

8.1 Sexualverhalten und Partnerschaft von Jugendlichen

Der Ablauf der ersten sexuellen Erfahrungen – „vom Kuss zum Koitus“ – ist in vielen Untersuchungen zum Verhalten von Jugendlichen ähnlich beschrieben worden, zumindest was die Reihenfolge der ersten sexuellen Erfahrungen betrifft: „Nach den ersten festen Verabredungen kommt es zum ersten Kuss. Auf die erste Verabredung folgt die erste „feste Freundschaft“. Da Buben in den ersten sexuellen Partnerschaftsbeziehungen nicht zuerst aktiv werden, folgt auf das erste Brustpetting das erste Genitalpetting. Erst dann kommt es zum ersten Geschlechtsverkehr. Oral-genitale Praktiken werden erst nach dem ersten Koitus ausgeübt“ (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Zusammenfassend lässt sich die heterosexuelle Entwicklung Jugendlicher folgendermaßen darstellen:

- Mit 13 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche sich schon einmal verabredet.
- Mit 14 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal einen Partner bzw. eine Partnerin geküsst.
- Mit 15 Jahren waren jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal fest befreundet, und haben Brustpetting gemacht.
- Mit 16 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal Genitalpetting gemacht.
- Mit 17 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon den ersten Koitus erlebt.

Das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen von etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr vorverlagert. Seither hat sich das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung stabilisiert und liegt noch immer bei etwa 17 Jahren (SCHMIDT, 1993).

Die Gefühlslage der Jugendlichen bei der Entscheidung zum ersten Geschlechtsverkehr sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich: Mädchen geben an, es an erster Stelle aus Liebe und an zweiter Stelle aus Neugier gemacht zu haben; Burschen geben es, es an erster Stelle aus sexuellem Verlangen und an zweiter Stelle aus Neugier gemacht zu haben.

Traditionelle Vorstellungen zu Partnerschaft und Familie sind bei Jugendlichen heute aber immer noch gültig. Der Wunsch zu heiraten und Kinder zu haben ist nach wie vor stark verbreitet. Treue ist den Jugendlichen ebenfalls wichtig. 40 Prozent der Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 17 Jahren hatten bereits eine feste Partnerschaft mit einem/diner festen Freund. Etwa ein Drittel von ihnen hatte mit dieser Partnerin/diesem Partner noch keinen Geschlechtsverkehr, die anderen hatten damit meist länger als drei Monate gewartet (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Das Ideal von Treue und Monogamie ist bei den Jugendlichen vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Dauer einer Partnerschaft zu sehen: Diese liegt nämlich nur zwischen sieben Monaten (DÜR, 1993) und elf Monaten (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994). Für dieses Beziehungsmuster der Jugendlichen wurde der Begriff „serielle Monogamie“ bzw. „Treue auf Zeit“ geprägt. Auch ist dem verbal beteuerten Ideal von Treue und Monogamie das tatsächliche Verhalten gegenüberzustellen, wobei sich nicht immer Übereinstimmungen finden. Sexuelle Beziehungen von Jugendlichen finden häufig auch in nicht festen Beziehungen statt (PELIKAN und WIMMER-PUCHINGER, 1990; DÜR et al., 1990).

8.2 Empfängnisverhütung und Schwangerschaft

8.2.1 Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher

Untersuchungen über das Kontrazeptionsverhalten von Jugendlichen haben erwiesen, dass für eine sichere Empfängnisverhütung vor allem das Vorhandensein einer vertrauensvollen Partnerschaft günstig ist, in der beide Partner Verantwortung für die Verhütung gemeinsam übernehmen und darüber sprechen. Das Sprechen über Verhütung wird umso schwieriger, je weniger die Partner einander kennen, was vor allem beim ersten Geschlechtsverkehr von Jugendlichen bedeutsam ist (NÖSTLINGER, 1988).

Eine Studie zu Jugendsexualität im internationalen Vergleich (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994) zeigt, dass statistischen Daten zur Empfängnisverhütung österreichischer Jugendlicher (1.108 Jugendliche wurden mit demselben Fragebogen befragt, 607 Mädchen und 501 Burschen) weist zwar für Wiener Jugendliche keine spezifischen Unterschiede aus, berücksichtigt aber Stadt-Land-Unterschiede.

Beim ersten Geschlechtsverkehr wenden insgesamt 70 Prozent der Mädchen und 78 Prozent der Burschen eine Methode der Empfängnisverhütung an; bei männlichen Lehrlingen aus dem großstädtischen Bereich gaben es nur 54 Prozent an, beim „ersten Mal“ Empfängnisverhütung angewandt zu haben.

Was die Wahl der Verhütungsmethode betrifft, entscheiden sich 65 Prozent aller insgesamt befragten Mädchen und Burschen zur Schwangerschaftsverhütung oder AIDS-Prävention beim „ersten Mal“ für das Kondom. Die niedrigste Rate fand sich auch hier bei den männlichen Lehrlingen aus der Großstadt (36 Prozent), die höchste Rate geben die Schülerinnen auf dem Land an (88 Prozent). 46 Prozent der Mädchen und 34 Prozent der Jugendlichen geben an, beim ersten Geschlechtsverkehr die Antibabypille verwendet zu haben, 36 Prozent der Mädchen und 21 Prozent der Jugendlichen haben „coitus interruptus“ praktiziert, zwei Prozent haben chemische Mittel und 16 Prozent der Mädchen und 10 Prozent der Jugendlichen natürliche Verhütungsmethoden angewandt. Das heißt auch, dass ein gewisser Teil der Jugendlichen mehrere Schutzmethoden gleichzeitig angewandt hat.

