männer nicht so ausführlich vorhanden sind wie über Mädchen und Frauen. So sind beispielsweise keine detaillierteren Informationen zum Körper- und Selbstbild von Cis-hetero-Männern im Zusammenhang mit

sexueller Gesundheit vorhanden. Für Österreich gibt es auch wenig bis keine Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit nach Migrations- oder Fluchtbiografie.

Im Kapitel zu reproduktiver Gesundheit ist Reproduktion in Verbindung mit Sexualität und sexueller Gesundheit dargestellt und wurde nicht in Verbindung mit Reproduktionsfragen wie beispielsweise Reproduktionsmedizin behandelt. Es wäre jedoch ein wichtiges Thema in Bezug auf reproduktive Rechte, zu denen bereits im Frauengesundheitsbericht 2022 ein Kapitel verfasst wurde.

10 Fazit

Mit dem Bericht zu sexueller und reproduktiver Gesundheit liegen erstmals umfassende und komprimierte Informationen zu diesem komplexen und gleichzeitig meist kaum betrachteten Bereich von Gesundheit und Wohlergehen vor. Bedingt durch vorherrschende gesellschaftliche Strukturen und ein historisch darauf kaum ausgerichtetes Gesundheitswesen nimmt sexuelle und reproduktive Gesundheit darin nach wie vor wenig Raum ein, obwohl bereits seit dem Jahr 2000 von der WHO gefordert wird, sexuelle und reproduktive Gesundheit als Teil der Gesamtgesundheit zu betrachten und zu adressieren (WHO 2017). Sexuelle Gesundheit inkludiert eine Vielzahl von Themen und Dimensionen, die weit über die sexuelle Funktionsfähigkeit und sexuell übertragbare Erkrankungen hinausreichen. Mögliche Maßnahmen sind von Aufklärung über Gesundheitsförderung und Prävention bis Versorgung zu denken und erfordern intersektorale Ansätze der Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales. Ein durchgehend geschlechtersensibler Zugang ist für alle Maßnahmen obligatorisch. Der Bericht zeigt das breite Spektrum auf und dient als Ausgangspunkt für weiterführende Diskussionen.

Mangelnde Verankerung und Barrieren in der Versorgung

Im österreichischen Gesundheitssystem ist sexuelle Gesundheit in der Vielfalt ihrer Dimensionen nicht verankert, was eine große Lücke in Hinblick auf einen zentralen Aspekt von Gesundheit bedeutet. Das Thema wird sowohl in der Forschung als auch auf der Policy-Ebene vorwiegend aus einer Risikoperspektive betrachtet. Ansätze eines positiven Zugangs müssten hier aktiv verstärkt werden. Wenngleich die Aktions- und Strategiepläne der WHO zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit (BZgA 2016; WHO 2016) einen positiven, chancengerechten Zugang entlang unterschiedlicher Lebensphasen festhalten, sind in Österreich noch nicht ausreichende Maßnahmen für eine entsprechende Umsetzung gesetzt. Es fehlt an einer koordinierten Gesamtstrategie für sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie den Abbau von Zugangsbarrieren zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen.

Fragmentierte Strukturen und individuelle Verantwortung

Bislang gibt es in Österreich kein abgestimmtes Bild, wie sexuelle und reproduktive Gesundheit in der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung abgedeckt wird.

Der Bereich ist fragmentiert und vereinzelte Organisationen oder Organisationseinheiten kümmern sich darum. Der Zugang zu Informationen und Beratung ist innerhalb von Österreich unterschiedlich und abhängig vom Bundesland. Die Verantwortung für sexuelle und reproduktive Gesundheit liegt oft bei den Menschen selbst. Insbesondere für Mädchen und Frauen gibt es Barrieren durch zum Teil privat zu tragende hohe Kosten und mangelnde Versorgungsstrukturen (z. B. Verhütung, sicherer Schwangerschaftsabbruch). Nach wie vor sind Rahmenbedingungen stark auf den Bereich der Reproduktion ausgerichtet, während es Lücken in Hinblick auf die sexuelle Selbstbestimmung speziell von Mädchen, Frauen und genderdiversen Personen gibt.

Bildungsdefizite, Mangel an Gesundheitsinformationen und Schulungen

Österreich verfügt über keine repräsentativen Daten zur sexuellen Bildung der Bevölkerung (u. a. Informationsquellen, sexuelle Gesundheitskompetenz, Zugang zu Wissen), was zur Folge hat, dass Informationen (z. B. für Schulungen des Personals) nur unzureichend aufbereitet werden können. Gesundheitsinformationen sollten für die Bevölkerung proaktiv bereitgestellt und Gesundheitsfachkräfte entsprechend geschult werden. Diese Informationen müssen das umfassende Spektrum der sexuellen und reproduktiven Gesundheit abdecken und den WHO-Standards entsprechen. Es ist wichtig, dass regelmäßige Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten und Informationen zu Präventionsmöglichkeiten, Verhütungsoptionen, selbstbestimmter Sexualität und Familienplanung, einem positiven Körperbild und Safer-Sex-Praktiken niedrigschwellig angeboten werden. Dabei müssen die Informationen gemäß den Kriterien guter Gesundheitskommunikation gender- und chancengerecht sowie geschlechtssensibel vermittelt werden.

Gesundheitliche Ungleichheiten und Diskriminierung

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundene Frage von Selbstbestimmungsmöglichkeiten sind zentral für Chancengerechtigkeit, da Zugänge zu Informationen und medizinischer Versorgung häufig nicht niederschwellig für alle Zielgruppen verfügbar sind. So wird von älteren Menschen vielfach angenommen, dass sie kein Interesse an sexuellen Beziehungen mehr hätten. Die häufige Entsexualisierung älterer Menschen führt dazu, dass ihre Bedarfe hinsichtlich der sexuellen Gesundheit in der Gesundheitsversorgung oft übersehen werden. Sowohl Sexualität als auch Zärtlichkeit und Nähe sind jedoch wesentliche Aspekte sozialer Beziehungen und der Selbstidentifikation und werden auch im Alter als bedeutende Werte betrachtet. Für genderdiverse Personen stellen sich oft besondere Herausforderungen in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit. Sie erleben

häufiger Diskriminierung im Gesundheitssystem und haben spezifische Bedürfnisse, die in der Regelversorgung oft nicht ausreichend berücksichtigt werden. Bei Sexdienstleister:innen führen zum Beispiel Stigmatisierung und Diskriminierung häufig dazu, dass sie gegenüber dem Gesundheitspersonal nicht offen hinsichtlich ihrer Tätigkeit sind und somit grundsätzlich höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Für Frauen mit Behinderungen kommt es wiederum gerade im Kontext institutionalisierter Einrichtungen zu problematischen Praktiken wie einer erzwungenen Verhütung ohne Einwilligung. Daher bedarf es einer Perspektive auf die Vielfalt der Bevölkerung und gelebter Sexualitäten, die körperliche und biografische Faktoren (z. B. Sexualmoral in der Kindheit und Jugend, sexuelle Traumata) einbezieht, um die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu fördern.

Lückenhafte Datenbasis

Die Datenlage zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit ist lückenhaft. Vorhandene Studien begrenzen sich auf kleinere Stichproben, sind heteronormativ bzw. binär ausgerichtet, liegen zum Teil bereits viele Jahre zurück und fokussieren auf Jugendliche. Daten zu Personen im Erwachsenenalter, zu Personen im höheren und hohen Alter sowie zu geschlechtlichen Minderheiten und mit Fokus auf vulnerable Gruppen sind zwar zum Teil vorhanden, für Grundlagen, aus denen Maßnahmen abgeleitet werden können, fehlen jedoch differenzierte Erkenntnisse. Eine ausreichende Datenbasis sollte zudem Informationen beinhalten, wie sich die Lebenssituationen der unterschiedlichen vulnerablen Gruppen darstellen, welche Belastungen, aber auch welche Ressourcen sie haben, wie sich ihr Zugang zu Wissen und Informationen gestaltet und wohin sie sich letztlich im Fall von Fragen wenden. In Anbetracht solcher Forschungslücken bedarf es weiterer Bemühungen, um die sexuelle Gesundheit auch älterer Menschen sowie sexueller und geschlechtlicher Minderheiten angemessen zu erfassen und zu verstehen.

Strategischer Handlungsbedarf

Sexuelle und reproduktive Gesundheit in Österreich ist nach wie vor marginalisiert und erfährt keine ausreichende strukturelle Verankerung in Gesundheitsförderung, Prävention, sexueller Bildung und dem Gesundheitssystem. Die Behandlung des Themas bleibt auf Risikofaktoren und reproduktive Aspekte beschränkt, während ein umfassender, positiver und chancengerechter Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit nicht gewährleistet ist. Der Bericht verdeutlicht auch, dass bestehende Versorgungslücken besonders für vulnerable Gruppen wie Frauen, geschlechtliche Minderheiten, ältere Menschen und Men-

schen mit Behinderungen bestehen und oft durch strukturelle und gesellschaftliche Barrieren noch verschärft werden. Internationale Beispiele (z. B. Frankreich, Irland, die Niederlande) zeigen, dass die Entwicklung einer Strategie unter Einbindung der relevanten Stakeholder einen wichtigen Beitrag leisten kann, um den Zugang zu sexuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen zu stärken. Für diverse potenzielle Maßnahmen bieten die WHO-Standards zu sexueller und reproduktiver Gesundheit einen guten Rahmen. Ein integrativer, geschlechtersensibler Ansatz, der die sexuellen und reproduktiven Gesundheitsbedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen respektiert und adressiert, könnte nicht nur Versorgungslücken schließen, sondern auch die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung sowie das Wohlbefinden der Bevölkerung nachhaltig stärken.

Glossar

cisgender/cis/cisgeschlechtlich: Der Begriff „cisgender“ (vom lateinischen „cis“, also „diesseitig“) wird verwendet, um Personen zu beschreiben, deren Geschlechtsidentität mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Daher befindet sich die Geschlechtsidentität einer cisgender Person auf der gleichen Seite wie das ihr von Geburt an zugewiesene Geschlecht, während die Geschlechtsidentität einer transgender Person auf der anderen Seite („trans“) des ihr von Geburt an zugewiesenen Geschlechts liegt. Cisgender entstand aus trans-aktivistischen Diskursen in den 1990er-Jahren, die viele alltägliche Formen der Beschreibung von Geschlecht kritisierten. Die unmarkierten Begriffe „Mann“ und „Frau“ normalisieren „Cisness“ und verstärken die unausgesprochene Natürlichkeit.

„Cis“ ist eine Möglichkeit, „trans“ als kategorisch gleichwertig in die komplexe Art und Weise einzubeziehen, in der wir uns als geschlechtliche und geschlechtsspezifische Menschen identifizieren. (Lee-Harrison Aultman 20214)

Geschlechtsspezifische Gewalt ist eine Form von Gewalt, die Frauen unverhältnismäßig stark betrifft, sowie Gewalt, die an Frauen verübt wird, weil sie Frauen sind (gender-based violence against women, Istanbul-Konvention).

Geschlechtsidentität bezieht sich auf das tief empfundene innere und individuelle Erleben des Geschlechts, das mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmen kann oder auch nicht. Geschlechtsidentität umfasst das subjektive Körpergefühl und andere Ausdrucksformen des Geschlechts einschließlich Kleidung, Sprache sowie Verhaltensweisen. Physische und psychische Merkmale tragen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität bei (Heidinger/Tuerk 2019).

Geschlechtsinkongruenz ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten und dem zugewiesenen Geschlecht einer Person (WHO 2022c).

Genderdysphorie (oder Geschlechtsdysphorie) nennt man Unbehagen oder Stress in Zusammenhang mit einer Inkongruenz zwischen dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht und der Geschlechtsidentität einer Person (Davy/Toze 2018).

Heteronormativität umfasst Überzeugungen und Praktiken, wonach das Geschlecht eine absolute und nicht hinterfragbare Binärform (Mann/Frau) ist (Zeeman et al. 2019). Demnach gäbe es ausschließlich zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter, die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind (Pöge et al. 2020).

inter*/Intergeschlechtlichkeit: Die Begriffe „Intergeschlechtlichkeit“ oder „Variationen der Geschlechtsmerkmale“ werden von menschenrechtsbasierten Organisationen verwendet, um sich vom Begriff der Störung und der Pathologisierung zu lösen. Inter* wird im deutschsprachigen Raum häufig als (emanzipatorische) Selbstbezeichnung verwendet. In Bezug auf Inter-Identität, d. h., wenn Menschen mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale auch eine intergeschlechtliche Identität haben, gibt es eine Überschneidung mit nicht binären Identitäten. Wenn es um die körperlichen Aspekte von Intergeschlechtlichkeit bzw. Variationen der Geschlechtsmerkmale (VdG) geht, ist es wichtig, inter* nicht als Identitätskategorie für alle zu überschreiben, da es hier um angeborene Körpermerkmale geht, die nicht in die gesellschaftlichen Normvorstellungen von ausschließlich weiblichen oder ausschließlich männlichen Körpern passen. Einige Menschen mit VdG bezeichnen sich nicht als inter/intergeschlechtlich und streben auch keinen alternativen Geschlechtseintrag an, d. h., sie sind Frauen oder Männer mit Variationen der Geschlechtsmerkmale oder verwenden die medizinische Bezeichnung „Varianten der Geschlechtsentwicklung“ für sich oder eine jeweilige medizinische Einzeldiagnose (TriQ/VIMÖ 2020).

