

Journal of Health Monitoring · 2022 7(2)
DOI 10.25646/9872
Robert Koch-Institut, Berlin

Birte Hintzpeter, Laura Krause,
Felicitas Vogelgesang, Franziska Prütz

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 26.01.2022
Akzeptiert: 24.03.2022
Veröffentlicht: 29.06.2022

Sexual- und Verhütungsverhalten von jungen Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2

Abstract

Das Sexualverhalten ist ein wichtiger Aspekt der sexuellen Gesundheit. Fragen zum Sexual- und Verhütungsverhalten wurden den 18-jährigen und älteren Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2 gestellt. In die Auswertung, die mittels Gewichtung an die Alters- und Geschlechtsverteilung der deutschen Bevölkerung angepasst wurde, gingen Daten von 2.966 Frauen und 2.206 Männern ein. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt den ersten Geschlechtsverkehr vor Erreichen der Volljährigkeit an (Frauen: 61 %, Männer: 53 %). Frauen berichten ein niedrigeres Alter als Männer. Im Hinblick auf die Anzahl an gegengeschlechtlichen Sexualpartnern beziehungsweise -partnerinnen in den letzten zwölf Monaten geben knapp 69 % der Frauen und 58 % der Männer an, einen Kontakt gehabt zu haben. Drei oder mehr Sexualpartnerinnen beziehungsweise -partner berichten 11 % der Frauen und 20 % der Männer. 7,4 % der Frauen haben gleichgeschlechtliche und 1,4 % sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche Sexualkontakte, bei den Männern sind es 2,8 % und 0,4 %. Gefragt nach der Art der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr geben etwa zwei Drittel der Frauen und mehr als die Hälfte der Männer die Pille an; ein Kondom verwenden etwa 44 % der Frauen und rund zwei Drittel der Männer. Knapp ein Drittel der befragten Frauen hat bereits die „Pille danach“ eingenommen. Insgesamt können die Ergebnisse dazu beitragen, Präventions- und Aufklärungskampagnen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu unterstützen.

SEXUALVERHALTEN · ERSTER GESCHLECHTSVERKEHR · VERHÜTUNG · PILLE DANACH · KIGGS WELLE 2

1. Einleitung

Sexuelle Gesundheit wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in engem Zusammenhang und in Anlehnung an den allgemeinen Gesundheitsbegriff [1] definiert: „Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität

und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen [2]“. Zu den verschiedenen Aspekten von sexueller Gesundheit zählen das Sexualverhalten, die sexuelle Orientierung und die Geschlechtsidentität sowie weitere Aspekte wie sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI) [3].

Voraussetzungen für sexuelle Gesundheit sind eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere

Infobox Sexuelle Orientierung

Die sexuelle Orientierung einer Person beschreibt, ob sie sich von dem eigenen Geschlecht (Homosexualität), dem jeweils anderen Geschlecht (Heterosexualität), beiden Geschlechtern (Bisexualität) oder keinem Geschlecht (Asexualität) romantisch und sexuell angezogen fühlt [15].

Zu den drei Dimensionen der sexuellen Orientierung gehören die sexuelle Attraktion oder Anziehung (zu welchem Geschlecht sich eine Person hingezogen fühlt), das sexuelle Verhalten (mit welchem Geschlecht sie sexuelle Kontakte hat) und die sexuelle Identität [15]. Die sexuelle Identität ist das grundlegende Selbstverständnis der Menschen davon, wer sie als geschlechtliche Wesen sind, wie sie sich selbst wahrnehmen und wie sie von anderen wahrgenommen werden wollen [18]. Die drei Dimensionen müssen nicht übereinstimmen, zudem können sie sich über die Lebenszeit verändern [17].

Unter der Abkürzung LSBTIQ werden unterschiedliche sexuelle Orientierungen und Lebensweisen sowie geschlechtliche Identitäten zusammengefasst: lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen. Queer ist ein Sammelbegriff, der geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen umfasst, die sich nicht an einer heterosexuellen Zweigeschlechtlichkeit orientieren. Gerade jüngere LSBTI-Personen bezeichnen sich eher als queer [17].

sexuelle Erfahrungen zu machen, einschließlich Gewalt- und Diskriminierungsfreiheit [2]. Neben sexueller Selbstbestimmung, sexueller Bildung, sexueller Zufriedenheit und Wohlbefinden umfasst sexuelle Gesundheit auch die Möglichkeit, eine sexuelle Identität zu entwickeln und zu leben [4].