Bei weiteren sexuellen Erfahrungen nach dem „ersten Mal“ – konkret auf die Frage der Verhütungsmethoden beim zurückliegenden Geschlechtsverkehr – verwenden insgesamt nur mehr 34 Prozent der Befragten beim nächsten Mal bereits 67 Prozent die Antibabypille. Bei Jugendlichen auf dem Land allerdings wird das Kondom häufiger verwendet als bei städtischen Jugendlichen: Während Mädchen aus der Großstadt, die in der Vergangenheit heterosexuelle Partner haben, von denen nur 16 Prozent beim jüngst zurückliegenden Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet haben, gaben 89 Prozent der männlichen und 73 Prozent der weiblichen Jugendlichen auf dem Land an, Kondome verwendet zu haben.

Auf die Frage, welche Verhütungsmittel die Jugendlichen vom ersten Geschlechtsverkehr bis zum nächsten Mal (mindestens einmal) benützt haben, zeigt sich ebenfalls die Pille als das Verhütungsmittel mit dem größten Anteil der Jugendlichen, nämlich 71 Prozent, schon mindestens einmal verwendet hat, gefolgt von 67 Prozent der Jugendlichen – haben auch schon das Kondom probiert. Bedenklich ist, dass immerhin zwölf Prozent der Jugendlichen auf den Coitus interruptus, also das „Aufpassen“ als Methode zurückgreifen. Alle anderen Verhütungsmethoden kommen relativ selten zum Einsatz (Tabelle 1).

Tabelle 1: Erfahrung mit Verhütungsmitteln in % (gerundet), Mehrfachnennungen

	Mädchen n = 199	Burschen n = 145	gesamt n = 344
Antibabypille	68	75	71
Kondome	68	64	67
Coitus interruptus	12	11	12
chemische Mittel	7	6	6
natürliche Methoden	3	> 1	2
Spirale	2	-	1
Diaphragma	-	> 1	> 1
Schwamm, Scheidenspülung	> 1	-	> 1
Sonstige Methoden	1	-	1

Quelle: NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994

In der Studie von NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER (1994) wurde auch die Verwendung von Verhütungsmitteln durch die Jugendlichen erhoben (Tabelle 2).

60 Prozent der Jugendlichen geben an, bei jedem Geschlechtsverkehr zu verhüten – ein Prozentsatz, der im internationalen Vergleich sehr hoch liegt. Bei den männlichen Großstadtlehrlingen sind es aber nur 36 Prozent, bei den weiblichen Großstadtlehrlingen 46 Prozent. Bei den männlichen Schülern aus der Großstadt geben 76 Prozent an, bei jedem Geschlechtsverkehr zu verhüten. Bei den männlichen Schülern aus der Großstadt durchschnittlich viele an, jedes Mal zu verhüten, nämlich 76 Prozent.

Tabelle 2: Verwendungshäufigkeit von Verhütungsmitteln

es verhüten ...	Prozentanteil der Jugendlichen (gesamt n = 344)
jedes Mal	60
oft	21
bei der Hälfte aller Male	7
selten	6
nie	5

Quelle: NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994

8.1 Sexualverhalten und Partnerschaft von Jugendlichen

Der Ablauf der ersten sexuellen Erfahrungen – „vom Kuss zum Koitus“ – ist in vielen Untersuchungen zum Verhalten von Jugendlichen ähnlich beschrieben worden, zumindest was die Reihenfolge der ersten sexuellen Erfahrungen betrifft: „Nach den ersten festen Verabredungen kommt es zum ersten Kuss. Auf die erste Verabredung folgt die erste „feste Freundschaft“. Da Buben in den ersten sexuellen Partnerschaftsbeziehungen nicht zuerst aktiv werden, folgt auf das erste Brustpetting das erste Genitalpetting. Erst dann kommt es zum ersten Geschlechtsverkehr. Oral-genitale Praktiken werden erst nach dem ersten Koitus ausgeübt“ (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Zusammenfassend lässt sich die heterosexuelle Entwicklung Jugendlicher folgendermaßen darstellen:

- Mit 13 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche sich schon einmal verabredet.
- Mit 14 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal einen Partner bzw. Partnerin geküsst.
- Mit 15 Jahren waren jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal fest befreundet, und haben Brustpetting gemacht.
- Mit 16 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal Genitalpetting gemacht.
- Mit 17 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon den ersten Koitus erlebt.

Das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen von etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr vorverlagert. Seither hat sich das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung stabilisiert und liegt noch immer bei etwa 17 Jahren (SCHMIDT, 1993).

Die Gefühlslage der Jugendlichen bei der Entscheidung zum ersten Geschlechtsverkehr sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich: Mädchen geben an, es an erster Stelle aus Liebe und an zweiter Stelle aus Neugier gemacht zu haben; Burschen geben es, es an erster Stelle aus sexuellem Verlangen und an zweiter Stelle aus Neugier gemacht zu haben.