Intersektionalität bezeichnet die Verschränkung(en) unterschiedlicher sozialer Kategorien – wie Gender, Ethnizität, Alter, Herkunft, sozialer Status, Bildung, Behinderung – und damit einhergehender sozialer Ungleichheit. Dabei wird die Überschneidung und Gleichzeitigkeit verschiedener Formen von Diskriminierung gegenüber einer Person in der gesellschaftlichen Realität beschrieben. Forschende, die die Kategorie Intersektionalität in ihre Arbeiten integrieren, berücksichtigen diesen Sachverhalt. Der Begriff hat seine Ursprünge im Black Feminism und der Critical Race Theory (s. a. Crenshaw 1989; Walgenbach 2014).

Reproduktive Rechte umfassen den Zugang zu Leistungen, die eine selbstbestimmte Familienplanung/ Fortpflanzung ermöglichen. Das umfasst die Entscheidung über die Anzahl und den Zeitpunkt der Geburt von Kindern, notwendige Informationen und Gesundheitsleistungen sowie den niederschweligen Zugang zu Verhütung und Schwangerschaftsabbrüchen. Sie beinhalten auch die Entscheidung über Partnerschaftsformen sowie Leistungen bei Unfruchtbarkeit – frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt (UN 2014). Zum Teil werden die

Begriffe reproduktive und sexuelle Rechte synonym verwendet bzw. weisen sie verschwimmende Grenzen auf (WHO 2024c). Reproduktive Rechte fokussieren anders als sexuelle Rechte auf die Familienplanung, aber nicht ganzheitlich auf gelebte Sexualitäten.

Queer ist ein weitreichender Begriff, dessen Bedeutung und Wert je nach historischer Periode, Zeit und Ort der Verwendung und Intention variiert (Henderson 2019). Im englischsprachigen Raum wurde (und wird teilweise immer noch) „queer“ als Abwertung gegenüber lesbischen und schwulen Personen verwendet bzw. gegenüber Personen, die heteronormativen geschlechtlichen und sexuellen Identifikationen nicht entsprechen (Degele 2008; Paul/Tietz 2016). Der schwierige, von Unangepasstheit, Wut und Stolz gekennzeichnete Prozess der Rückaneignung setzte vor allem in den 1980er-Jahren durch unterschiedliche Personen (u. a. schwarze lesbische Feministinnen und HIV/AIDS-Aktivist:innen) und Kontexte ein, die bis dahin eine Abwertung erfahren hatten. Mit der Zeit setzte sich die positive Besetzung des Begriffs durch und begründet heute neue, je nach Kontext zwar unterschiedliche, aber grundsätzlich nicht länger abwertende Bedeutungen: „Queer“ findet Verwendung als politische, auch affirmativ zu verstehende (Selbst-)Bezeichnung und kann sich auf die sexuelle Orientierung, die Geschlechtsidentität und/oder darüber hinaus beziehen (Paul/Tietz 2016).

Sexuelle Rechte umfassen das Recht, über die eigene Sexualität selbst zu bestimmen und diese frei – ohne Gewalt, Diskriminierung, Zwang – zu leben. Das betrifft das Sexualleben, Beziehungen, die geschlechtliche Identität sowie die sexuelle Identität (IPPF 2008).

Sexualisierte Gewalt umfasst im Sinne der Istanbul-Konvention jegliche vorsätzliche und nicht einvernehmliche vaginale, anale oder orale Penetration des Körpers einer anderen Person mit einem Körperteil oder Gegenstand. Auch das Erzwingen von sexuellen Handlungen mit einer dritten Person sowie jede sonstige Art von nicht einverständlichem sexuellen Verhalten ist von der Definition erfasst. Zum Begriff der Einvernehmlichkeit stellt die Istanbul-Konvention klar, dass ein Einverständnis zur Vornahme einer sexuellen Handlung auf freiwilliger Basis vorliegen muss, wobei die begleitenden Umstände zu berücksichtigen sind. Unter dem Begriff „sexuelle Gewalt“ sind daher insbesondere Vergewaltigungen und versuchte Vergewaltigungen, aber auch alle anderen unerwünschten sexuellen Handlungen zu verstehen.

Reproduktive Gesundheit wird definiert als ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Beschwerden oder Erkrankungen, die das Fortpflanzungssystem und seine Funktionen betreffen (UNFPA 2021).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Internationale Rahmenwerke zu Sexualpädagogik und sexueller Bildung	25
Tabelle 2: Nationale Richtlinien zu Sexualpädagogik und sexueller Bildung	33
Tabelle 3: Überblick über Informationsbedarfe von 14- bis 25-Jährigen nach Geschlecht in Deutschland	39
Tabelle 4: Suchstrategie Sozioökonomische Faktoren.....	153
Tabelle 5: Suchstrategie Sexuelle Bildung.....	157
Tabelle 6: Suchstrategie Sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen.....	161

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sexuelle und reproduktive Gesundheit entlang der Lebensphasen.....	16
---	----

Literaturverzeichnis

- Adoptionsrechts-Änderungsgesetz 2013 – AdRÄG 2013 (2013): *Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch und das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz geändert werden*, in der geltenden Fassung vom 06.08.2013.
- Agénor, Madina / Murchison, Gabriel R. / Najarro, Jesse / Grimshaw, Alyssa / Cottrill, Alischer A. / Janiak, Elizabeth / Gordon, Allegra R. / Charlton, Brittany M. (2021): Mapping the scientific literature on reproductive health among transgender and gender diverse people: a scoping review. In: *PubMed* 29/1:1886395.
- AIDS-Gesetz (1993): *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für AIDS-Gesetz 1993*, in der geltenden Fassung vom 18.09.2024
- AIDS-Hilfe Steiermark (2019a): *Ergebnisse einer Befragung in der Allgemeinbevölkerung zum Wissensstand über HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen*. Graz.
- AIDS-Hilfe Steiermark (2019b): *Workshop „Sexuelle Gesundheit“ Evaluierung 2017. Burgenland - berufsbildende höhere Schulen*. Graz.
- AIDS-Hilfe Steiermark (2019c): *Workshop „Sexuelle Gesundheit“ Evaluierung 2018*. Graz.
- AIDS-Hilfen Österreichs (2021): *Positionspapier der AIDS-Hilfen Österreichs zu §178 und §179 StGB: Gegen Diskriminierung vor Gericht*. Wien.
- AIDS-Hilfen Österreichs (2023): *HIV- und STI-Tests 2023*. Wien.
- Aktionskomitee Schwangerschaftsabbruch (2023): *Wie viel kostet ein Schwangerschaftsabbruch?* [Online]. <https://www.schwangerschaftsabbruch-tirol.at/> [Zugriff am 30.10.2024].
- Andersson, Nirina / Carré, Helena / Janlert, Urban / Boman, Jens / Nylander, Elisabet (2018): Gender differences in the well-being of patients diagnosed with Chlamydia trachomatis: a cross-sectional study. In: *Sexually transmitted infections*.
- Antony, Daniela / Antosik, Jennifer / Delcour, Jennifer / Gaiswinkler, Sylvia / Ofner, Tonja / Pilwarsch, Johanna / Scolik, Fiona / Wahl, Anna-Kristina (2023): *Mädchen und Frauen. Selbstbestimmt. Dokumentation zum 6. FrauenGesundheitsDialog*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Antony, Gabriele / Laschkolnig, Anja / Marbler, Carina (2019): *Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zur Verordnung über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Baral, Stefan D. / Poteat, Tonia / Strömdahl, Susanne / Wirtz, Andrea L. / Guadamuz, Thomas E. / Beyrer, Chris (2013): Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. In: *The Lancet infectious diseases* 13/3:214-222.
- Bauer, Michael / Haesler, Emily / Fetherstonhaugh, Deirdre (2016): Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health care setting. In: *Health Expectations* 19/6:1237-1250.
- Bearak, Jonathan / Popinchalk, Anna / Ganatra, Bela / Moller, Ann-Beth / Tunçalp, Özge / Beavin, Cynthia / Kwok, Lorraine / Alkema, Leontine (2020): Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. In: *Lancet Glob Health* 2020/8:e1152-61.

- Bhuptani, Prachi H. / Messman-Moore, Terri L. (2019): Blame and Shame in Sexual Assault. In: *Handbook of Sexual Assault and Sexual Assault Prevention*. O'Donohue, William T. / Schewe, Paul A. (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing. S. 309-322.
- BILY Beratungsstelle (2024): Angebot. [Online]. <https://www.bily.info/beratung> [Zugriff am 24.01.2024].
- BKA (2017): Bioethikkommission zu Intersexualität und Transidentität. [Online]. Bundeskanzleramt. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemittellungen-bioethik/bioethikkommission-zu-intersexualitat-und-transidentitat.html> [Zugriff am 25.01.2024].
- BKA (2021): *Regelung der Prostitution in Österreich. Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Prostitution“ im Rahmen der Task Force Menschenhandel*. Wien: Bundeskanzleramt.
- BKA (2023a): Frauen- und Mädchenberatungsstellen. [Online]. Bundeskanzleramt. <https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjD0oOzwMyIAxVd6wIHHUAdFSMQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bundeskanzleramt.gv.at%2Fservice%2Ffrauenservice-beratung-und-gewaltschutzeinrichtungen%2Fberatungseinrichtung.html&usg=AOvVaw1MQSsl9Z8ULwTxAegtXEbG&opi=89978449> [Zugriff am 24.11.2023].
- BKA (2023b): Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW). [Online]. Bundeskanzleramt. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/frauen-und-gleichstellung/internationale-frauenrechte-und-gleichstellung/konvention-zur-beseitigung-jeder-form-der-diskriminierung-der-frauen.html> [Zugriff am 10.08.2023].
- BKA (2024a): Familienberatung. [Online]. Bundeskanzleramt. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/service/familien-jugendberatung/familienberatung.html> [Zugriff am 31.01.2024].
- BKA (2024b): *Regelungen sexueller Dienstleistungen in Österreich - Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Sexuelle Dienstleistungen – Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Prävention von Ausbeutung“*. Wien: Bundeskanzleramt.
- Black, Rhonda S. / Kammes, Rebecca R. (2019): Restrictions, Power, Companionship, and Intimacy: A Metasynthesis of People With Intellectual Disability Speaking About Sex and Relationships. In: *PubMed* 57/3:212-233.
- BMASGK (2016): *Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen 4. Quartal 2015, Statistik Austria, 2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BMASK (2019): *Empfehlungen zu Varianten der Geschlechtsentwicklung*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- BMBWF / Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (2019): *Zusammenarbeit mit außerschulischen Organisationen im Bereich Sexualpädagogik Rundschreiben Nr. 5/2019*. an alle Dienststellen des BMBWF.
- BMBWF (2024a): Sexualpädagogik. [Online]. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/schwerpunkte/sexualpaed.html> [Zugriff am 26.01.2024].

- BMBWF (2024b): Verordnung über die Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten zur Unterstützung des schulischen Unterrichts (externe Qualitätssicherungsverordnung). [Online]. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.
https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulrecht/erk/sonst_vo_kund/vo_ex_gus.html [Zugriff am 26.01.2024].
- BMFSFJ (2012): *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung*. Bielefeld, Frankfurt, Berlin, Köln: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMSGPK (2020): *Evaluierung des Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012–2020*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2021): Krebsvorsorge bei Gebärmutterhalskrebs. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Krebsvorsorge-bei-Geb%C3%A4rmutterhalskrebs.html> [Zugriff am 31.08.2024].
- BMSGPK (2024a): HIV-PrEP. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/HIV--AIDS/HIV-PrEP.html> [Zugriff am 14.10.2024].
- BMSGPK (2024b): *Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV)*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024c): *Leistungskatalog 2024*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024d): *Menschen mit Behinderungen in Österreich I*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- BMSGPK (2024e): UN-Behindertenrechtskonvention. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Menschen-mit-Behinderungen/UN-Behindertenrechtskonvention.html> [Zugriff am 11.09.2024].
- Böhm, Maika / Kopitzke, Elisa / Herrath, Frank / Sielert, Uwe. (2022): *Praxishandbuch Sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Beltz Juventa*
- Boislard, Marie-Aude / Van de Bongardt, Daphne / Blais, Martin (2016): Sexuality (and lack thereof) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. In: *Behavioral sciences* 6/1:8.
- Bonar, Erin E. / Ngo, Quyen M. / Kusunoki, Yasamin / Walton, Marueen A. / Philyaw-Kotov, Meredith L. (2019): Stealthing Perpetration and Victimization: Prevalence and Correlates Among Emerging Adults. In: *Journal of Interpersonal Violence* 2019/36:21-22.
- Bower-Brown, Susie (2022): Beyond Mum and Dad: Gendered Assumptions about Parenting and the Experiences of Trans and/or Non-Binary Parents in the UK. In: *LGBTQ+ Family: an interdisciplinary Journal* 18/3:223-240.
- BPD (2018): Medizinische Einordnung von Trans*identität. [Online]. Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/themen/gender-diversitaet/geschlechtliche-vielfalt-trans/245353/medizinische-einordnung-von-trans-identitaet/> [Zugriff am 25.01.2024].