Sexualität wird in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich gelebt [5]. In der Pubertät zählen Sexualität und sexuelle Erfahrungen neben der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, der Abgrenzung von den Eltern und der Gestaltung sozialer Beziehungen zu den Entwicklungsaufgaben [6]. Die Pubertät geht mit körperlichen, psychologischen und emotionalen Veränderungen einher. Dabei wirken sich die biologischen Prozesse in Wechselwirkung mit dem sozialen Kontext auf die emotionale und soziale Entwicklung der beziehungsweise des Einzelnen aus [7]. In der Pubertät müssen sich Mädchen und Jungen mit alterstypischen Verhaltenserwartungen auseinandersetzen und entsprechende Strategien des Umgangs mit diesen finden, dies gilt auch für die Sexualität [8].

Sexualaufklärung, Sexualerziehung und sexuelle Bildung werden zunehmend als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe verstanden. Neben Schule und Familie sind unter anderem die Gesundheits- und Sozialdienste, die Medien und die Erwachsenenbildung daran beteiligt [9]. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat den gesetzlichen Auftrag, Konzepte und Medien für Sexualaufklärung zu entwickeln und Informationen zur Verhütung bereitzustellen. Dies geschieht unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger [10]. Der Beitrag [Sexualaufklärung junger Menschen in Deutschland](#) in dieser

Ausgabe des Journal of Health Monitoring zeigt anhand der Daten der Jugendsexualitätsstudie der BZgA aus dem Jahr 2019, dass junge Menschen eine Vielzahl an unterschiedlichen Quellen und Instanzen zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen in diesem Bereich nutzen. Dazu zählen die Wissens- und Handlungsvermittlung in der Schule, persönliche Gespräche, das Internet oder die professionelle Beratung in gynäkologischen Praxen und anerkannten Beratungsstellen [11].

Sexualität wird in allen Altersgruppen überwiegend in festen Beziehungen gelebt. In Studien wurde gezeigt, dass bereits im Jugendalter Beziehungen häufig eng, romantisch und durch die Ideale Liebe und Treue geprägt sind [12]. Knapp ein Fünftel der Mädchen und Jungen in Deutschland, die in der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2017/18 befragt wurden, hatten mit etwa 15 Jahren mindestens einmal Geschlechtsverkehr [13]. Im Durchschnitt sind Mädchen in einem früheren Alter als Jungen sexuell aktiv [14]. Ergebnisse der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD), die von 2018 bis 2019 vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde, zeigten, dass Geschlechterunterschiede auch hinsichtlich der Anzahl an gegengeschlechtlichen Sexualkontakten bestehen. Heterosexuelle Männer geben höhere Zahlen an Partnerinnen an als heterosexuelle Frauen. Dies zeigt sich bereits für Jugendliche und junge Erwachsene [15, 16].

Nach dem aktuellen Forschungsstand werden drei Dimensionen der sexuellen Orientierung ([Infobox](#)) unterschieden, die nicht übereinstimmen müssen: die sexuelle Identität, die sexuelle Attraktion oder Anziehung sowie das sexuelle Verhalten [15]. Zum Beispiel muss sich eine Frau,

KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

Studiendesign: Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

Querschnitt in KiGGS Welle 2

Alter: 0–17 Jahre

Grundgesamtheit: Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 15.023 Teilnehmende

KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

Alter: 10–31 Jahre

Stichprobengewinnung: Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

Stichprobenumfang: 10.853 Teilnehmende

KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter
www.kiggs-studie.de

die Sex mit Frauen hat, nicht unbedingt als lesbisch oder bisexuell begreifen [17]. Bei den verschiedenen Dimensionen der sexuellen Orientierung handelt es sich nicht um starre Kategorien, sondern um wandelbare und über die Lebenszeit veränderliche Phänomene [19].