Traditionelle Vorstellungen zu Partnerschaft und Familie sind bei Jugendlichen heute aber immer noch gültig. Der Wunsch zu heiraten und Kinder zu haben ist nach wie vor stark verbreitet. Treue ist den Jugendlichen ebenfalls wichtig. 40 Prozent der Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 17 Jahren hatten bereits eine feste Partnerschaft mit einem/diner festen Freund. Etwa ein Drittel von ihnen hatte mit dieser Partnerin/diesem Partner noch keinen Geschlechtsverkehr, die anderen hatten damit meist länger als drei Monate gewartet (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Das Ideal von Treue und Monogamie ist bei den Jugendlichen vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Dauer einer Partnerschaft zu sehen: Diese liegt nämlich nur zwischen sieben Monaten (DÜR, 1993) und elf Monaten (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994). Für dieses Beziehungsmuster der Jugendlichen wurde der Begriff „serielle Monogamie“ bzw. „Treue auf Zeit“ geprägt. Auch ist dem verbal beteuerten Ideal von Treue und Monogamie das tatsächliche Verhalten gegenüberzustellen, wobei sich nicht immer Übereinstimmungen finden. Sexuelle Beziehungen von Jugendlichen finden häufig auch in nicht festen Beziehungen statt (PELIKAN und WIMMER-PUCHINGER, 1990; DÜR et al., 1990).

8.2 Empfängnisverhütung und Schwangerschaft

8.2.1 Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher

Untersuchungen über das Kontrazeptionsverhalten von Jugendlichen haben erwiesen, dass für eine sichere Empfängnisverhütung vor allem das Vorhandensein einer vertrauensvollen Partnerschaft günstig ist, in der beide Partner Verantwortung für die Verhütung gemeinsam übernehmen und darüber sprechen. Das Sprechen über Verhütung wird umso schwieriger, je weniger die Partner einander kennen, was vor allem beim ersten Geschlechtsverkehr von Jugendlichen bedeutsam ist (NÖSTLINGER, 1988).

Eine Studie zu Jugendsexualität im internationalen Vergleich (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994) zeigt, dass statistischen Daten zur Empfängnisverhütung österreichischer Jugendlicher (1.108 Jugendliche wurden mit demselben Fragebogen befragt, 607 Mädchen und 501 Burschen) weist zwar für Wiener Jugendliche keine spezifischen Unterschiede aus, berücksichtigt aber Stadt-Land-Unterschiede.

Beim ersten Geschlechtsverkehr wenden insgesamt 70 Prozent der Mädchen und 78 Prozent der Burschen eine Methode der Empfängnisverhütung an; bei männlichen Lehrlingen aus dem großstädtischen Bereich gaben es nur 54 Prozent an, beim „ersten Mal“ Empfängnisverhütung angewandt zu haben.

Von jenen Jugendlichen, die jemals Geschlechtsverkehr ohne Verhütung praktiziert haben, also etwa ein Drittel der befragten Jugendlichen (Tabelle 2), gaben 29 Prozent an, gar nicht an Verhütung gedacht zu haben, 28 Prozent hatten keine Verhütungsmittel dabei und 26 Prozent hofften, dass sowieso nichts passiert. Hierbei ist zu beachten, dass sich nicht nur Jugendliche in sexuellen Situationen mitunter irrational oder fatalistisch verhalten, sondern auch die Problematik auch bei Erwachsenen ähnlich gelagert ist.

8.2.2 Schwangerschaft und Adoleszenz

Schwangerschaften von jungen Mädchen, sogenannte „Teenagerschwangerschaften“, sind zumeist ungewollte Schwangerschaften (siehe Kap. 4.2.1.6), unabhängig davon, ob sich das Mädchen für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft entscheidet.

Der Anteil der „Teenagermütter“ im Alter von unter 15 Jahren an allen Lebendgeburten beträgt im Jahr 1997 in ganz Österreich 0,017 Prozent, für Wien 0,052 Prozent; für die Altersgruppe von 15 bis unter 20-jährigen Mädchen ist der Anteil an allen Lebendgeburten 1997 in Österreich vier Prozent, in Wien 4,8 Prozent (siehe Kap. 4.2.1.6). Sowohl in Österreich insgesamt als auch in Wien kann ein leichter Rückgang von Lebendgeburten (siehe Kap. 4.2.1.6) durch Mütter unter 15 bzw. unter 20 Jahren zwischen den Jahren 1991 und 1997 verzeichnet werden.

Tabelle 3: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter, Österreich und Wien, 1991–1997

Jahr	Österreich					Wien				
	gesamt	unter 15 Jahre		15 bis unter 20 Jahre		gesamt	unter 15 Jahre		15 bis unter 20 Jahre	
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%
1991	94.629	23	0,024	5.573	5,9	17.216	9	0,052	1.218	1,01
1992	95.302	20	0,021	5.468	5,8	17.427	17	0,098	1.187	0,68
1993	95.227	17	0,018	5.174	5,4	17.339	8	0,046	1.165	0,61
1994	92.415	21	0,022	4.271	4,6	17.064	9	0,052	887	0,52
1995	88.669	18	0,020	3.876	4,4	16.261	13	0,080	853	0,52
1996	88.809	11	0,012	3.496	3,9	16.242	7	0,043	782	0,48
1997	84.045	14	0,017	3.353	4,0	15.505	6	0,039	737	0,48

Quelle: Statistik Österreich – Abteilung 1 (Bevölkerung)

Da der Schwangerschaftsabbruch (siehe Kap. 4.2.1.6) in Österreich nicht registrierungspflichtig ist, existieren keine zuverlässigen epidemiologischen Daten, auch nicht bei jungen Mädchen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist sicherlich für jede Frau eine massive psychosoziale Belastung, junge Mädchen und Frauen sind aber vor allem durch die Belastungen besonders betroffen, da sie in ihrer weiblichen und psychosexuellen Identität noch nicht gefestigt sind.