- Bradford, Nova J. / Spencer, Katherine (2020): Sexual Pleasure in Transgender and Gender Diverse Individuals: an Update on Recent Advances in the Field. In: *Current Sexual Health Reports* 12/4:314-319.
- Bragagna, Elia / Bach, Doris / Fiegl, Jutta / Frohner, Ursula / Hansal, Michael / Henning, Ann-Marlene / Kostenwein, Wolfgang / Ochs, Günther / Stippl, Peter / Weidinger, Betting / Wilbacher, Ingrid / Wimmer-Puchinger, Beate (2018): *Sexuelle Gesundheit. Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem? Teil 2. Tagungsbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
- Bragagna, Elia / Crevenna, Richard / Eberz, Barbara / Ettenauer, Thomas / Geiss, Ingrid / Hartmann, Uwe / Hinkel, Doris / Kautzky-Willer, Alexandra / Margreiter, Markus / Rauschmeier, Michaela / Sator, Marlene / Schmid, Rainer / Toplak, Hermann / Ucsnik, Lucia / Uher, Eva Maria / Zieger, Konstantin (2017): *Sexuelle Gesundheit. Ein blinder Fleck im österreichischen Gesundheitssystem? Tagungsbericht 2016*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Brandon-Friedman, Richard A. / Snedecor, Rachel D. / Winter, Virginia Ramseyer (2021): Intersections between Body Image, Sexual Identity, and Sexual Well-Being among Gender-Diverse Youth. In: *The Routledge International Handbook of Social Work and Sexualities*:151-164.
- Bre'on, Kelly (2011): Menopause as a Social and Cultural Construction. In: *XULA Digital Commons*, 8/4:1.
- Briken, Peer / Matthiesen, Silja / Pietras, Laura / Wiessner, Christian / Klein, Verena / Reed, Geoffrey M. / Dekker, Arne (2020): Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. In: *Dtsch Arztebl Int* 117/39:653-658.
- Brose, Susanne / Zank, Susanne (2019): Sexualität im Alter. In: *Alternsforschung Handbuch für Wissenschaft und Forschung*. Hank, Karsten / Wagner, Michael / Zank, Susanne (Hrsg.), Aufl. 2. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG521-536.
- Brown, Michael / McCann, Edward (2018): Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature. In: *Research in Developmental Disabilities* 74/:124-138.
- Bruni, Laia / Albero, Ginesa / Rowley, Jane / Alemany, Laia / Arbyn, Marc / Giuliano, Anna R. / Markowitz, Lauri E. / Broutet, Nathalie / Taylor, Melanie (2023): Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. In: *The Lancet Global Health* 11/9:e1345-e1362.
- Butler, Jennifer / Erken, Arthur / Hurskin, Isaac / Luchsinger, Gretchen / Passanisi, Douglas / Said, Ragaa / Smith, Pio (2020): *Accelerating the promise. The report on the Nairobi Summit on ICPD 25*. Hg. v. United Nations Population Fund (UNFPA).
- BZgA (2016): *Standards für Sexuaufklärung in Europa FAQs. Fragen und Antworten*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2017): *Junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen. Sexualität Verhütung Soziale Beziehungen. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Sachsen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2021a): *Faktenblatt Jugendsexualität 9. Welle. Im Fokus: Einstieg in das Sexualleben. Faktenblatt*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- BZgA (2021b): *Faktenblatt Jugendsexualität 9. Welle. Im Fokus: Frauenärztinnen und Frauenärzte. Factsheet*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2021c): *Faktenblatt Jugendsexualität 9. Welle. Im Fokus: Körperbild*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2021d): *Faktenblatt Jugendsexualität 9. Welle. Notfallkontrazeption*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2021e): *Faktenblatt Medien der Sexuaufklärung. Jugendsexualität 9 Welle*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2021f): *Faktenblatt Prävalenzen sexualisierter Gewalt. Jugendsexualität 9 Welle*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2022a): *Faktenblatt Jugendsexualität 9. Welle Sexuelle Erfahrungen im Jugendalter*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2022b): Im Fokus: Beratungsstellen. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/forschungsthemen/jugendsexualitaet-im-ueberblick/jugendsexualitaet-9-welle-ergebnisse-im-detail/im-fokus-beratungsstellen/> [Zugriff am 24.10.2022].
- BZgA (2022c): *Sexuaufklärung, die erste Regelblutung und der erste Samenerguss. Faktenblatt Mai 2022*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (2024): Sexuaufklärung bei Jugendlichen. [Online]. <https://www.liebesleben.de/fachkraefte/sexualaufklaerung-und-praeventionsarbeit/jugendliche/> [Zugriff am 29.01.2024].
- BZgA / WHO (2011): *Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Köln: WHO-Regionalbüro für Europa und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Callens, Nina / Kreukels, Baudewijntje PC / van de Grift, Tim C (2021): Young voices: Sexual health and transition care needs in adolescents with intersex/differences of sex development – A pilot study. In: *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 34/2:176-189. e172.
- Carvalho, Ana / Traeen, Bente / Stulhofer, Aleksandar (2014): Correlates of Men's Sexual Interest: A Cross-Cultural Study. In: *The Journal of Sexual Medicine* 11/1:154-164.
- Center for reproductive rights (2022): *European Abortion Laws. A Comparative Overview*. Hg. v. Abortion Access.
- Cerwenka, Susanne / Dekker, Arne / Pietras, Laura / Briken, Peer (2021): Single and Multiple Orgasm Experience Among Women in Heterosexual Partnerships. Results of the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). In: *The Journal of Sexual Medicine* 18/12:2028-2038.
- Cerwenka, Susanne / Nieder, Timo O. / Cohen-Kettenis, Peggy / De Cuypere, Griet / Haraldsen, Ira R. Hebold / Kreukels, Baudewijntje P.C. / Richter-Appelt, Hertha (2014): Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: a European multicenter study. In: *Journal of sex & marital therapy* 40/5:457-471.
- CHANGES for women (2024): Homepage. [Online]. <https://www.changes-for-women.org/#1> [Zugriff am 29.10.2024].

- Charter, Rosie / Ussher, Jane M. / Perz, Janette / Robinson, Kerry (2018): The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. In: *International Journal of Transgenderism* 19/1:64-77.
- Cook, Joan M. / Dinnen, Stephanie / O'Donnell, Casey (2011): Older women survivors of physical and sexual violence: a systematic review of the quantitative literature. In: *Journal of Women's Health* 20/7:1075-1081.
- Correa, Ana Belén / Moreno, José David / Castro, Àngel (2022): A meta-analytic review of attitudes towards the sexuality of adults with intellectual disabilities as measured by the ASQ-ID and related variables: Is context the key? In: *Journal of Intellectual Disability Research* 66/10:727-742.
- Crenshaw, Kimberle (1989): *Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine (pp. 139–167)*. Chicago, IL: The University of Chicago Legal Forum.
- Crowe Global (2023): *Review of the National Sexual Health Strategy*. Hg. v. An Roin Sláinte Department of Health.
- Danon, Limor Meoded / Schweizer, Katinka / Thies, Barbara (2023): Opportunities and challenges with the German act for the protection of children with variations of sex development. In: *International Journal of Impotence Research* 35/1:38-45.
- Davy, Zowie / Toze, Michael (2018): What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. In: *Transgender Health* 3/1:159-169.
- de Salis, Isabel / Owen-Smith, Amanda / Donovan, Jenny L. / Lawlor, Debbie A. (2017): Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. In: *Journal of Women & Aging* 6/30:520-540.
- de Vries, Annelou L.C. / Kreukels, Baudewijntje P.C. / Steensma, Thomas D. / McGuire, Jenifer K. (2014): Gender identity development: A biopsychosocial perspective. In: *Gender dysphoria and disorders of sex development: Progress in care and knowledge*:53-80.
- Degele, Nina (2008): *Gender / Queer Studies*. Hg. v. UTB. 1 Aufl., Paderborn: Wilhelm Fink.
- Department of Health Ireland (2015): *National Sexual Health Strategy 2015-2020*. Dublin.
- Deutsche Aidshilfe (2018): ICD-11: WHO wertet Trans* nicht mehr als „mental oder verhaltensgestört“. [Online]. <https://www.aidshilfe.de/meldung/icd-11> [Zugriff am 25.01.2024].
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2021): *Sexuelle und reproduktive Rechte von Frauen mit Behinderungen. Bericht der UN-Sonderberichterstatterin für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*.
- Dewaele, Alexis / Van Houtte, Mieke / Symons, Katrien / Buysse, Ann (2017): Exploring first sexual intercourse, sexual orientation, and sexual health in men. In: *Journal of homosexuality* 64/13:1832-1849.
- Dion, Laurence / Boislard, Marie-Aude (2020): „Of course we had sex!“: A qualitative exploration of first sex among women who have sex with women. In: *The Canadian Journal of Human Sexuality* 29/2:249-261.
- Döring, Nicola / Conde, Melisa (2021): Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien: Ein systematisches Scoping Review. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 64/11:1416-1429.

- Earp, Brian D. (2021): Male or female genital cutting: why 'health benefits' are morally irrelevant. In: *Journal of Medical Ethics* 47/12:e92.
- Earp, Brian D. / Steinfeld, Rebecca (2018): Genital autonomy and sexual well-being. In: *Current Sexual Health Reports* 10/:7-17.
- ECDC (2022): Chlamydia infection. In: *ECDC Annual epidemiological report for 2019* (Hrsg.). Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC (2024): Chlamydia infection. [Online]. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/chlamydia-infection> [Zugriff am 26.01.2024].
- Eigelsreiter, Gudrun (o.J.): *Frauen mit Behinderung. NAP Behinderung 2022–2030: Vorschläge des Österreichischen Behindertenrats zum Thema Frauen mit Behinderungen*. Österreichischer Behindertenrat.
- Eingetragene Partnerschaft-Gesetz – EPG (2024): *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Eingetragene Partnerschaft-Gesetz*, in der geltenden Fassung vom 18.09.2024.
- El Bcheraoui, Charbel / Zhang, Xinjian / Cooper, Christopher S. / Rose, Charles E. / Kilmarx, Peter H. / Chen, Robert T. (2014): Rates of adverse events associated with male circumcision in U.S. medical settings, 2001 to 2010. In: *JAMA Pediatr* 168/7:625-634.
- Ellis, Simon Adriane / Wojnar, Danuta M. / Pettinato, Maria (2015): Conception, pregnancy, and birth experiences of male and gender variant gestational parents: it's how we could have a family. In: *Journal of Midwifery & Women's Health* 60/1:62-69.
- ELSA (2024): Die ELSA Studie. [Online]. Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung. <https://elsa-studie.de/> [Zugriff am 28.10.2024].
- Eltern-Bildung (2024): Sexualerziehung im Alter von 0 bis 6 – Baby, Kleinkindalter, Vorschulalter. [Online]. <https://www.eltern-bildung.at/expert-innenstimmen/sexualerziehung-im-alter-von-0-bis-6/> [Zugriff am 18.09.2024].
- Enachescu, Janina / Hinsch, Sonja (2021): *Geschlechterspezifische Gewalt gegen Frauen in Österreich. Prävalenzstudie beauftragt durch Eurostat und das Bundeskanzleramt*. Wien: Statistik Austria.
- EPF (2024): European Contraception Policy Atlas 2024. [Online]. European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights (EPF). <https://www.epfweb.org/node/1042> [Zugriff am 9.9.2024].
- Epps, Beth / Markowski, Marianne / Cleaver, Karen (2023): A rapid review and narrative synthesis of the consequences of non-inclusive sex education in UK schools on lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning young people. In: *The Journal of School Nursing* 39/1:87-97.
- EUDA (2017): French national strategy for sexual health 2017–2030. [Online]. European Union Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/drugs-library/strategie-nationale-de-sant%C3%A9-sexuelle-agenda-2017-2030_en [Zugriff am 09.09.2024].
- Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (2021): *Weibliche Genitalverstümmelung. Wie viele Mädchen sind in Österreich gefährdet?*