Auch das Verhütungsverhalten gehört zur Sexualität. Der Zugang zur Empfängnisverhütung ist ein wichtiger Faktor, damit Menschen frei entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie haben möchten [20]. Zu den Verhütungsmitteln zählen beispielweise hormonelle Verhütungsmittel wie die Pille, Barrieremethoden wie das Kondom oder das Diaphragma, die Spirale sowie sogenannte natürliche Methoden der Empfängnisverhütung. Das Kondom bietet neben dem Verhütungsaspekt auch Schutz vor STI [21].

Mehr als 70% der sexuell aktiven erwachsenen Bevölkerung nutzt bei sexuellen Kontakten ein Verhütungsmittel [22]. Gründe nicht zu verhüten sind unter anderem ein Kinderwunsch oder eine Schwangerschaft [23]. Daneben gibt es Paare, die trotz fehlender Schwangerschaftsabsicht keine Verhütungsmittel verwenden [24]. Die „Pille danach“ ist ein Notfallverhütungsmittel, das vorwiegend nach Verhütungspannen oder dem Vergessen von Verhütungsmitteln eingesetzt wird. Seit März 2015 ist sie in Apotheken rezeptfrei erhältlich. Hier wird auch eine Beratung angeboten [25].

Der vorliegende Beitrag stellt Ergebnisse zum Sexual- und Verhütungsverhalten von jungen Erwachsenen vor, die im Rahmen der zweiten Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) erhoben wurden. Damit knüpft er an den Ende 2020 veröffentlichten Bericht [Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland](#) des Robert Koch-Instituts (RKI)

an, der unter anderem ein Fokus-Kapitel zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie eines zur Mädchengesundheit enthält [17]. In KiGGS Welle 2 wurden die Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte, die in der zweiten Nachbefragung bereits volljährig waren (zwischen 18 und 31 Jahren), auch zu ihrem Sexualverhalten befragt. Neben Fragen zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr wurde auch die Anzahl an Sexualpartnerinnen beziehungsweise -partnern erfragt, und es wurden Fragen zu Verhütungsmitteln sowie zur Notfallverhütung gestellt.

Die Ergebnisse können dazu beitragen, Präventions- und Aufklärungskampagnen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu unterstützen, beispielsweise zur Anpassung von Informationsmaterialien zu Sexualaufklärung und Verhütung an bestimmte Zielgruppen. Zudem können sie einen Beitrag zur Evaluation von Maßnahmen leisten, die Ergebnisse bereits vorhandener Studien in diesem Bereich ergänzen und damit zum wissenschaftlichen Diskurs beitragen.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Grundlage für die Auswertungen in diesem Beitrag sind die Daten der KiGGS-Kohorte. Die KiGGS-Basiserhebung, die von 2003 bis 2006 vom RKI durchgeführt wurde, lieferte erstmals bevölkerungsbezogene, bundesweit repräsentative Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage der 0- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Im Rahmen der KiGGS-Kohorte werden diese Kinder und Jugendlichen weiterbeobachtet. Auf die KiGGS-Basiserhebung folgten zwei weitere Erhebungen. Nach KiGGS Welle 1

(2009–2012) liefert KiGGS Welle 2 (2014–2017) die bislang aktuellsten Daten [26]. Teilnehmende der KiGGS-Basiserhebung, die noch erreichbar und wiederteilnahmebereit waren, wurden erneut zur Studie eingeladen. Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 konnten insgesamt 10.853 Kohortenteilnehmende im Alter von 10 bis 31 Jahren wiederbefragt werden; die Wiederteilnahmequote lag bei 62%. Eine ausführliche Beschreibung der KiGGS-Kohorte findet sich an anderen Stellen [27, 28].

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf Daten von 5.172 jungen Erwachsenen (2.966 Frauen und 2.206 Männern), die in KiGGS Welle 2 zwischen 18 und 31 Jahre alt waren und gültige Angaben zum Sexual- und Verhütungsverhalten gemacht hatten.