Die häufigsten Motive für einen Schwangerschaftsabbruch (siehe Kap. 4.2.1.6) bei jungen Mädchen bestehen in dem Wunsch, die aktuelle Ausbildung nicht vorzeitig abbrechen zu müssen und weiters in der Befürchtung, die Verantwortung für ein Kind noch nicht übernehmen zu können (WIMMER-PUCHINGER, 1982). Es zeigte sich, dass junge Mädchen – genauso wenig wie erwachsene Frauen – sich nicht leichtfertig zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sondern dass ihrer Entscheidung ein bewusster Entscheidungsprozess vorangeht – im Gegensatz zu vielen Jugendlichen, die sich für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden, die unrealistischer Weise durch die Geburt eines Kindes eine Verbesserung ihrer Situation, etwa das Erlangen von mehr Autonomie und emotionaler Geborgenheit, erwarten.

Bezeichnend für die psychosozialen Bedingungen adoleszenter Schwangerschaften ist weiters, dass die Realität der Schwangerschaft zunächst verdrängt wird, womit die Entscheidung zum Austragen praktisch erzwungen wird (NÖSTLINGER, 1988).

Die spezielle Betreuung junger Mütter muss schon während der Schwangerschaft einsetzen, wobei nicht nur die psychosoziale Betreuung berücksichtigt werden sollte. Eine Untersuchung zur Inanspruchnahme der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen hat ergeben, dass jene Frauen, die Untersuchungen in der Schwangerschaft nicht wahrnehmen, durchschnittlich oft vornehmen lassen, d. h. die nie oder maximal bis zu drei Mal vor der Geburt einen Frauenarzt oder eine Fachärztin aufsuchen (siehe Kap.10.4) häufig unter 20 Jahre alt sind (WIENER FRAUENGESUNDHEITSDIENST, 1996).

8.3 Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche erhalten Informationen über Sexualität in unterschiedlichen Settings: FreundInnen und Medien.

In österreichischen Schulen war Sexualerziehung vor 1970 nicht legislativ-administrativ geregelt. Erst 1970 wurde ein ministerieller Grundsatzterlass herausgegeben, durch den Sexualerziehung als „Unterrichtsgegenstand“ geführt wurde. Damit ist gemeint, dass Fragen der Sexualität und Partnerschaft nicht einem oder mehreren Unterrichtsgegenständen zugeordnet werden können, sondern als fächerübergreifende Lernbereiche im Unterricht wirksam werden. Da es sich hierbei primär um den Aufbau bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen handelt, die durch Wissensvermittlung allein nicht erreicht werden können, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, die als eine Kombination stofflicher, methodischer und erzieherischer Ansätze gesehen werden kann. Das Zusammenwirken vieler oder aller Unterrichtsgegenstände erfolgt.

Die Sexualerziehung als durchlaufendes Unterrichtsprinzip von der 1. Schulstufe bis zum Schulabschluss ist in den folgenden Lernzielen in den Lehrplan eingebaut (zitiert nach WIMMER-PUCHINGER und SCHMITZ):

1. **Grundschule:** Ab der ersten Schulstufe sollen alle Kinder den spezifischen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Geschlechtern (korrekte Bezeichnung der Geschlechtsorgane) kennen und über die Tatsachen der Zeugung, der Schwangerschaft, der Geburt und der Entwicklung des Säuglings Bescheid wissen. Bis zum Ende der 4. Schulstufe sollen Zeugung, Mutterschaft, Entwicklung der Schwangerschaft, Geburt sowie die Geburt und die Entwicklung des Säuglings besprochen werden. Dabei sollte die Bedeutung der Familie für das Kind und die Geschwisterproblematik eingegangen werden. Darüber hinaus soll über die Menstruation aufgeklärt werden.
2. **5. bis 8. Schulstufe:** Bei der Besprechung der Aufgaben einiger wichtiger Organe des menschlichen Körpers im Biologieunterricht soll auf den Bau und die Funktion der Geschlechtsorgane unter besonderer Berücksichtigung der biologischen Grundlagen der Fortpflanzung der Menschen eingegangen werden. In diesem Zusammenhang sind Menstruation, Pollution und Masturbation eigens zu besprechen. Hierbei sind auch die körperlichen und seelischen Veränderungen in der Pubertät und deren Sinn zu behandeln. In der 8. Schulstufe sollen die Themen des Lehrplanes zu behandeln: Partnerwahl, Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaft, Entwicklung des Embryos, Entbindung, Wochenbett und Neugeborenenbetreuung, Fehlgeburt und Abtreibung, ererbte und erworbene Infektionskrankheiten, ererbte und erworbene Geschlechtskrankheiten, Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem Partner (Sexualerziehung). Dabei nehmen neben einer vertiefenden Vermittlung von Sachkenntnissen auch ethische, psychologische und soziale Aspekte des Sexuallebens einen besonderen Stellenwert ein. Es sollen auch Diskussionen zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und VertreterInnen anderer Fachbereiche im Unterricht als Unterrichtsform ihre Anwendung finden.
3. **Mittlere und höhere Schulen 9.–12./13. Schulstufe und Berufsschulen:** In den Allgemeinen Mittelschulen und in den Berufsschulen sind in Biologie folgende Themenbereiche zu behandeln: Zeugung, Embryonalentwicklung, Schwangerschaft, Geburt, erbhygienische Fragen, Verantwortlichkeit für den Partner und ein mögliches Kind, Kontrazeption, Geschlechtsverkehr, Geschlechtskrankheiten.