- European Institute for Gender Equality (2021): *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union – Denmark, Spain, Luxembourg and Austria*. Publications Office of the European Union.
- Ezhova, I. / Savidge, L. / Bonnett, C. / Cassidy, J. / Okwuokei, A. / Dickinson, T. (2020): Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. In: *International Journal of Nursing Studies* 107/:103566.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2018): *Sexualpädagogik. Einblicke in die beruflichen Handlungsfelder der Sexualpädagogik*. St. Pölten: Fachstelle für Suchtprävention NÖ.
- Fadul, Rosario / Garcia, Rafael / Zapata-Boluda, Rosa / Aranda-Pastor, Cayetano / Brotto, Lori / Parron-Carreño, Tesifon / Alarcon-Rodriguez, Raquel (2019): Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. In: *Journal of sex & marital therapy* 45/1:73-83.
- Fahs, Breanne (2014): Genital panics: Constructing the vagina in women's qualitative narratives about pubic hair, menstrual sex, and vaginal self-image. In: *Body Image* 2014/11:210-218.
- Fahs, Breanne / McClelland, Sara I. (2016): When Sex and Power Collide: An Argument for Critical Sexuality Studies. In: *The Journal of Sex Research* 53/4-5:392-416.
- Fahs, Breanne / Swank, Eric (2023): Who counts as a sexual partner? Women's criteria for defining and sorting through their sexual histories. In: *Psychology & Sexuality* 14/1:190-202.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teufl, Lukas / Winkler, Roman (2023a): *Gewichtstatus und Körperelbstbild von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 02 aus Erhebung 2021/22*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023b): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023c): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- FGM Koordinationsstelle Kompetenzzentrum Österreich (o. J.): *Zur rechtlichen Lage von FGM/C in Österreich*.
- Fiala, Christian / Parzer, Elisabeth (2019): *Österreichischer Verhütungsreport*. Hg. v. Integral. Wien.
- Fileborn, Bianca / Lyons, Anthony / Hinchliff, Sharron / Brown, Graham / Heywood, Wendy / Minichiello, Victor (2017): Learning about sex in later life: Sources of education and older Australian adults. In: *Sex Education* 17/2:165-179.
- Fine, Michelle (1988): Sexuality, schooling, and adolescent females: The missing discourse of desire. In: *Harvard Educational Review* 58/1:29-54.
- Fisher, Jane R.W. / Baker, Gordon H.W. / Hammarberg, Karin (2010): Long-term health, well-being, life satisfaction, and attitudes toward parenthood in men diagnosed as infertile: challenges to gender stereotypes and implications for practice. In: *Fertility and sterility* 94/2:574-580.

- Fisher, Jane R.W. / Hammarberg, Karin (2012): Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. In: *Asian journal of andrology* 14/1:121.
- Footman, Katy / Goel, Kratu / Rehnström Loi, Ulrika / Mirelman, Andrew J. / Govender, Veloshnee / Ganatra, Bela (2023): Inclusion of abortion-related care in national health benefit packages: results from a WHO global survey. In: *BMJ Glob Health* 8/4:e012321.
- Fortpflanzungsmedizingesetz - FMedG (2024): *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Fortpflanzungsmedizingesetz*, BGBl. Nr. 275/1992, in der geltenden Fassung vom 18.09.2024.
- Foster, Diana Greene / Biggs, Antonia M. / Raifman, Sarah / Gipson, Jessica / Kimport, Katrina / Rocca, Corinne H. (2018a): Comparison of Health, Development, Maternal Bonding, and Poverty Among Children Born After Denial of Abortion vs After Pregnancies Subsequent to an Abortion. In: *JAMA Pediatrics* 172/11:1053-1060.
- Foster, Diana Greene / Biggs, Antonia M. / Ralph, Lauren / Gerds, Caitlin / Roberts, Sarah / Glymour, Maria M. (2018b): Socioeconomic Outcomes of Women Who Receive and Women Who Are Denied Wanted Abortions in the United States. In: *American Journal of Public Health* 112/9:1290-1296.
- Foster, Diana Greene / Raifman, Sarah E. / Gipson, Jessica D. / Rocca, Corinne H. / Biggs, Antonia M. (2019): Effects of Carrying an Unwanted Pregnancy to Term on Women's Existing Children. In: *The Journal of Pediatrics* 205/1:183-189.
- FRA (2014): *Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick*. Wien: FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte.
- Freak-Poli, Rosanne (2020): It's not age that prevents sexual activity later in life. In: *Australasian Journal on Ageing* 39/S1:22-29.
- FSRH Clinical Effectiveness Unit (2017): *FSRH CEU Statement: Contraceptive Choices and Sexual Health for Transgender and Non-binary People*.
- Fudge, Miranda C. / Byers, Sandra E. (2017a): An exploration of the prevalence of global, categorical, and specific female genital dissatisfaction. In: *The Canadian Journal of Human Sexuality* 26/2:112-121.
- Fudge, Miranda C. / Byers, Sandra E. (2017b): "I Have a Nice Gross Vagina": Understanding Young Women's Genital Self-Perceptions. In: *The Journal of Sex Research* 54/3:351-361.
- Gaiswinkler, Sylvia / Antony, Daniela / Delcour, Jennifer / Pfabigan, Johanna / Pichler, Michaela / Wahl, Anna (2023a): *Frauengesundheitsbericht 2022*. Wien.: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Gaiswinkler, Sylvia / Antosik, Jennifer / Pfabigan, Johanna / Pilwarsch, Johanna (2024a): *Verhütungsbericht 2024 - Bedarf und Versorgung mit Verhütungsmitteln in Österreich* Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Gaiswinkler, Sylvia / Pfabigan, Johanna / Pentz, Richard / Teufl, Lukas / Winkler, Roman (2023b): *LGBTIQ+-Gesundheitsbericht 2022*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Gaiswinkler, Sylvia / Wahl, Anna / Antony, Daniela / Ofner, Tonja / Delcour, Jennifer / Antosik, Jennifer / Pfabigan, Johanna / Pilwarsch, Johanna (2024b): *Menstruationsgesundheitsbericht 2024*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

- García-Acosta, Jesús Manuel / San Juan-Valdivia, Rosa María / Fernández-Martínez, Alfredo David / Lorenzo-Rocha, Nieves Doria / Castro-Peraza, Maria Elisa (2020): Trans* pregnancy and lactation: A literature review from a nursing perspective. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17/1:44.
- Gerdts, Caitlin / Dobkin, Loren / Foster, Diana Greene / Bimla Schwarz, Eleanor (2016): Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. In: *Woman's Health Issues* 2016/26:55-59.
- Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten (2024): Willkommen auf der Homepage der Geschäftsstelle zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten zur Unterstützung des schulischen Unterrichts. [Online]. Österreichische Jugendrotkreuz. <https://www.sexualpaedagogik.education/landingpage/web/ui/#Landingpage> [Zugriff am 26.01.2024].
- Geschlechtskrankheitengesetz (1945): *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Geschlechtskrankheitengesetz*, in der geltenden Fassung vom 18.09.2024. gesundheitskasse.at (2024): Gesamtvertrag Vorsorgeuntersuchungen. [Online]. Österreichische Gesundheitskasse. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.763326&version=1641369748> [Zugriff am 14.10.2024].
- GHDx (2019): Global Health Data Exchange. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. [Online]. Global Burden of Disease Collaborative Network <https://ghdx.healthdata.org/geography/austria> [Zugriff am 14.11.2024].
- Gov.uk (2022): Our Vision for the Women's Health Strategy for England. Policy paper. [Online]. UK government. <https://www.gov.uk/government/publications/our-vision-for-the-womens-health-strategy-for-england/our-vision-for-the-womens-health-strategy-for-england> [Zugriff am 30.10.2024].
- Grabovac, Igor (2023): Future Directions for Research and Practice in Sexual Health for Older Adults. In: *Sexual Behaviour and Health in Older Adults*. Smith, Lee / Grabovac, Igor (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing 157-167.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Delcour, Jennifer / Antosik, Jennifer / Leuprecht, Eva / Nowotny, Monika / Schmutterer, Irene / Sax, Gabriele / Juraszovich, Brigitte / Pochobradsky, Elisabeth / Kucera, Sabrina (2023): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Gromoll, Jörg / Schiffer, Christian / Tüttelmann, Frank (2019): *Der vergessene Mann*. Hg. v. Medizinische Universität Münster.
- Gubrium, Aline C. / Mann, Emily S. / Borrero, Sonya / Dehlendorf, Christine / Fields, Jessica / Geronimus, Arline T. / Gómez, Anu M. / Harris, Lisa H. / Higgins, Jenny A. / Kimport, Katarina / Luker, Kristin / Luna, Zakiya / Mamo, Laura / Roberts, Dorothy / Romero, Diana / Sisson, Gretchen (2016): Realizing Reproductive Health Equity Needs More Than Long-Acting Reversible Contraception (LARC). In: *Am J Public Health* 106/1:18-19.
- Guénoun, Tamara / Essadek, Aziz / Clesse, Christophe / Mauran-Mignorat, Marion / Veyron-Lacroix, Estelle / Ciccone, Albert / Smaniotto, Barbara (2022): The desire for parenthood among individuals with intellectual disabilities: systematic review. In: *Journal of Intellectual Disabilities*:17446295221141946.

- Hadley, Robin / Hanley, Terry (2011): Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. In: *Journal of reproductive and infant psychology* 29/1:56-68.
- Hamm, Jonas A. (2020): *Trans* und Sex – Gelingende Sexualität zwischen Selbstannahme, Normüberwindung und Kongruenzerleben*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Hammarberg, Karin / Collins, Veronica / Holden, Carol / Young, Kate / McLachlan, Robert (2017): Men's knowledge, attitudes and behaviours relating to fertility. In: *Human Reproduction Update* 23/4:458-480.
- Hammond, Tim / Carmack, Adrienne (2017): Long-term adverse outcomes from neonatal circumcision reported in a survey of 1,008 men: an overview of health and human rights implications*. In: *The International Journal of Human Rights* 21/2:189-218.
- Harlander, Eva / Maier-Wailand, Petra / Seidler, Yvonne / Wochele, Christian (2011): *Sexuelle Gesundheit von Jugendlichen*. Hg. v. Das Land Steiermark.
- Haunhorst, Charlotte (2016): *So queer ist Deutschland wirklich*. SZ Jetzt.
- Heidinger, Martin / Tuerk, Silvia (2019): *Arbeitsgruppe Varianten der Geschlechtsentwicklung*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Henderson, Bruce (2019): *Queer Studies: Beyond Binaries*. New York: Harrington Park Press, LLC.
- Herat, Joanna / Plesons, Marina / Castle, Chris / Babb, Jenelle / Chandra-Mouli, Venkatraman (2018): The revised international technical guidance on sexuality education – a powerful tool at an important crossroads for sexuality education. In: *Reproductive Health* 15/1:185.
- Heuschkel, Annkatrin / Rahnfeld, Claudia (2023): *Gewollte Kinderlosigkeit*. Wiesbaden: Springer.
- Hoga, Luiza / Rodolpho, Juliana / Gonçalves, Bruna / Quirino, Bruna (2015): Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. In: *JBI Database System Rev Implement Rep* 13/8:250-337.
- Hogben, Matthew / Leichter, Jami / Aral, Sevgi Okten (2020): An Overview of Social and Behavioral Determinants of STI. In: *Sexually Transmitted Infections: Advances in Understanding and Management*. Cristaudo, Antonio / Giuliani, Massimo (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing 25-45.
- Holmberg, Mats / Arver, Stefan / Dhejne, Cecilia (2019): Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. In: *Nature Reviews Urology* 16/2:121-139.
- HPV-Allianz (2022): From ten to teen. Sei schlau, denk an HPV. Eine Aufklärungskampagne über Humane Papillomaviren. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG). <https://www.hpv-info.at/> [Zugriff am 26.08.2024].
- Inayat, Shahzad / Aziz, Faisal / Younas, Ahtisham / Durante, Angela (2024): Determinants of Sexual Health and Sexual Quality of Life after Cardiovascular Surgeries: An Integrative Review. In: *Heart, Lung and Circulation* 33/10:1414-1426.
- Info für Ärzte (2024): Geschlechtskrankheitengesetz. [Online]. <https://www.infofueraerzte.at/medizinrecht-praktisch/ix-sanitaetsrecht/5-geschlechtskrankheitengesetz> [Zugriff am 18.09.2024].
- IPPF (2008): *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. London: International Planned Parenthood Federation.