2.2 Operationalisierung der Variablen

Sexual- und Verhütungsverhalten

In KiGGS Welle 2 wurden den volljährigen Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte erstmals Fragen zum Sexual- und Verhütungsverhalten gestellt. Folgende Fragestellungen zum Sexualverhalten sind Bestandteil der Analysen: „Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal mit jemandem geschlafen haben?“ (offenes Antwortfeld zur Altersangabe) und „Wie viele Sexualpartner bzw. -partnerinnen hatten Sie in den letzten 12 Monaten?“. Als Antwort auf die letzte Frage sollte sowohl die Anzahl der Frauen als auch der Männer angegeben werden. Neben der Anzahl an Sexualpartnerinnen und -partnern in den letzten zwölf Monaten („keine“, „ein/e“, „zwei“, „drei“ und „mehr als drei“) konnte hieraus der Anteil der Befragten mit mindestens einer Sexualpartnerin/einem Sexualpartner des gleichen und/

oder anderen Geschlechts in den letzten zwölf Monaten generiert werden.

Zum Verhütungsverhalten kamen folgende Fragen zum Einsatz: „Verwenden Sie zurzeit Verhütungsmittel?“ (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“), „Welche Verhütungsmittel haben Sie bzw. Ihre Partnerin/Ihr Partner beim letzten Geschlechtsverkehr verwendet?“ („Antibaby-Pille“, „Kondome“, „Diaphragma“, „Chemische Verhütungsmittel“, „Spirale“, „Natürliche Methoden“, „Sonstiges“, „Keine“), „Verwenden Sie beim Geschlechtsverkehr Kondome?“ (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“), „Haben Sie jemals die Antibaby-Pille eingenommen?“ (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“) und „Haben Sie schon einmal die „Pille danach“ eingenommen?“ (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“).

Bildung, migrationsbezogene Merkmale und Familienform

In KiGGS Welle 2 gaben die Befragten ihren höchsten Bildungsabschluss an. Um die Angaben zu klassifizieren, wurde die International Standard Classification of Education (ISCED-11) verwendet. Es erfolgte eine Einteilung der Bildungskategorien in eine untere, mittlere und obere Bildungsgruppe [29].

Der Migrationsstatus wurde anhand der Angaben zum Geburtsland der Teilnehmenden sowie zum Geburtsland und der Staatsangehörigkeit der Eltern bestimmt. Teilnehmende, die selbst nach Deutschland migriert sind oder deren beiden Elternteile nicht in Deutschland geboren sind beziehungsweise nicht deutsche Staatsangehörige sind, gelten als Migrantinnen beziehungsweise Migranten. Als weiteres migrationsbezogenes Merkmal wurde die zu Hause gesprochene Sprache betrachtet (ausschließlich Deutsch, andere Sprache/n) [30]. Bezüglich einer Partnerschaft wurde

Mehr als die Hälfte der Befragten hatte vor Erreichen der Volljährigkeit den ersten Geschlechtsverkehr, bei den Frauen sind es 61 %, bei den Männern etwa 53 %.

in KiGGS Welle 2 die Frage gestellt, ob die Befragten mit einer Partnerin/einem Partner in einem gemeinsamen Haushalt wohnen (Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“).

2.3 Statistische Methoden

Für die deskriptiven Analysen wurden jeweils Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen berechnet. Die Frage zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr wurde bereits allen Kohortenteilnehmenden ab 14 Jahren gestellt. Aus diesem Grund bezieht sich die Datenbasis für diese Auswertung auf alle Personen zwischen 14 und 31 Jahren ($n=4.639$ Mädchen und Frauen, $n=3.870$ Jungen und Männer). Um bei der Altersangabe beim ersten Geschlechtsverkehr die Rechtszensierung der Daten zu berücksichtigen, also das unterschiedliche Alter der Teilnehmenden zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2, wurden Überlebenszeitmodelle (Survivalanalysen) herangezogen. Survivalanalysen berücksichtigen, dass eine Person, die zum Beispiel erst 17 Jahre alt ist, keine Angabe über ein vielleicht in der Zukunft stattfindendes Ereignis im Alter von 19 oder 20 Jahren machen kann. Die Angaben zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr werden durch dieses Verfahren hochgerechnet auf den Fall, dass die komplette KiGGS-Kohorte bis zum Alter von 31 Jahren nachverfolgt worden wäre. Geschlechterunterschiede zwischen den Kurven wurden mithilfe eines log-rank-Test in SAS geprüft.

Die Auswertungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der sowohl den Dropout der Basiserhebung herausrechnet als auch die Bevölkerungszahlen nach Alter, Geschlecht und Bildung an den aktuellen Erhebungszeitpunkt (31.12.2015) anpasst. Es wird von einem

statistisch signifikanten Unterschied ausgegangen, wenn der p-Wert kleiner als 0,05 ist.