Im Philosophischen Einführungsunterricht: Themen über Kennenlernen und Zusammenpassen (Einführung in die Philosophie), Eltern-Kind-Beziehung, Grundzüge der körperlichen und seelischen Entwicklung (Entwicklungspsychologie). Auch im Rahmen der Ethik wird auf Fragen der Sexualerziehung einzugehen sein (Themen: Kontrazeption, Fehlgeburt und Abtreibung, abweichende Formen des Sexuallebens). Außerdem: die damit zusammenhängenden Gesetze, uneheliche Kinder, Gleichberechtigung der Geschlechter, Erarbeitung echter werterfüllter Leitbilder (Fächer Sozialkunde, Deutsch).

In den Berufsschulen soll die Sexualerziehung insbesondere in den Fächern Staatskunde, Arbeitskunde, technischen und gewerblichen Schulen in den Unterrichtsgegenständen Geschichte und Staatsbürgerkunde, Rechtskunde und Arbeitshygiene, an den frauenberuflichen Schulen in den Unterrichtsgegenständen Gesundheitslehre, Lebenskunde, Biologie, Psychologie und Erziehungslehre und an den Fremdsprachenunterricht und Leibesübungen besprochen werden.

Auf der Grundlage des Grundsatzterlasses „Sexualerziehung in den Schulen“ wurde 1984 von einer Expertenkommission des Ministeriums für Familie, Jugend und Konsumentenschutz eingerichteten „Interdisziplinären Arbeitskreises Familienplanung, Sexualerziehung und Schwangerenbetreuung“ die Ausarbeitung und Bereitstellung von Unterrichtsunterlagen für LehrerInnen, JugendbetreuerInnen und ErwachsenenbildnerInnen in der Form eines „Sextoffers zur Sexualerziehung“ beschlossen. Vom Beschluss bis zur Realisierung des „Sextoffers“ verstrichen fünf Jahre, bis dieser 1989 den Schulen auf Anfrage zur Verfügung gestellt wurde. In dieser Zeit fanden dem kritische Themenbereiche wie Schwangerschaft, Homosexualität, Masturbation usw. gestrichen.

Eine Studie zur Effizienz und Effektivität der Sexualerziehung (WIMMER-PUCHINGER und SCHMITZ) auf Grundlage einer Befragung von LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern stellte fest, dass im Gegensatz zu

Reaktionen auf den Medienkoffer und die Sexualerziehung in den 80er Jahren eine übereinstimmende Bewertung schulischer Sexualerziehung von Seiten der Eltern und auch der LehrerInnen vorhanden ist, wobei Sexualerziehung von allen Befragten als Angelegenheiten sowohl des Elternhauses als auch der Schule angesehen

Zugleich wurde in dieser Studie aber auch festgestellt, dass trotz der legislativen administrativen Regelungen schulischen Sexualerziehung durch das Unterrichtsministerium und trotz der Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien die Umsetzung des Unterrichtsprinzips Sexualerziehung Defizite aufweist: Die Materialien zur Sexualerziehung werden eher selten eingesetzt, es wird auch kaum fächerübergreifend gearbeitet – Sexualerziehung bleibt allem auf den Biologieunterricht beschränkt, die Materialien selbst werden überwiegend als „eher informativ“ eingeschätzt. Insgesamt wurde in dieser Studie deutlich, dass Sexualerziehung von den LehrerInnen als schwierige Aufgabe eingeschätzt wird, die mehr Unterstützung durch Fortbildung erfordert.

Die Jugendlichen selbst sehen zwar auch die Schule als wichtige Instanz der Sexualaufklärung, sind aber damit zufrieden: Sexualerziehung in der Schule „kommt zu spät, wird zu wenig gemacht, behandelt vor allem die biologische Seite der Sexualität, geht zu wenig auf persönliche Probleme der SchülerInnen ein, vermittelt ein negatives Bild der Sexualität“ (DÜR, 1993).

In einer Langzeitstudie zu Jugendsexualität und AIDS (siehe Kap. 4.2.3.7.5) mittels einer Wiederholungsstudie von 14–17-Jährigen und ihren Eltern“ in Köln, BRD, wurden in den Jahren 1980, 1994, 1996 und 1998 insgesamt 2.500 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren und deren Eltern, also insgesamt 5.000 Personen, (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1998).

Ein wesentliches Ergebnis hinsichtlich der Rolle, die einzelne Settings in der Sexualerziehung spielen, war, dass die wichtigste Bezugsperson bei der Aufklärung über Sexualität die Mutter ist: 69 Prozent der Mädchen und 69 Prozent der Burschen wurden durch die Mutter aufgeklärt, aber nur 33 Prozent durch den Vater; dieses Verhältnis ist seit 1980 konstant.

Burschen haben in sexuellen Fragen weniger AnsprechpartnerInnen als Mädchen. Elf Prozent der Mädchen und 21 Prozent der Burschen haben niemanden, mit dem sie über sexuelle Dinge sprechen.