- IPPF (2010): *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. London: International Planned Parenthood Federation.
- IQWiG (2020): *Prostatakrebscreening mittels PSA-Test -IQWiG-Berichte – Nr. 905*. Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
- Jirovsky-Platter, Elena / Maukner, Anna Christina / Mohamed, Suad Sheikh (2024): *Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Österreich. Eine Mixed-Methods-Studie. Endbericht*. Hg. v. Medizinische Universität Wien. Wien.
- Johnston, Lucy / McLellan, Tracey / McKinlay, Audrey (2014): (Perceived) size really does matter: Male dissatisfaction with penis size. In: *Psychology of Men & Masculinity* 15/2:225.
- Jones, Bethany Alice / Haycraft, Emma / Murjan, Sarah / Arcelus, Jon (2018): Body dissatisfaction and disordered eating in trans people: A systematic review of the literature. In: *Gender Dysphoria and Gender Incongruence*:93-106.
- Jungnitz, Ludger / Puchert, Ralf / Schrimpf, Nora / Schröttle, Monika / Mecke, Daniel (2013): *Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung. Abschlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales*. Bielefeld, Berlin, München.
- Katz, Joshua W. / Smith, Lee / McDermott, Daragh T. (2023): 'We're Still Here, We're Still Queer, We're Still Doing It': Sex and Sexual Health in Older LGBTQ+ Adults. In: *Sexual Behaviour and Health in Older Adults*.(Hrsg.). Springer. S. 59-75.
- King, Jonathan M. / Dobbins, Timothy / Keen, Phillip / Cornelisse, Vincent J. / Stoové, Mark / Nigro, Steven J. / Asselin, Jason / Higgins, Nasra / Mao, Limin / Aung, Htein Linn / Petoumenos, Kathy / McGregor, Skye (2024): Trends in HIV testing and HIV stage at diagnosis among people newly diagnosed with HIV. In: *AIDS* 38/12.
- Kinsey Institute (2024): Diversity of sexual orientation. [Online]. <https://kinseyinstitute.org/research/publications/historical-report-diversity-of-sexual-orientation.php> [Zugriff am 09.09.2024].
- Klein, Verena / Laan, Ellen / Brunner, Franziska / Briken, Peer (2022): Sexual Pleasure Matters (Especially for Women) – Data from the German Sexuality and Health Survey (GeSiD). In: *Sexuality Research and Social Policy* 19/4:1879-1887.
- Klimont, Jeanette (2019): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- linik-landstrasse.gesundheitsverbund.at (2024): Ambulanz für sexuell übertragbare Erkrankungen (STD). [Online]. Wiener Gesundheitsverbund. <https://linik-landstrasse.gesundheitsverbund.at/leistung/ambulanz-fuer-sexuell-uebertragbare-erkrankungen/> [Zugriff am 14.10.2024].
- Kolip, Petra (2020): Lebenslagen und Lebensphasen. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).
- Kramer, Heike / Lehmann, Judith / Klapp, Christine / Layer, Cordula / Mais, Andrea / Kriwy, Peter (2018): Gibt's auch 'nen Frauenarzt für Männer? Eine randomisiert kontrollierte Studie der ÄGGF-Präventionsveranstaltungen in Schulen als Brücke zur Jungensprechstunde beim Urologen. In: *Der Urologe* 57/10:1230-1239.

- Lampalzer, Ute / Briken, Peer / Schweizer, Katinka (2021): 'That decision really was mine...'. Insider perspectives on health care controversies about intersex/diverse sex development. In: *Culture, Health & Sexuality* 23/4:472-483.
- Land Oberösterreich (2024): Männerberatung. [Online]. <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/32029.htm> [Zugriff am 24.01.2024].
- Lautmann, Rüdiger (2020): Sexualität und Sexualwissenschaft 2050 – eine rationale Vision. In: *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft: Bestandsaufnahme und Ausblick*. Heinz-Jürgen Voß (Hrsg.). Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 37-54.
- Lee-Harrison Aultman, B (20214): Cisgender. In: *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 1/1-2:61-62.
- Leierer, Gisela / Rappold, Michaela / Strickner, Stefanie / Zangerie, Robert (2023): *HIV AIDS in Austria. 45th Report of the Austrian HIV Cohort Study*. Innsbruck.
- Leinweber, Julia / Jung, Tina / Hartmann, Katharina / Limmer, Claudia (2021): Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. In: *Public Health Forum* 29/2:97-100.
- Light, Alexis D / Obedin-Maliver, Juno / Sevelius, Jae M / Kerns, Jennifer L (2014): Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. In: *Obstetrics & Gynecology* 124/6:1120-1127.
- Light, Alexis / Wang, Lin-Fan / Zeymo, Alexander / Gomez-Lobo, Veronica (2018): Family planning and contraception use in transgender men. In: *Contraception* 98/4:266-269.
- Limmer, Claudia M. / Stoll, Kathrin / Vedam, Saraswathi / Leinweber, Julia / Gross, Mechthild M. (2023): Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: Development and validation of a German self-report tool. In: *Midwifery* 2023/126:1-10.
- Logie, Carmen H. / Perez-Brumer, Amaya / Parker, Richard (2021): The contested global politics of pleasure and danger: Sexuality, gender, health and human rights. In: *Global Public Health* 16/5:651-663.
- López-Sánchez, Guillermo F. / Oliva-Lozano, José M. / Muyor, José M. / Smith, Lee (2023): Levels and Trends of Sexual Activity in Older Adults. In: *Sexual Behaviour and Health in Older Adults*. Smith, Lee / Grabovac, Igor (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing 9-13.
- MacLean, Lori Rebecca-Diane (2021): Preconception, pregnancy, birthing, and lactation needs of transgender men. In: *Nursing for Women's Health* 25/2:129-138.
- Mahar, Elizabeth A. / Mintz, Laurie B. / Akers, Brianna M. (2020): Orgasm Equality: Scientific Findings and Societal Implications. In: *Current Sexual Health Reports* 12/1:24-32.
- Masters, Tatiana N. / Casey, Erin / Wells, Elizabeth A. / Morrison, Diane M. (2013): Sexual scripts among young heterosexually active men and women: Continuity and change. In: *Journal of sex research* 50/5:409-420.
- Mathis-Edenhofer, Stefan / Pilwarsch, Johanna / Rappold, Elisabeth (2022): *Hebammen* *Personalbedarfsprognose. Prognose bis 2032*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Matin, Behzad Karami / Ballan, Michelle / Darabi, Fatemeh / Karyani, Ali Kazemi / Soofi, Moslem / Soltani, Shahin (2021a): Sexual health concerns in women with

- intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. In: *BMC public health* 21/:1-21.
- Matin, Behzad Karami / Williamson, Heather J. / Karyani, Ali Kazemi / Rezaei, Satar / Soofi, Moslem / Soltani, Shahin (2021b): Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. In: *BMC Women's Health* 21/44:1-23.
- Mauldon, Jane / Foster, Diana Greene / Roberts, Sarah C. M. (2015): Effect of abortion vs. carrying to term on a woman's relationship with the man involved in the pregnancy. In: *Perspect Sex Reprod Health* 47/1:8-11.
- McEvoy, Maria / McElvaney, Rosaleen / Glover, Rita (2021): Understanding vaginismus: a biopsychosocial perspective. In: *Sexual and Relationship Therapy*:1-22.
- McPhillips, Kathryn / Braun, Virginia / Gavey, Nicola (2001): Defining (Hetero)Sex: How imperative is the "coital imperative"? In: *Women's Studies International Forum* 24/2:229-240.
- Mehta, Kajal S. / Marfatia, Yogesh S. / Jain, Apexa P. / Shah, Dhiral J. / Baxi, Disha S. (2021): Male circumcision and Sexually transmitted Infections—An update. In: *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS* 42/1:1.
- Meston, Cindy M. / Freihart, Bridget K. / Handy, Ariel B. / Kilimnik, Chelsea D. / Rosen, Raymond C. (2020): Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? In: *The Journal of Sexual Medicine* 17/1:17-25.
- Michielsen, Kristien / Brockschmidt, Laura (2021): Barriers to sexuality education for children and young people with disabilities in the WHO European region: a scoping review. In: *Sex Education* 21/6:674-692.
- Morris, Brian J. / Klausner, Jeffrey D. / Krieger, John N. / Willcox, Bradley J. / Crouse, Pierre D. / Pollock, Neil (2016): Canadian Pediatrics Society position statement on newborn circumcision: a risk-benefit analysis revisited. In: *Can J Urol* 23/5:8495-8502.
- Morris, Brian J. / Moreton, Stephen / Krieger, John N. (2019): Critical evaluation of arguments opposing male circumcision: a systematic review. In: *Journal of Evidence-based Medicine* 12/4:263-290.
- Müller, Klaus (2020): Schwul und Alter(n). In: *LSBTIQ* und Alter(n) Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. KG, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co (Hrsg.). Göttingen. S. 97-102.
- Murray, Sarah Hunter (2018): Heterosexual men's sexual desire: Supported by, or deviating from, traditional masculinity norms and sexual scripts? In: *Sex Roles* 78/:130-141.
- Nelson, Kimberly M. / Gamarel, Kristi E. / Pantalone, David W. / Carey, Michael P. / Simoni, Jane M. (2016): Sexual debut and HIV-related sexual risk-taking by birth cohort among men who have sex with men in the United States. In: *AIDS and Behavior* 20/:2286-2295.
- Neuwirth, Norbert / Buber-Ennser, Isabella / Fux, Beat (2023): *Familien in Österreich. Partnerschaft, Kinderwunsch und ökonomische Situation in herausfordernden Zeiten*. Wien.
- Newhart, Michelle R. (2013): Menopause Matters: The Implications of Menopause Research for Studies of Midlife Health. In: *Health Sociology Review*:3292-3318.

- Nikkelen, Sanne W.C. / Kreukels, Baudewijntje P.C. (2018): Sexual experiences in transgender people: the role of desire for gender-confirming interventions, psychological well-being, and body satisfaction. In: *Journal of sex & marital therapy* 44/4:370-381.
- Nzinga, Andy-Muller / De Andrade Castanheira, Stéphanie / Hermann, Jessica / Feipel, Véronique / Kipula, August Joseph / Bertuit, Jeanne (2021): Consequences of Female Genital Mutilation on Women's Sexual Health – Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Journal of Sexual Medicine* 18/4:750-760.
- o. A. (2021): *Bis zu 15 Prozent aller Paare sind ungewollt kinderlos*. Der Standard, Wien: Der Standard. 01.06.2021.
- ÖAW (2023): Familienplanung in Österreich: Kinderwunsch geht stark zurück. [Online]. <https://www.oeaw.ac.at/news/familienplanung-in-oesterreich-kinderwunsch-geht-stark-zurueck> [Zugriff am 09.09.2024].
- ÖAZ (2022): BKNÄ: HPV-Impfaktion – Aufholjagd. In: *Österreichische Ärztezeitung* 2022/10:1.
- oesterreich.gv.at (2024): Schwangerschaftsabbruch. [Online]. Bundesministerium für Finanzen. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/schwangerschaftsabbruch.htm> [Zugriff am 25.01.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2021): Sexuelle Gesundheit & sexuelle Orientierungen. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/sex/sexuelle-gesundheit-sexuelle-orientierung.html> [Zugriff am 29.01.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2024a): Erkrankungen der der männlichen Sexualorgane. Vorhautverengung (Phimose): Welche Komplikationen können auftreten? [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/maennliche-sexualorgane/phimose-therapie.html#welche-komplikationen-koennen-auftreten> [Zugriff am 29.01.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2024b): Fruchtbarkeitsstörungen: Was ist das? [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/fruchtbarkeitsstoerungen-n-was-ist-das.html#welche-ursache-koennen-fruchtbarkeitsstoerungen-haben> [Zugriff am 09.09.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2024c): Lexikon Parenteral. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/P/lexikon-parenteral.html> [Zugriff am 30.10.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2024d): Sexuelle Dienstleistungen. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/sexualitaet/sex/freiwillige-prostitution.html#sexualassistenz> [Zugriff am 30.01.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2024e): Ursachen für unerfüllten Kinderwunsch. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/kinderwunsch/unerfuellter-kinderwunsch.html> [Zugriff am 29.01.2024].
- ÖGF (2023): ÖGF Beratungsstellen für Familienplanung. [Online]. Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. <https://oegf.at/familienplanung/beratungsstellen/> [Zugriff am 01.12.2023].