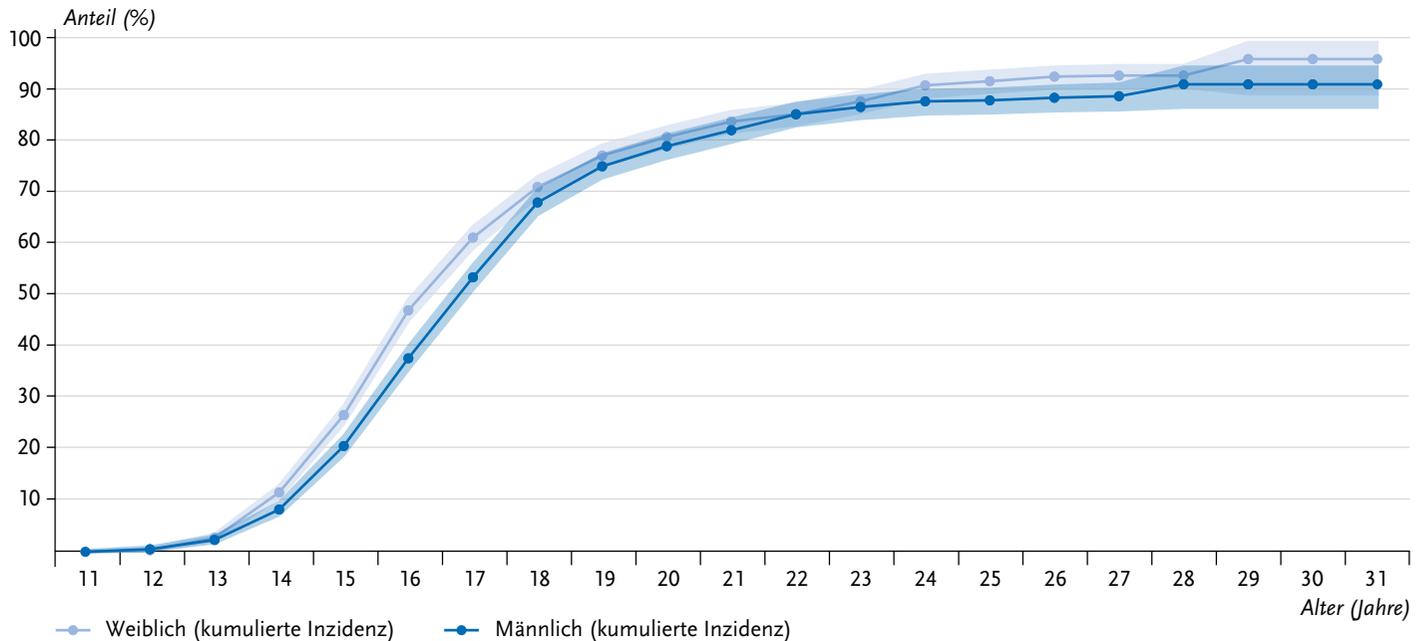
Die Analysen wurden mit den Survey-Prozeduren von Stata 17.0 durchgeführt (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2015), um das Clusterdesign von KiGGS und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung der Konfidenzintervalle und p-Werte zu berücksichtigen. Die Analysen zum ersten Geschlechtsverkehr wurden mit SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA) durchgeführt.

3. Ergebnisse

Zunächst werden die Auswertungen zum Alter des ersten Geschlechtsverkehrs betrachtet. Hierfür wurden Personen zwischen 14 und 31 Jahren berücksichtigt. Von den befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichtet etwa jedes vierte Mädchen beziehungsweise jede vierte Frau (26,6%) und jeder fünfte Junge beziehungsweise Mann (20,6%), bis zum Alter von 15 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr erlebt zu haben. Mehr als die Hälfte der Befragten gibt den ersten Geschlechtsverkehr vor Erreichen der Volljährigkeit an (61,0% der Mädchen und Frauen, 53,3% der Jungen und Männer). Etwa jede fünfte Person hatte bis zum Alter von 20 Jahren noch keinen Geschlechtsverkehr. Im Alter von 30 Jahren sind es etwa 4% der Frauen und 9% der Männer ([Abbildung 1](#)). Mädchen und Frauen berichten ein niedrigeres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr als Jungen und Männer (der Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant, $p < 0,001$).