72 Prozent der Eltern übernehmen die Sexualaufklärung ihrer Töchter selbst, aber nur 55 Prozent der Eltern tun dies bei den Söhnen (siehe Kap. 7 ff).

Die Verhütungsberatung der Burschen durch die Eltern ist vom Bildungsstand der Eltern abhängig: 64 Prozent der Mütter mit höherer Bildung, aber nur 24 Prozent der Mütter mit Volks- oder Hauptschulbildung sprechen mit ihren Söhnen über das Thema Verhütung.

8.4 Sexualaufklärung und HIV/AIDS-Prävention von Jugendlichen in Österreich

8.4.1 Studienergebnisse zur Jugendsexualität und HIV/AIDS-Prävention

Bereits Anfang der 90er Jahre hat das Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung in der „nationalen Studie Jugendsexualität und AIDS“ grundlegende Daten zu Wissen, Einstellungen, Emotionen und Verhaltensweisen von österreichischen Jugendlichen im Bereich HIV/AIDS und Sexualität erhoben (WIMMER-PUCHINGER und NÖSTLINGER, 1991; NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Im Anschluss daran wurden zwei Evaluationsstudien zu den AIDS-Medienkampagnen 1994 und 1995 des Gesundheitsministeriums (WIMMER-PUCHINGER et al., 1995; WIMMER-PUCHINGER et al., 1996) durchgeführt. Das Ergebnis dieser Evaluationsstudien zu langfristigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch die Medienkampagnen ist, dass die Kampagnen wichtige Impulse gesetzt und das Thema HIV/AIDS durch hohe Zielgruppenerreichung aktuell und präsent erhalten haben, dass aber eine dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderung – wesentliches Ziel effektiver Primärprävention – durch solche Maßnahmen allein nicht gewährleistet werden können.

An der HIV/AIDS-Jugendstudie 1997 (WIMMER-PUCHINGER und FINK, 1998) nahmen 1.375 Jugendliche aus den Bundesländern Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Steiermark und Wien teil. Mittels Fragebogen wurden 660 Mädchen und 710 Burschen mit einem Durchschnittsalter von 16,6 Jahren befragt; 50 Prozent dieser Jugendlichen hatten bereits sexuelle Erfahrungen. Die Jugendlichen besuchten entweder eine AHS, eine BHS oder die Berufsschule.

Ein Vergleich der HIV/AIDS-Jugendstudie 1997 mit Resultaten aus vorangegangenen Untersuchungen der Frauengesundheitsforschung zu Jugendsexualität und HIV/AIDS 1991, 1994 und 1995 zeigt folgendes Bild:

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angestiegen und seither auf diesem insgesamt als hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Die Wissensmär-

Jugendlichen bestehen weiterhin unverändert in folgenden Bereichen: Nach wie vor werden „falsche“ Informationsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt von den Jugendlichen genannt; ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie von HIV/AIDS weiterhin lückenhaft.

Auch auf dem Gebiet der Einschätzung des eigenen HIV-Infektionsrisikos sind nur geringe Veränderungen zu beobachten: Nach wie vor steht einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS eine Unterschätzung des eigenen HIV-Infektionsrisikos gegenüber. Eine der schwierigsten Aufgaben der HIV/AIDS-Präventionsarbeit bleibt weiterhin: nämlich das persönliche HIV-Ansteckungsrisiko für Jugendliche transparent und realistisch darzustellen, denn die hartnäckige Barriere in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit – die Devise „Mir kann das nicht passieren“ – ist bei Jugendlichen nach wie vor aufrecht.

Erfreulich ist ein Trend zur Entdiskriminierung der Thematik HIV/AIDS bei den befragten Jugendlichen. So erweist sich die Zustimmung zu HIV-Zwangstests und zum Verbot von Homosexualität und Prostitution als deutlich.

Ein über alle Erhebungen von 1991–1997 konsistentes Ergebnis ist der signifikante Unterschied zwischen Jungen und Mädchen in vielen Dimensionen der HIV/AIDS-Thematik: Mädchen erweisen sich durchwegs als interessierter, problembewusster, offener und kommunikationsfreudiger als Burschen.

Im Bereich des konkreten Sexualverhaltens und der Schutzmaßnahmen vor HIV/AIDS, d. h. der Verwendung von Kondomen, entsteht der Eindruck, dass Safer-Sex-Botschaften noch immer nicht genügend Einzug in die Jugendlichen Lebenswelten gehalten haben. Es bleibt vielfach bei Absichtserklärungen, die aber nicht umgesetzt werden.

Die Häufigkeit sexueller Erfahrung bei etwa der Hälfte der befragten Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren über die Jahre von 1991–1997 konstant, aber auch der Umstand, dass nach wie vor die Häufigkeit der Verwendung eines Kondoms mit zunehmendem Alter zurückgeht. Als Gründe dafür werden von Jugendlichen die wachsende gegenseitige Vertrauen in der Partnerschaft genannt, weiters die Einnahme von Kondomen von 1991–1997 konstant von etwa 40 Prozent der Jugendlichen geäußerte – Meinung: „Sex ist doch schöner!“