- ÖIF (2022): *Aspekte der Qualitätssicherung in der schulischen Sexualpädagogik in Österreich*. ÖIF Forschungsbericht 40. Hg. v. Kapella, Olaf / Mazal, Wolfgang. Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.
- OII Europe (2023): What is Intersex Genital Mutilation (IGM)? [Online]. Organisation Intersex International Europe e.V.
<https://www.oii-europe.org/igm/#:~:text=The%20term%20IGM%20encompasses%20all,non%2Dvital%2C%20cosmetic%20reasons>. [Zugriff am 12.12.2023].
- Olesen, Mette Linnet / Seibæk, Lene / Sekse, Ragnhild Johanne Tveit (2023): Impaired sexual health among women treated for vulvar cancer: An integrated review. In: *Journal of Clinical Nursing*.
- Österreichische Krebshilfe (2024): Prostatakrebs-Früherkennung. [Online].
<https://www.krebshilfe.net/information/krebsfrueherkennung/prostatakrebs-frueherkennung#:~:text=Krebshilfe%2DEmpfehlung%20zur%20Prostatakrebs%2DFrueherkennung&text=M%C3%A4nner%20mit%20erh%C3%B6htem%20Risiko%20sollten,Lebens%20an%20Prostatakrebs%20zu%20erkranken> [Zugriff am 24.01.2024].
- Paquette, Marie-Michèle / Dion, Jacinthe / Bóthe, Beáta / Girouard, Alice / Bergeron, Sophie (2022): Heterosexual, cisgender and gender and sexually diverse adolescents' sexting behaviors: The role of body appreciation. In: *Journal of Youth and Adolescence* 51/2:278-290.
- Patel, Hersha / Jeve, Yadava B. / Sherman, Susan M. / Moss, Esther L. (2016): Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: a systematic review. In: *Sexually transmitted infections*.
- Paul, Barbara / Tietz, Lüder (2016): *Queer as - Kritische Heteronormativitätsforschung aus interdisziplinärer Perspektive*. transcript Verlag (Hrsg.). Bielefeld. S. 7-24.
- Perez-Garcia, Luis F. / Dolhain, Radboud / te Winkel, Bernke / Carrizales, Juan P. / Bramer, Wichor M. / Vorstenbosch, Saskia / van Puijenbroek, Eugene / Hazes, Mieke / van Doorn, Martijn B. A. (2021a): Male Sexual Health and Reproduction in Cutaneous Immune-Mediated Diseases: A Systematic Review. In: *Sexual Medicine Reviews* 9/3:423-433.
- Perez-Garcia, Luis F. / Röder, Esther / Hester, Pastoor / Bolt, Johanna M. / van Exel, Job / Dolhain, Radboud J.E.M. (2021b): It is not just about sex: viewpoints of men with inflammatory arthritis on the overall impact of the disease on their sexual health. In: *RMD Open* 7/3:1-10.
- Perez-Garcia, Luis F. / te Winkel, Bernke / Carrizales, Juan P. / Bramer, Wichor / Vorstenbosch, Saskia / Van Puijenbroek, Eugene / Dolhain, Radboud J.E.M. (2020): *Sexual function and reproduction can be impaired in men with rheumatic diseases: a systematic review*. Seminars in arthritis and rheumatism. 3, Elsevier.
- PHARMIG (2022): *Pharmig Verhaltenscodex & Verfahrensordnung der Fachausschüsse VHC I. und II. Instanz*. Wien: PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs,.
- Picken, Natalie (2020): *Sexuality education across the European Union: an overview.*: Health and Education Resource Centre.
- Pierpaoli-Parker, Christina (2020): The Senior Sex Education Experience Study: Qualitative Data From Developing an Adult Sex Education Program. In: *Innovation in Aging* 4/Suppl 1:500.

- Plattform sexuelle Bildung (2024a): 50 Jahre Sexualpädagogik an Schulen. [Online]. [https://sexuellebildung.at/50-jahre-grundsatzlerlass/#:~:text=Am%2024.,%E2%80%9ELebenshilfe%E2%80%9C%20\(ebd.\)](https://sexuellebildung.at/50-jahre-grundsatzlerlass/#:~:text=Am%2024.,%E2%80%9ELebenshilfe%E2%80%9C%20(ebd.)) [Zugriff am 25.01.2024].
- Plattform sexuelle Bildung (2024b): Stellungnahme zur Qualitätssicherung von schulexternen Angeboten zur Unterstützung des schulischen Unterrichts. [Online]. <https://sexuellebildung.at/stellungnahme-psb/> [Zugriff am 25.01.2024].
- Pöge, Kathleen / Dennert, Gabriele / Koppe, Uwe / Güldenring, Annette / Matthigack, Ev B. / Rommel, Alexander (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. In: *Journal of Health Monitoring*, 5:1-30.
- Portellos, Amelia / Lynch, Claire / Joosten, Annette (2023): Sexuality and ageing: A mixed methods explorative study of older adult's experiences, attitudes, and support needs. In: *British Journal of Occupational Therapy*:03080226231164277.
- Price, Tom / Zebitz, Martin / Giraldi, Annamaria / Kokind Cand, Thea Stine / Treasure, Janet / Sjögren, Jan Magnus (2020): Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review. In: *International Journal of Eating Disorders* 53/9:1377-1399.
- pro familia (2020): *Projekt Behinderung, Sexualität und Partnerschaft von pro familia Baden-Württemberg e.V. in Kooperation mit Lebenshilfe Baden-Württemberg e.V. Ergebnisse der Befragung von Menschen mit Behinderungen, Fachkräften der Behinderten- und Behindertenselbsthilfe sowie Angehörigen Juni bis September 2020.*
- Przybylo, Ela (2021): Ageing asexually: exploring desexualisation and ageing intimacies. In: *Sex and diversity in later life*. (Hrsg.). Policy Press181-198.
- Quinn, Gwendolyn P. / Tishelman, Amy C. / Chen, Diane / Nahata, Leena (2021): Reproductive health risks and clinician practices with gender diverse adolescents and young adults. In: *Andrology* 9/6:1689-1697.
- Rabbin, Maureen (2020): Sex Education in School, are Gender and Sexual Minority Youth Included?: A Decade in Review. In: *Am J Sex Educ* 15/4:530-542.
- Ralph, Lauren / Bimla Schwarz, Eleanor / Foster, Diana Greene / Grossmann, Daniel (2019): Self-reported Physical Health of Women Who Did and Did Not Terminate Pregnancy After Seeking Abortion Services: A Cohort Study. In: *Annals of Internal Medicine* 171/4:238-247.
- Ramasamy, Vemel Resh / Rillotta, Fiona / Alexander, June (2021): Experiences of adults with intellectual disabilities who identify as lesbian, gay, bisexual, or transgender within mainstream community: A systematic review of qualitative studies. In: *JBI Evidence Synthesis* 19/1:59-154.
- Rechnungshof (2021): *Geburtshilfe – Versorgung in Niederösterreich und Wien. Bericht des Rechnungshofes*. Wien: Rechnungshof Österreich.
- Rechtsvorschrift für Gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen (1945): *BGBI. II Nr. 198/2015*, in der geltenden Fassung vom 18.09.2024.
- Reis, Elizabeth (2019): Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery. In: *Medical Law Review* 27/4:658-674.
- Reisel, Dan / Creighton, Sarah M. (2015): Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). In: *Maturitas* 80/1:48-51.

- Riedl, David / Exenberger, Silvia / Daniels, Judith K. / Böttcher, Bettina / Beck, Thomas / Dejacó, Daniel / Lampe, Astrid (2019): Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' preferences – results from a cross-sectional study. In: *European Journal of Psychotraumatology* 10/1:1654063.
- Riegel, Christine (2020): Intersektionalität, LSBTIQ* und Alter(n). In: *LSBTIQ* und Alter(n) Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit*. KG, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co (Hrsg.). Göttingen. S. 43-56.
- RIVM (2018): *National Action Plan on STIs, HIV and Sexual Health 2017–2022*. Hg. v. National Institute for Public Health and the Environment.
- RKI (2014): *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- RKI (2020): Sexuelle und reproduktive Gesundheit. In: *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland*. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin. S. 7-265-305.
- RKI (2022): Wie häufig ist eine HPV-Infektion? [Online]. Robert Koch-Institut. <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/HPV/FAQ03.html> [Zugriff am 14.10.2024].
- RKI (2023): Europäischer MSM Internet Survey (EMIS) 2017. [Online]. Robert Koch-Institut. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/EMIS_2017.html [Zugriff am 14.10.2024].
- Roberts, Sarah C. M. / Biggs, Antonia M. / Chibber, Karuna S. / Gould, Heather / Rocca, Corinne H. / Foster, Diana Greene (2014): Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. In: *BMC Medicine* 12/144:1-7.
- Rothmüller, Barbara (2019): Embodying and resisting racialised desires in young people's sexual imagery. In: *Sex Education* 19/2:195-211.
- Roussin, Melanie / Lowe, John / Hamilton, Anita / Martin, Lisa (2021): Factors of sexual quality of life in gynaecological cancers: A systematic literature review. In: *Archives of Gynecology and Obstetrics* 304/:791-805.
- Ryan, Paul / McGarry, Kathryn (2022): 'I miss being honest': sex workers' accounts of silence and disclosure with health care providers in Ireland. In: *Culture, Health & Sexuality* 24/5:688-701.
- Sabri, Bushra / Granger, Douglas A. (2018): Gender-based violence and trauma in marginalized populations of women: Role of biological embedding and toxic stress. In: *Health care for women international* 39/9:1038-1055.
- Salden, Ska / Netzwerk Queere Schwangerschaften (2022): *Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung*. Heinrich-Pöll-Stiftung.
- San Lazaro Campillo, Indra / Meaney, Sarah / Sheehan, Jacqueline / Rice, Rachel / O'Donoghue, Keelin (2021): Reproductive Health Knowledge about Miscarriage: A Cross-Sectional Study of University Students. In: *Maternal and Child Health Journal* 25/:282-292.
- Sanchez, Travis H. / Rai, Mona / Zlotorzynska, Maria / Jones, Jeb / Sullivan, Patrick S. (2020): Birth cohort and racial/ethnic differences in the age of first oral and anal sex among us men who have sex with men. In: *Archives of sexual behavior* 49/:275-286.
- Sbragia, Julia D. / Vottero, Beth (2020): Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review. In: *JBIM Evidence Synthesis* 18/9:1870-1931.

- Scharmanski, Sara / Hessling, Angelika (2021a): *Sexualaufklärung in der Schule. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Scharmanski, Sara / Hessling, Angelika (2021b): *Sexualaufklärung und Verhütungsberatung im Elternhaus. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Scharmanski, Sara / Hessling, Angelika (2022): Sexualaufklärung junger Menschen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“. In: *Journal of Health Monitoring* 7/2:23-41.
- Schmidt, Eva-Maria / Neuwirth, Norbert (2023): Sind Kinder wichtig für ein erfülltes Leben? In: *Familien in Österreich. Generations and Gender Programme (GGP)* (Hrsg.). S. 1-82.
- Schultz-Zehden, Beate (2013): Sexualität im Alter. [Online]. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/> [Zugriff am 29.01.2024].
- Schwendener, Corina L. / Kiener, Laura M. / Jafflin, Kristen / Rouached, Sarah / Juillerat, Anna / Meier, Vincent / Maurer, Susanna Schärli / Muggli, Franco / Gültekin, Nejla / Baumann, Aron (2022): HPV vaccine awareness, knowledge and information sources among youth in Switzerland: a mixed methods study. In: *BMJ Open* 12/1:e054419.
- Seav, Susan M. / Sally, Dominick A. / Gorman, Jessica R. / Chingos, T. Diana / Ehren, Jennifer L. / Krychman, Michael L. / Su, Irene H. (2015): Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review. In: *Woman's Midlife Health* 1/9:1-27.
- Sexualaufklärung.de (2024): Jugendsexualität 9. Welle: Repräsentative Wiederholungsbefragung. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://www.sexualaufklaerung.de/forschungsprojekt/jugendsexualitaet-9-welle-repraesentative-wiederholungsbefragung-die-perspektive-der-14-bis-25-jaehrig/> [Zugriff am 16.10.2024].
- Shallcross, R. / Dickson, J. M. / Nunns, D. / Mackenzie, C. / Kiemle, G. (2018): Women's Subjective Experiences of Living with Vulvodinia: A Systematic Review and Meta-Ethnography. In: *Arch Sex Behav* 47/3:577-595.
- sickandsex.nl (2024): Sexualität und Intimität zum Zeitpunkt der Krankheit. [Online]. Stichting Sick and Sex. <https://sickandsex.nl/> [Zugriff am 18.10.2024].
- Simmons, Rebecca G. / Baayd, Jami / Waters, Megan / Diener, Zoe / Turok, David K. / Sanders, Jessica N. (2023): Assessing contraceptive use as a continuum: outcomes of a qualitative assessment of the contraceptive journey. In: *Reproductive Health* 20/1:33.
- Sinković, Matija / Towler, Lauren (2019): Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. In: *Qualitative Health Research* 29/9:1239-1254.
- Stadt Wien (2022a): Frauenbefragung. [Online]. Stadt Wien. <https://frauenbefragung.wien.gv.at/> [Zugriff am 10.11.2024].
- Stadt Wien (2022b): Rollenbilder in der Gesellschaft. [Online]. Stadt Wien. <https://www.wien.gv.at/menschen/frauen/stichwort/sexismus/rollenbilder/> [Zugriff am 10.11.2024].