Gefragt nach den Sexualkontakten in den letzten zwölf Monaten, geben etwa jeweils 10% der Frauen und Männer an, keine Kontakte gehabt zu haben ([Tabelle 1](#)). Mehr als

Abbildung 1
 Berichtes Alter beim erstem
 Geschlechtsverkehr* bei 14- bis 31-jährigen
 nach Geschlecht, kumulierte Inzidenz
 (n=4.639 Mädchen und Frauen,
 n=3.870 Jungen und Männer)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



* Berichtes Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, hochgerechnet auf eine Kohorte, bei der alle Teilnehmenden bis zum Alter von 31 Jahren nachverfolgt worden wären.

Knapp 69% der Frauen und 58% der Männer hatten genau eine gegengeschlechtliche Sexualpartnerin beziehungsweise einen -partner in den letzten zwölf Monaten, drei oder mehr werden von 11% der Frauen und 20% der Männer berichtet.

zwei Drittel der Frauen (68,8%) und mehr als die Hälfte der Männer (57,8%) berichtet von genau einem Sexualkontakt, während etwa 10% der Frauen und 12% Männer zwei Kontakte angeben. Drei oder mehr Sexualkontakte werden von etwa 11% der Frauen und etwa 20% der Männer angegeben.

Anzahl Sexualpartnerinnen/-partner	Frauen		Männer	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Keine	10,4	(8,9–12,0)	10,2	(8,5–12,2)
1	68,8	(66,4–71,2)	57,8	(54,7–60,8)
2	10,2	(8,6–12,0)	11,7	(10,0–13,6)
3	4,8	(4,0–5,8)	7,9	(6,4–9,7)
>3	5,8	(4,6–7,3)	12,4	(10,4–14,7)

KI=Konfidenzintervall

In **Tabelle 2** wird differenziert, ob es sich um gleichgeschlechtliche oder gegengeschlechtliche Sexualpartnerinnen oder -partner handelt. Über 90% der befragten Frauen und Männer geben gegengeschlechtliche Sexualkontakte im letzten Jahr vor der Befragung an. Von den Frauen haben 7,4% gleichgeschlechtliche und 1,4% sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche Sexualkontakte. Die entsprechenden Anteile bei den Männern liegen bei 2,8% beziehungsweise 0,4%. Dabei ist zu beachten, dass die Daten zu gleich- und gegengeschlechtlichen Partnerinnen beziehungsweise Partnern auf sehr geringen Fallzahlen beruhen (**Tabelle 2**).

Im Hinblick auf das Verhütungsverhalten geben 76,5% der Frauen und 59,1% der Männer an, zum Befragungszeitraum Verhütungsmittel zu verwenden. Weitere Analysen

Tabelle 1
 Anzahl an gegengeschlechtlichen
 Sexualpartnerinnen bzw. -partnern in den letzten
 zwölf Monaten bei 18- bis 31-jährigen mit
 Geschlechtsverkehrerfahrung nach Geschlecht
 (n=2.950 Frauen, n=2.206 Männer)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Tabelle 2
Mindestens eine Sexualpartnerin bzw. -partner
des gleichen und/oder anderen Geschlechts
in den letzten zwölf Monaten bei
18- bis 31-jährigen mit Sexualkontakten nach
Geschlecht (n=2.800 Frauen, n=2.027 Männer)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Mindestens ein/e...	Frauen			Männer		
	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	n
gegengeschlechtliche/r Sexualpartner/in	94,0	(92,5–95,1)	2.654	97,7	(96,6–98,4)	1.979
gleichgeschlechtliche/r Sexualpartner/in	7,4	(6,0–9,0)	182	2,8	(1,9–3,9)	55
gleich- und gegengeschlechtliche/r Sexualpartner/in	1,4	(0,8–2,5)	36	0,4	(0,2–1,1)	7