8.4.2 Empfehlungen für HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen

- Massenmediale Aufklärungskampagnen in Form von TV-, Radio- und Kinospots wie die des GUT-Konzepts haben sich als erfolgreich erwiesen; speziell bei den männlichen Jugendlichen bleibt die Kinospotsform nachhaltig in Erinnerung. Darüber hinaus müssen zielgruppenorientierte Methoden entwickelt werden – etwa Gespräche und Diskussionen in Kleingruppen –, in denen auf die individuellen Lebenswelten der Jugendlichen eingegangen werden kann. Bisherige Forschungsergebnisse legen jedoch nahe, dass ein schlechtsspezifischer Zugang nahe. Mädchen haben andere Kommunikationsmechanismen und einen Wunsch nach persönlichen Gesprächen, tradierte Rollenbilder und der Gruppendruck spielen eine wichtige Rolle.
- Besonders deutlich wurde der Wunsch nach Information aus „erster Hand“ von den Jugendlichen, d. h. der Wunsch nach stärkerer Miteinbeziehung von Betroffenen in Form von persönlichen Gesprächen mit Infizierten und an AIDS erkrankten Personen; dieser Wunsch wird von Mädchen häufiger geäußert als von Jungen.
- Ein ebenso starker Wunsch der Jugendlichen besteht in der Forcierung der Peer-Group-Education, d. h. der Informationsvermittlung durch Angehörige der gleichen Alters- und Bezugsgruppe, die nach einer fachlichen Ausbildung in kleinen Gruppen Aufklärungs-Workshops abhalten. Die entspannte Atmosphäre und die erwachsene und damit ohne die üblichen Hierarchien lässt die Jugendlichen untereinander in Kontakt kommen und sprechen.
- Zielvorstellung für eine effektive HIV/AIDS-Prävention ist ein integrativer Ansatz: Kinokampagnen, Kinospots, Informationsvermittlung durch Betroffene und durch ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich können nur durch ein Miteinander der Ansätze erfolgreich sein, wie positive Beispiele aus dem Ausland zeigen.
- Zur Frage des Settings, in dem die Aufklärungsarbeit stattfinden soll, ist ebenfalls ein vielschichtiger Ansatz anzustreben. Die Schule ist zweifellos die erste Adresse, sie ist allerdings auch durch ihre zahlreichen Aufgaben eingeschränkt. In der offenen Jugendarbeit und in Jugendzentren kann freizeitorientierte Aufklärung betrieben werden, und man befindet sich in einem gelösteren und weiteren Kontext als das ein Schulcurriculum.

- Neben dem geschlechtsspezifischen Herangehen an Burschen und Mädchen, den regionalen Differenzen und Altersunterschieden hat die Schulbildung der Jugendlichen deutlichen Einfluss auf die persönliche Einstellung zur HIV/AIDS-Thematik: BerufsschülerInnen und Lehrlinge weisen einerseits deutliche Wissensmängel auf, neigen zur Unterschätzung des eigenen HIV-Ansteckungsrisikos, andererseits zeigen sie bei vergleichbar hoher sexueller Aktivität die stärkste Ablehnung gegenüber den empfohlenen Schutzmaßnahmen, nämlich dem Kondom. Diese Ergebnisse zusammengefasst lassen den Schluss zu, dass die Gruppe der BerufsschülerInnen und Lehrlinge das höchste HIV-Infektionsrisiko aufweisen.
- Was den zeitlichen Aspekt von HIV/AIDS-Aufklärungskampagnen betrifft, so weisen die Ergebnisse auf die Wichtigkeit von kontinuierlicher Arbeit hin: Punktuelle Veranstaltungen, die vielfach erst spät und anlassbezogen inszeniert werden, hinterlassen vielfach nur einen kurzfristigen Eindruck bei den Jugendlichen. Wenn doch um eine längerfristige Absicherung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen gehen soll, sind kontinuierliche und serielle Maßnahmen wünschenswert und angebracht.
- Für die HIV/AIDS-Aufklärung von Jugendlichen sind Konzepte wünschenswert, die sich nicht nur mit der Verbesserung des Wissensstandes zufrieden geben, sondern die imstande sind, die individuellen Einstellungen und konkreten Verhaltensweisen nachhaltig zu beeinflussen. Die Umsetzung derartiger Konzepte ist aber entsprechend aufwendiger – sowohl was die zeitlichen als auch die personellen und letzten Endes die finanziellen Ressourcen betrifft.

Resümee

Jugendsexualität in den 90er Jahren und im Jahr 2000 ist durch folgende Charakteristika geprägt (SC 1993): Der Beginn und das Ausmaß heterosexueller Erfahrungen Jugendlicher hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten nur geringfügig verändert; stark zugenommen hat das Ausmaß, in dem Eltern die Sexualität ihrer Töchter und Söhne akzeptieren: z. B. wissen 1990 viel mehr Mütter und Väter als 1970, ob ihre Tochter oder Sohn Geschlechtsverkehr hatte. Die liberale Haltung der Erwachsenen und der Gesellschaft zur Jugendsexualität hat dazu geführt, dass Burschen und Mädchen mehr Verantwortung für ihre Sexualität übernehmen.

Burschen binden Sexualität heute viel stärker als vor 20 Jahren an Liebe, Beziehung und Treue. Romantische Vorstellungen sind auch heute noch bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Burschen, aber die Geschlechter haben sich in dieser Hinsicht angenähert.

Mädchen übernehmen häufiger die Initiative und Kontrolle in heterosexuellen Situationen und fordern mehr Verantwortung in Beziehungen.

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angestiegen und seither auf diesem insgesamt als sehr hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Nach wie vor zeigen sich die Wissensmängel der Jugendlichen vor allem darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung durch Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Ebenfalls mangelhaft ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektionen weiterhin lückenhaft. Einer unzureichenden hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber.