- Stadt Wien (2022c): *Sexualität bei chronischen Erkrankungen. Wiener Gesundheitsberichterstattung*. Wien.
- Stadt Wien (2024a): Partner-, Familien- und Sexualberatung. [Online]. <https://www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/servicestellen/partnerberatung.html> [Zugriff am 24.01.2024].
- Stadt Wien (2024b): Sexuelle Gesundheit für Sexdienstleister*innen. [Online]. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/sexuelle-gesundheit/> [Zugriff am 30.01.2024].
- Statistik Austria (2022): *Nahezu jedes dritte Neugeborene kam 2021 per Kaiserschnitt zur Welt. Pressemitteilung 12.849-147/22*.
- Statistik Austria (2023a): SDG's (Sustainable Development Goals and Indicators). Ziel 5. Geschlechtergleichstellung. [Online]. <https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs/ziel-5-geschlechtergleichstellung> [Zugriff am 25.01.2024].
- Statistik Austria (2023b): SDG's (Sustainable Development Goals and Indicators): Ziel 5 Geschlechtergleichstellung. Unterziel 5.3. [Online]. <https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs/ziel-5-geschlechtergleichstellung/unterziel-53#c8457> [Zugriff am 25.01.2024].
- Statistik Austria (2023c): SDGs (Sustainable Development Goals and Indicators). Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen. Unterziel 3.7. [Online]. <https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs/ziel-3-gesundheit-und-wohlergehen/unterziel-37#c5248> [Zugriff am 25.01.2024].
- Statistik Austria (2023d): Soziodemographische Merkmale der Eltern von Geborenen. [Online]. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/soziodemographische-merkmale-der-eltern-von-geborenen> [Zugriff am 29.01.2024].
- Statistik Austria (2024a): Familienformen. [Online]. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/familien-haushalte-lebensformen/familienformen> [Zugriff am 13.11.2024].
- Statistik Austria (2024b): Krankheitsprävention. [Online]. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/krankheitspraevention> [Zugriff am 18.10.2024].
- Statistik Austria (2024c): SDGs (Sustainable Development Goals and Indicators). [Online]. <https://www.statistik.at/services/tools/services/indikatorensysteme/sdgs> [Zugriff am 09.09.2024].
- Stolk, Tessa H.R. / Asseler, Joyce D. / Huirne, Judith Anna F. / van den Boogaard, Emmy / van Mello, Norah (2023): Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people: A systematic review. In: *Transgender Health* 87/1:102312.
- Strauß, Bernhard (2006): *19 Chronische körperliche Erkrankungen und Sexualität*. Sexuelle Störungen und ihre Behandlung Hg. v. Volkmar Sigusch.
- Strilic, Martina (2012): *Einstellungen zu Sexualität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diplomarbeit*. Wien: Universität Wien.

- Strohriegl, Andrea (2022): Sexuelle Selbstbestimmung. Warum wir darüber reden müssen. [Online]. <https://www.behinderterrat.at/2022/10/sexuelle-selbstbestimmung/> [Zugriff am 30.01.2024].
- Stückler, Andreas / Ruppe, Georg / Martin, Söllner (2022): *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Welle III 2019-2022. Die Herausforderungen des hohen Alters*. Wien: Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA).
- Symonds, Tara / Boolell, Mitra / Quirk, Frances (2005): Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. In: *Journal of sex & marital therapy* 31/5:385-397.
- Szabó, Anett / Vánicsa, Szilárd / Hegyi, Péter / Váradi, Alex / Forintos, Attila / Filipov, Teodóra / Ács, Júlia / Ács, Nándor / Szarvas, Tibor / Nyirády, Péter / Kopa, Zsolt (2023): Lifestyle-, environmental-, and additional health factors associated with an increased sperm DNA fragmentation: a systematic review and meta-analysis. In: *Reproductive Biology and Endocrinology* 21/5:2-9.
- Takemoto, Maira Libertad Soligo / Menezes, Mariane de Oliveira / Polido, Carla Betina Andreucci / Santos, Débora de Souza / Leonello, Valeria Marli / Magalhães, Claudia Garcia / Cirelli, Jessica Fernandes / Knobel, Roxana (2019): Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. In: *Cadernos de saude publica* 35/:e00118118.
- Templeman, Lauren / Eberhardt, Judith / Ling, Jonathan (2023): Exploring the health care experiences of women diagnosed with vulvodynia. In: *The Journal of Sexual Medicine* 20/1:97-106.
- Thuswald, Marion (2019): *Geschlechterreflektierte sexuelle Bildung? Heteronormativität und Verletzbarkeit als Herausforderungen sexualpädagogischer Professionalisierung*. Bd. 15. Verlag Barbara Budrich.
- Tiggemann, Marika / Martins, Yolanda / Churchett, Libby (2008): Beyond muscles: Unexplored parts of men's body image. In: *Journal of health psychology* 13/8:1163-1172.
- Townsend, Kate Goldie (2019): The child's right to genital integrity. In: *Philosophy & Social Criticism* 46/7:878-898.
- TriQ / VIMÖ (2020): *INTER: Informationen für Ärzt_innen, Therapeut_innen & andere pflegende und medizinische Berufsgruppen*. Berlin: TransInterQueer e.V., VereinIntergeschlechtlicher Menschen Österreich.
- Tsevat, Danielle G. / Wiesenfeld, Harold C. / Parks, Caitlin / Peipert, Jeffrey F. (2017): Sexually transmitted diseases and infertility. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 216/1:1-9.
- UCSF (2022): UCSF Turnaway Study Shows Impact of Abortion Access on Well-Being. [Online]. University of California San Francisco. <https://www.ucsf.edu/news/2022/06/423161/ucsf-turnaway-study-shows-impact-abortion-access> [Zugriff am 28.10.2024].
- UN (2006): *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Hg. v. United Nations.
- UN (2014): *Reproductive Rights are human rights. A handbook for national human rights institutions*. Hg. v. United Nations.
- UN (2019a): *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Concluding observations on the ninth periodic report of Austria*. United Nations.

- UN (2019b): *Sexual and reproductive Rights: An essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – Accelerating the promise*. Hg. v. United Nations.
- UNESCO (2018): *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2021a): *Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education*. Policy Paper 39. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNESCO (2021b): *The journey towards comprehensive sexuality education – global status report*. Genf: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- UNFPA (2004): *Programme of Action – International Conference on Population and Development Cairo* Hg. v. United Nations Population Fund.
- UNFPA (2018): *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*. Hg. v. United Nations Population Fund. Paris.
- UNFPA (2021): *ICPD AND HUMAN RIGHTS: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. United Nations Population Fund.
- UNFPA (2024): International Conference on Population and Development (ICPD). [Online]. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/icpd> [Zugriff am 09.09.2024].
- van Amesfoort, Jojanneke Epke / van Rooij, Floor Barbera / Painter, Rebecca C. / Valkenburg-van den Berg, Arijaan W. / Kreukels, Baudewijntje P.C. / Steensma, Thomas D. / Huirne, Judith Anna F. / de Groot, Christianne J.M. / van Mello, Norah (2023): The barriers and needs of transgender men in pregnancy and childbirth: A qualitative interview study. In: *Midwifery* 120/:103620.
- van Anders, Sari M. / Herbenick, Debby / Brotto, Lori A. / Harris, Emily A. / Chadwick, Sara B. (2022): The Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in Women Partnered with Men. In: *Archives of sexual behavior* 51/1:391-415.
- van den Brink, Femke / Smeets, Monique A. M. / Hessen, David J. / Woertman, Liesbeth (2016): Positive Body Image and Sexual Functioning in Dutch Female University Students: The Role of Adult Romantic Attachment. In: *Archives of sexual behavior* 45/5:1217-1226.
- Van Overmeire, Roel / Vesentini, Lara / Vanclooster, Stephanie / Bilsen, Johan (2023): Discussing sexual health among Flemish patients with Parkinson's disease. In: *Acta Neurologica Belgica* 123/2:497-505.
- Verein für Männer- und Geschlechterthemen Steiermark (2023): Männerberatung. [Online]. <https://vmg-steiermark.at/de/maennerberatung/maennerberatung> [Zugriff am 24.01.2024].
- Veronese, Nicola / Pizzol, Damiano (2023): Barriers to Sexual Activity in Older Adults. In: *Sexual Behaviour and Health in Older Adults*. Smith, Lee / Grabovac, Igor (Hrsg.). Cham: Springer International Publishing 113-118.
- Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über gesundheitliche Vorkehrungen für Personen, die sexuelle Dienstleistungen erbringen (2024), BGBl. II Nr. 198/2015, Fassung vom 18.10.2024.
- VIMÖ (2020): *Positionspapier*. Wien: Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich.
- VIMÖ (2024): VIMÖ über uns. [Online]. Verein intergeschlechtlicher Menschen Österreich. <https://vimoe.at/ueber-uns/> [Zugriff am 25.01.2024].

- Voicu, Ilona (2018): The social construction of menopause as disease: A literature review>. In: *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology* 9/2:11-21.
- Von Rosen, Frederik Tilmann / Von Rosen, Antonella Juline / Müller-Riemenschneider, Falk / Damberg, Inken / Tinnemann, Peter (2018): STI knowledge in Berlin adolescents. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15/1:110.
- Walgenbach, Katharina (2014): Intersektionalität als Analyseperspektive heterogener Stadträume. In: *Die intersektionelle Stadt*. Elli, Scambor / Fränk, Zimmer (Hrsg.). Bielefeld: transcript Verlag, S. 81-92.
- Wallwiener, Stephanie / Strohmaier, Jana / Wallwiener, Lisa-Maria / Schönfisch, Birgitt / Zipfel, Stephan / Brucker, Sara Y. / Rietschel, Marcella / Wallwiener, Christian W. (2016): Sexual Function Is Correlated With Body Image and Partnership Quality in Female University Students. In: *The Journal of Sexual Medicine* 13/10:1530-1538.
- WAST (o. J.): Definition sexueller Orientierungen: Homosexualität, Bisexualität, Heterosexualität. [Online]. Stadt Wien | Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten. <https://www.wien.gv.at/menschen/queer/sexuelle-orientierung/definitionen.html> [Zugriff am 12.11.2023].
- Weisser Ring / Forschungszentrum Menschenrechte (2018): *Gewalt im Netz gegen Frauen & Mädchen in Österreich*. Wien.
- Westwood, Susan Linda (2016): Gender, sexuality, gender identity and dementia. In: *(In)equality issues*. Westwood, Sue / Price, Elizabeth (Hrsg.). Routledge. S. 34-21.
- WHO (2016): *Aktionsplan zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit: Auf dem Weg zur Verwirklichung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung in Europa – Niemanden zurücklassen*. Hg. v. World Health Organization. Regionalkomitee für Europa, 66.Tagung, Kopenhagen (Dänemark), 12.-15. September 2016.
- WHO (2017): *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Hg. v. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Genf.
- WHO (2022a): Abortion care guideline. [Online]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff am 24.10.2024].
- WHO (2022b): *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. Hg. v. World Health Organization. Genf.
- WHO (2022c): HA60 Gender incongruence of adolescence or adulthood. [Online]. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#/http://id.who.int/icd/entity/90875286> [Zugriff am 18.10.2024].
- WHO (2022d): Menopause. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause> [Zugriff am 31.10.2024].
- WHO (2024a): Female genital mutilation. [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/health-topics/female-genital-mutilation#:~:text=As%20it%20is%20practiced%20on,the%20procedure%20results%20in%20death>. [Zugriff am 16.09.2024].
- WHO (2024b): SDG Target 3.7 Sexual and reproductive health. [Online]. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_7-sexual-and-reproductive-health [Zugriff am 25.01.2024].

- WHO (2024c): Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). [Online]. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> [Zugriff am 25.01.2024].
- WHO / BZgA (2017): *Training matters: A framework for core competencies of sexuality educators*. Hg. v. World Health Organization / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- WHO/UNFPA (2009): *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities*. Genf: World Health Organization, United Nations Population Fund.
- Wienholz, Sabine / Seidel, Anja / Michel, Marion / Müller, Martina (2013): *Jugendsexualität und Behinderung. Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen in Sachsen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Winter, Virginia Ramseyer (2017): Toward a Relational Understanding of Objectification, Body Image, and Preventive Sexual Health. In: *The Journal of Sex Research* 54/3:341-350.
- Wischmann, Tewes / Thorn, Petra (2013): (Male) infertility: what does it mean to men? New evidence from quantitative and qualitative studies. In: *Reproductive biomedicine online* 27/3:236-243.
- Wylie, Kevan R. / Eardley, Ian (2007): Penile size and the 'small penis syndrome'. In: *BJU international* 99/6:1449-1455.
- Yuan, Tanwei / Fitzpatrick, Thomas / Ko, Nai-Ying / Cai, Yong / Chen, Yingqing / Zhao, Jin / Li, Linghua / Xu, Junjie / Gu, Jing / Li, Jinghua (2019): Circumcision to prevent HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data. In: *The Lancet Global Health* 7/4:e436-e447.
- Zandonella, Martina / Hoser, Bernhard (2022): *Zur psychosozialen Situation der Oberösterreicher*innen während der Pandemie. Teil 1*. Wien: SORA – Institute for Social Research and Consulting.
- Zeeman, Laetitia / Sherriff, Nigel / Browne, Kath / McGlynn, Nick / Mirandola, Massimo / Gios, Lorenzo / Davis, Ruth / Sanchez-Lambert, Juliette / Aujean, Sophie / Pinto, Nuno / Farinella, Francesco / Donisi, Valeria / Niedźwiedzka-Stadnik, Marta / Rosińska, Magdalena / Pierson, Anne / Amaddeo, Francesco (2019): A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. In: *European journal of public health* 29/5:974-980.
- Zuccala, Elizabeth / Horton, Richard (2018): Addressing the unfinished agenda on sexual and reproductive health and rights in the SDG era. In: *The Lancet* 391/10140:2581-2583.
- Zurbriggen, Eileen L. / Yost, Megan R. (2004): Power, desire, and pleasure in sexual fantasies. In: *The Journal of Sex Research* 41/3:288-300.