KI = Konfidenzintervall

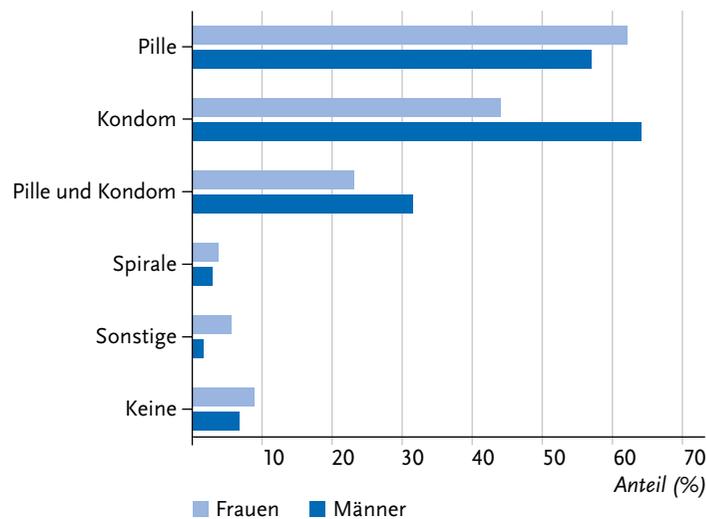
Gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte wurden von 7,4 % der Frauen und 2,8 % der Männer angegeben, sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche Sexualkontakte hatten 1,4 % der Frauen und 0,4 % der Männer.

zeigen, dass Frauen und Männer, die in einer festen Partnerschaft leben, deutlich häufiger verhüten als Frauen und Männer ohne feste Partnerschaft (Frauen: 79,2 % vs. 68,2 %, $p \leq 0,001$ und Männer: 63,1 % vs. 52,9 %, $p \leq 0,001$). Rund zwei Drittel der Frauen (67,5 %) und etwa die Hälfte der Männer (51,0 %) geben an, derzeit in einer festen Partnerschaft zu leben (Daten nicht gezeigt).

Gefragt nach der Art der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr zeigt sich, dass die Pille und das Kondom am häufigsten verwendet werden. Mehr als die Hälfte der Frauen (62,1 %) und Männer (57,0 %) geben die Pille

als Verhütungsmethode an. Ein Kondom nutzen 44,1 % der Frauen und 64,2 % der Männer zur Verhütung. Die kombinierte Verwendung von Pille und Kondom berichten 23,1 % der Frauen und 31,6 % der Männer. Die Spirale wird dagegen deutlich seltener genutzt: 3,8 % der Frauen und 3,0 % der Männer geben diese als Verhütungsmittel an. Sonstige Verhütungsmittel wie das Diaphragma, chemische Verhütungsmittel oder natürliche Methoden spielen ebenfalls eine eher untergeordnete Rolle. 8,9 % der Frauen und 6,8 % der Männer geben an, beim letzten Geschlechtsverkehr nicht verhütet zu haben (Abbildung 2).

Des Weiteren wurden die Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte danach gefragt, ob sie beim Geschlechtsverkehr generell Kondome verwenden. Kondome werden grundsätzlich von 27,3 % der Frauen beim Geschlechtsverkehr verwendet, etwa ein Drittel der Frauen (32,2 %) nutzt Kondome gelegentlich, 40,5 % der Frauen verwenden keine Kondome. Bei den Männern liegen die Anteile der grundsätzlichen (41,8 %) und der gelegentlichen Verwendung (34,6 %) höher. Ein knappes Viertel der Männer (23,6 %) nutzt keine Kondome. Werden nur Männer betrachtet, die nicht in einer festen Partnerschaft leben, geben 59,9 % der Männer an, dass sie Kondome grundsätzlich verwenden, 33,3 % verwenden Kondome gelegentlich und 6,7 % geben an, keine Kondome zu nutzen. Zudem wurden die Frauen gefragt, ob sie jemals die Pille genommen haben. Ein



* Pille und Kondom: zusammengesetzte Variable, Sonstige: Diaphragma, Chemische Verhütungsmittel, natürliche Methoden und andere