Ansätze zur Prävention der HIV-Infektion, aber auch von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen und unerwünschten Schwangerschaften müssen in erster Linie geschlechtsspezifisch und zielgruppenorientiert sein. Ein integrativer Ansatz von Präventionsmethoden – von Medienkampagnen, Informationsvermittlung durch Gesundheitsfachpersonen, aber auch durch gleichaltrige Peers – hat sich bislang als am wirksamsten erwiesen und ist anzustreben. Was den zeitlichen Aspekt betrifft, ist eine kontinuierliche Präventionsarbeit punktueller Kampagnen vorzuziehen.

IX.
GESUNDHEIT
VORSORGE U
PRÄVENTION

*HEALTH CAR
AND PREVEN*

9 GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION

9.1 MUTTER-KIND-PASS

9.1.1 Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

9.2 GESUNDHEITSVORSORGE DURCH IMPFUNGEN

9.2.1 Impfwesen

9.2.1.1 Das neue Impfkonzep

9.2.1.2 Durchimpfungsraten

9.2.1.3 Ergebnisse aus der „Sermo-Studie“ zur Befragung über Impfungen

9.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN WIEN

9.3.1 Kariesprohylaxe in Kindergärten und Schulen

9.3.2 Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung

9.3.3 Gesundheitsförderung durch Bewegung

9.3.4 Maßnahmen zur Unfallverhütung

9.3.5 Suchtprävention und Aufklärung

9.3.6 Fonds Gesundes Österreich

9.3.6.1 Projektdokumentation 1997 (ausgewählte Wiener Projekte)

9.3.6.2 Projektdokumentation 1998 (ausgewählte Wiener Projekte)

9.3.6.3 Projektdokumentation 1999 (ausgewählte Wiener Projekte)

9.3.7 Gesundheitspreis der Stadt Wien

9.3.7.1 Ausgewählte Preisträger 1997

9.3.7.2 Ausgewählte Preisträger 1998

9.3.7.3 Ausgewählte Preisträger 1999

9.3.8 Staatspreis Wirtschaftsfilm 1999: Kinder-Unfallverhütungs-Video der Sozialversicherung

8 JUGENDSEXUALITÄT

Zusammenfassung

Sexualität ist einer jener Bereiche, in dem sich der Übergang von der Kindheit zum Jugendlichen und Erwachsenen am intensivsten äußert. Umfassende körperliche und psychosoziale Entwicklungsschritte müssen mit dem Ziel einer reifen und erwachsenen Geschlechtsidentität bewältigt werden.

Als gesamtgesellschaftlicher Trend ist eine Vorverlegung der ersten sexuellen Erfahrungen zu beobachten: Das durchschnittliche Alter der ersten sexuellen Erfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen um etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr verschoben. Seither liegt das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr konstant bei etwa 17 Jahren.

Als typisches heterosexuelles Beziehungsmuster hat sich bei den Jugendlichen der 90er Jahre und des beginnenden neuen Jahrtausends die „serielle Monogamie“ bzw. die „Treue auf Zeit“ erwiesen. Treue und Monogamie ist für Jugendliche zwar wichtig, aber die durchschnittliche Dauer der monogamen Beziehung liegt üblicherweise zwischen sieben und neun Monaten.

Das Verhütungsverhalten österreichischer Jugendlicher ist im internationalen Vergleich zwar als gut zu bezeichnen, dennoch erweist es sich als abhängig von Schul- und Berufsbildung und zeigt deutliche Stadt-Land-Unterschiede: So weisen in der Großstadt lebende Lehrlinge und BerufsschülerInnen ein signifikant unzuverlässigeres Verhütungsverhalten auf als Jugendliche anderer Schultypen bzw. Jugendliche, die auf dem Land leben.

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angewachsen und seither auf diesem insgesamt als sehr hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Nach wie vor zeigen sich die Wissensmängel der Jugendlichen vor allem darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektionen weiterhin lückenhaft. Einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber.

Summary

Sexuality is where the transition from childhood and adolescence, and finally adulthood, becomes most apparent. Comprehensive physical and psychosocial developments must be achieved to attain mature and adult sexual identity.

Considering society as a whole, a noticeable trend towards earlier sexual experiences: the average age for first sexual experiences has dropped from age 21 in the period between 1963 and 1973, then the average age for first sexual experiences has remained stable at approximately 17 years.

“Serial monogamy” or “temporal monogamy” have proved typical heterosexual relationship patterns for young people of the new century. While faithful monogamy are important to young people, monogamous relationships last for an average of 9 months only.

Adolescents in Austria compare their knowledge internationally concerning their sexual health towards contraception. Differences exist, however, between different types of schools and training as well as between rural areas. Apprentices and students attending vocational schools in big cities are typically more lax in their contraceptive behavior than students attending other types of schools and adolescents living in the countryside.

Awareness of and information concerning HIV/AIDS amongst Austrian youth has increased between 1991 and 1995 and has reached a level what is considered a fairly high one. Lack of knowledge is particularly evident where HIV infection risks are concerned: as insect bites, living under one roof, contact, kissing, etc., are frequently mentioned to be the cause of infection. Knowledge of the clinical course of and possible prevention for HIV infections continues to be inadequate too. While fear of the disease is unreasonably high amongst young people, they tend to underestimate their own risk of contracting HIV/AIDS.