Abkürzungen

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EPF	European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FGM/C	Female Genital Mutilation and Cutting
FRA	Fundamental Rights Agency
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GGI	Gute Gesundheitsinformation
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HiAP	Health in All Policies
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICPD	International Conference on Population and Development / Weltbevölkerungskonferenz
IGM	Intersex Genital Mutilation
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LGBTIQ+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersexual, Queer
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
NHS	National Health Service
ÖGF	Österreichische Gesellschaft für Familienplanung

PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SDG(s)	Sustainable Development Goal(s)
SRH	Sexual and Reproductive Health
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
STI	Sexuell übertragbare Infektionen
SV	Sozialversicherung
u. a.	unter anderem
UHC	United Health Care
UN	United Nations
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
v. a.	vor allem
vs.	versus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Anhang

Suchstrategie zu sozioökonomischen Faktoren

Datum der Suche: 17.11.2023

Datenbank: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to November 16, 2023>

Tabelle 4: Suchstrategie Sozioökonomische Faktoren

#	Abfrage	Ergebnisse aus 17.11.2023
1	exp "Sexual and Gender Minorities"/	17,424
2	Women/	15,197
3	Men/	4,047
4	Non-binary.ab,kf,ti.	985
5	queer.ab,kf,ti.	2,739
6	genderqueer.ab,kf,ti.	170
7	nonbinary.ab,kf,ti.	1,030
8	"intersex*".ab,kf,ti.	3,827
9	"girl*".ab,kf,ti.	175,258
10	"boy*".ab,kf,ti.	178,571
11	female.ab,kf,ti.	895,872
12	male.ab,kf,ti.	1,069,656
13	2 or 9 or 11	1,068,943
14	3 or 10 or 12	1,239,347
15	1 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	23,301
16	exp meta-analysis as topic/	28,632
17	exp meta-analysis/	189,950
18	"meta analy*".tw.	284,707
19	"metaanaly*".tw.	2,639

#	Abfrage	Ergebnisse aus 17.11.2023
20	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	307,386
21	"Review Literature as Topic"/	9,669
22	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21	472,885
23	cochrane.ab.	140,693
24	embase.ab.	162,070
25	(psychlit or psyclit).ab.	917
26	(psychinfo or psycinfo).ab.	61,324
27	(cinahl or cinhal).ab.	48,373
28	science citation index.ab.	3,855
29	reference list\$.ab.	22,653
30	bibliograph\$.ab.	23,117
31	hand-search\$.ab.	8,739
32	relevant journals.ab.	1,373
33	selection criteria.ab.	36,827
34	data extraction.ab.	34,053
35	33 or 34	68,150
36	"review"/	3,238,255
37	35 and 36	36,063
38	23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32	282,717
39	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	2,206,623
40	22 or 37 or 38	563,544
41	40 not 39	544,453
42	exp Austria/	21,024
43	"Austria*".ab,ti.	20,816
44	exp Germany/	131,040
45	"German*".ab,ti.	172,798
46	exp Italy/	109,885
47	"Italian*".ab,ti.	66,138

#	Abfrage	Ergebnisse aus 17.11.2023
48	exp Finland/	38,850
49	"Finnish*".ab,ti.	21,746
50	exp Sweden/	82,103
51	"Swedish*".ab,ti.	46,232
52	exp Norway/	42,562
53	"Norway*".ab,ti.	36,541
54	"Norwegian*".ab,ti.	23,760
55	"Sweden*".ab,ti.	55,424
56	"Finland*".ab,ti.	29,074
57	"Italy*".ab,ti.	83,661
58	exp Netherlands/	74,045
59	"Netherland*".ab,ti.	58,953
60	"Dutch*".ab,ti.	45,531
61	exp France/	108,781
62	"France*".ab,ti.	76,439
63	"french*".ab,ti.	84,155
64	exp Belgium/	20,904
65	"Belgium*".ab,ti.	19,378
66	"Belgian*".ab,ti.	10,542
67	exp United Kingdom/	391,899
68	great britain.ab,ti.	8,725
69	"british*".ab,ti.	56,785
70	United Kingdom.ab,ti.	47,532
71	"Scotland*".ab,ti.	19,173
72	"Scottish*".ab,ti.	10,516
73	"Ireland*".ab,ti.	26,701
74	"Irish*".ab,ti.	11,560
75	exp Ireland/	20,213

#	Abfrage	Ergebnisse aus 17.11.2023
76	exp Spain/	87,958
77	"Spain*".ab,ti.	72,097
78	"spanish*".ab,ti.	61,857
79	exp European Union/	17,812
80	"Europe*".ab,ti.	362,527
81	exp Luxembourg/	792
82	"Luxembourg*".ab,ti.	1,381
83	exp croatia/ or exp czech republic/ or exp hungary/ or exp poland/ or exp slovakia/ or exp slovenia/	94,661
84	czech republic.ab,ti.	9,658
85	"Czech*".ab,ti.	18,890
86	"hungary*".ab,ti.	12,296
87	"hungarian*".ab,ti.	8,527
88	"poland*".ab,ti.	31,096
89	"polish*".ab,ti.	33,580
90	"slovakia*".ab,ti.	4,654
91	"slovenia*".ab,ti.	5,442
92	"croatia*".ab,ti.	9,889
93	Switzerland/	39,213
94	"swiss*".ab,ti.	40,352
95	switzerland.ab,ti.	29,798
96	42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 or 78 or 79 or 80 or 81 or 82 or 83 or 84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 95	2,062,804
97	42 or 43 or 44 or 45 or 93 or 94 or 95	344,984
98	exp Socioeconomic Factors/	515,673
99	(socioeconomic adj2 factor*).ab,ti.	12,590
100	98 or 99	521,485
101	exp Sexual Health/	2,548

#	Abfrage	Ergebnisse aus 17.11.2023
102	exp Sexuality/	50,377
103	((sexual adj2 health) or sexuality).ab,kf,ti.	33,115
104	101 or 102 or 103	76,311
105	100 and 104	6,501
106	96 and 105	922
107	13 and 106	205
108	14 and 106	185
109	15 and 106	58
110	41 and 106	12
111	limit 106 to (english or german)	834
112	limit 111 to (comparative study or controlled clinical trial or evaluation study or government publication or journal article or multicenter study or observational study or randomized controlled trial or validation study)	816

Quelle: GÖG

Suchstrategie zu sexueller Bildung

Datum der Suche: 31.10.2023

Datenbank: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 30, 2023>

Tabelle 5: Suchstrategie Sexuelle Bildung

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.10.2023
1	exp Sex Education/	9,339
2	(sex* adj1 education).kf,ti.	3,089
3	1 or 2	10,040
4	exp Sexuality/	50,215
5	exp Sexual Health/	2,537
6	exp Sexual Development/	105,699

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.10.2023
7	exp Sexual Behavior/	126,073
8	exp Education/	905,242
9	4 or 5 or 6 or 7	230,766
10	8 and 9	14,948
11	3	10,040
12	limit 11 to yr="2018 -Current"	1,167
13	limit 12 to ("all adult (19 plus years)" or "young adult (19 to 24 years)" or "adult (19 to 44 years)" or "young adult and adult (19-24 and 19-44)" or "middle age (45 to 64 years)" or "middle aged (45 plus years)" or "all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)")	399
14	exp Austria/	21,000
15	"Austria*".ab,ti.	20,764
16	exp Germany/	130,932
17	"German*".ab,ti.	172,328
18	exp Italy/	109,752
19	"Italian*".ab,ti.	65,945
20	exp Finland/	38,803
21	"Finnish*".ab,ti.	21,701
22	exp Sweden/	82,003
23	"Swedish*".ab,ti.	46,117
24	exp Norway/	42,508
25	"Norway*".ab,ti.	36,441
26	"Norwegian*".ab,ti.	23,672
27	"Sweden*".ab,ti.	55,285
28	"Finland*".ab,ti.	29,014
29	"Italy*".ab,ti.	83,416
30	exp Netherlands/	73,984
31	"Netherland*".ab,ti.	58,808
32	"Dutch*".ab,ti.	45,390

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.10.2023
33	exp France/	108,715
34	"France*".ab,ti.	76,214
35	"french*".ab,ti.	83,918
36	exp Belgium/	20,874
37	"Belgium*".ab,ti.	19,317
38	"Belgian*".ab,ti.	10,502
39	exp United Kingdom/	391,541
40	great britain.ab,ti.	8,705
41	"british*".ab,ti.	56,634
42	United Kingdom.ab,ti.	47,346
43	"Scotland*".ab,ti.	19,130
44	"Scottish*".ab,ti.	10,496
45	"Ireland*".ab,ti.	26,615
46	"Irish*".ab,ti.	11,532
47	exp Ireland/	20,189
48	exp Spain/	87,807
49	"Spain*".ab,ti.	71,834
50	"spanish*".ab,ti.	61,619
51	exp European Union/	17,787
52	"Europe*".ab,ti.	361,289
53	exp Luxembourg/	791
54	"Luxembourg*".ab,ti.	1,379
55	exp croatia/ or exp czech republic/ or exp hungary/ or exp poland/ or exp slovakia/ or exp slovenia/	94,524
56	czech republic.ab,ti.	9,638
57	"Czech*".ab,ti.	18,850
58	"hungary*".ab,ti.	12,276
59	"hungarian*".ab,ti.	8,513
60	"poland*".ab,ti.	31,015

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.10.2023
61	"polish*".ab,ti.	33,497
62	"slovakia*".ab,ti.	4,646
63	"slovenia*".ab,ti.	5,424
64	"croatia*".ab,ti.	9,865
65	Switzerland/	39,167
66	"swiss*".ab,ti.	40,217
67	switzerland.ab,ti.	29,705
68	exp United States/	1,467,863
69	"united states".ab,ti.	311,434
70	exp Canada/	183,301
71	(canada or canadian).ab,ti.	156,000
72	exp Australia/	171,969
73	australian.ab,ti.	87,180
74	exp New Zealand/	44,480
75	"new zealand".ab,ti.	63,467
76	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	4,013,946
77	13 and 76	90

Quelle: GÖG

Suchstrategie zu sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen

Datum der Suche: 31.10.2023

Datenbank: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 30, 2023>

Tabelle 6: Suchstrategie Sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.11.2023
1	exp Sexual Health/	2,537
2	exp Sexuality/	50,215
3	exp Sexual Behavior/	126,073
4	exp Sexual Development/	105,699
5	(sexual adj2 health).ab,kf,ti.	15,835
6	sexuality.ab,kf,ti.	19,216
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	245,792
8	exp Disabled Persons/	73,913
9	exp Intellectual Disability/	105,857
10	((people or person* or physical* or intellectual*) adj2 (disabilit* or disabled or handicapped or disorder*)).ab,kf,ti.	77,707
11	8 or 9 or 10	227,741
12	7 and 11	2,136
13	exp meta-analysis as topic/	28,479
14	exp meta-analysis/	188,426
15	"meta analy*".tw.	282,764
16	"metaanaly*".tw.	2,635
17	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	305,041
18	"Review Literature as Topic"/	9,602
19	13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	469,934
20	cochrane.ab.	139,750

#	Abfrage	Ergebnisse aus 31.11.2023
21	embase.ab.	160,883
22	(psychlit or psyclit).ab.	917
23	(psychinfo or psycinfo).ab.	60,944
24	(cinahl or cinhal).ab.	47,993
25	science citation index.ab.	3,849
26	reference list\$.ab.	22,584
27	bibliograph\$.ab.	23,024
28	hand-search\$.ab.	8,711
29	relevant journals.ab.	1,370
30	selection criteria.ab.	36,748
31	data extraction.ab.	33,817
32	30 or 31	67,834
33	"review"/	3,228,734
34	32 and 33	35,883
35	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29	280,857
36	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	2,200,481
37	19 or 34 or 35	560,069
38	37 not 36	541,085
39	12 and 38	64
40	limit 39 to yr="2018 -Current"	40

Quelle: GÖG

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at