Abbildung 2
Art der Verhütungsmittel* beim letzten
Geschlechtsverkehr (Angaben in Prozent,
Mehrfachantworten möglich)
bei 18- bis 31-jährigen mit
Geschlechtsverkehrserfahrung nach Geschlecht
(n=2.880 Frauen, n=2.160 Männer)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Tabelle 3
Verwendung von Notfallverhütung
(jemals „Pille danach“) (Angaben in Prozent)
bei 18- bis 31-jährigen Frauen mit
Geschlechtsverkehrserfahrung (n = 2.961)
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	%	(95%-KI)	n
Gesamt	30,8	(28,4–33,4)	838
Altersgruppe			
18–24 Jahre	29,0	(26,1–32,1)	501
25–31 Jahre	32,6	(28,8–36,6)	337
Bildung			
Untere Bildungsgruppe	24,5	(17,8–32,8)	73
Mittlere Bildungsgruppe	31,1	(28,1–34,1)	517
Obere Bildungsgruppe	33,6	(28,9–38,6)	231
Migrationsstatus			
Nein	30,0	(27,5–32,5)	742
Ja	34,4	(27,0–42,7)	91
Zu Hause gesprochene Sprache			
Ausschließlich Deutsch	30,5	(28,0–33,1)	728
Andere Sprache/n	32,8	(25,8–40,6)	110

KI = Konfidenzintervall

Beim letzten Geschlechtsverkehr wurde am häufigsten mit der Pille oder dem Kondom verhütet. Rund ein Drittel der Frauen gibt an, schon einmal die „Pille danach“ genommen zu haben.

Großteil der befragten Frauen (92,6 %) bejaht diese Frage (Daten nicht gezeigt).

Neben der Einnahme der Pille wurden die Teilnehmerinnen auch nach der Notfallverhütung durch die „Pille danach“ gefragt. Knapp ein Drittel der Frauen (30,8 %) hat Erfahrung mit der Einnahme der „Pille danach“. Stratifizierte Auswertungen nach Alter, Bildung und Migrationsstatus zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dies gilt auch, wenn man die zu Hause gesprochene Sprache als weiteres migrationsbezogenes Merkmal betrachtet (Tabelle 3).

4. Diskussion

Die Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten junger Erwachsener aus KiGGS Welle 2 zeigen, dass etwa die Hälfte der Befragten den ersten Geschlechtsverkehr vor

Erreichen der Volljährigkeit erlebt, bei den Frauen sind es 61 %, bei den Männern 53 %. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Daten der achten Welle der Jugendsexualitätsstudie der BZgA, die auf einer Befragung von 14- bis 25-jährigen aus dem Jahr 2014 basiert. Demnach sind 39 % der Jugendlichen im Alter von 16 Jahren erstmals sexuell aktiv, bei den 17-Jährigen liegt der Anteil bei 58 % [16]. Nach den Daten von KiGGS Welle 2 haben etwa jedes vierte Mädchen und etwa jeder fünfte Junge bis zum Alter von 15 Jahren den ersten Geschlechtsverkehr. Damit sind die Anteile annähernd vergleichbar mit denen der HBSC-Studie, in der 15-Jährige Auskunft darüber geben, ob sie schon einmal mit jemandem geschlafen haben. In der HBSC-Studie 2013/14 traf dies auf 19,6 % der Mädchen und 22,3 % der Jungen zu [31], 2017/18 lagen die Anteile bei 16,7 % (Mädchen) und 19,7 % (Jungen) [13].

Bei dem Vergleich sollte allerdings beachtet werden, dass die Fragen zum Alter des ersten Geschlechtsverkehrs in KiGGS Welle 2 retrospektiv erhoben wurden, sodass ein Erinnerungsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Da Daten zur Sexualität in der KiGGS-Studie bisher nur einmal erhoben wurden, können keine Angaben über Trends gemacht werden. Ergebnisse der neunten Welle der Jugendsexualitätsstudie aus dem Jahr 2019 zeigen, dass der Anteil der Jugendlichen, die beim ersten Geschlechtsverkehr jünger als 17 Jahre sind, seit einigen Jahren rückläufig ist. Damit setzt sich der Trend fort, dass Jugendliche immer später sexuell aktiv werden [32]. Etwa 20 % der Befragten hatten bis zum Alter von 20 Jahren noch keinen Geschlechtsverkehr – dieser Anteil ist höher als in der Jugendsexualitätsstudie mit 16 % [16], im Alter von 30 Jahren sind es etwa 4 % der Frauen und knapp 9 % der Männer.

Für eine sexuelle Zurückhaltung könnten das Fehlen der richtigen Partnerin beziehungsweise des richtigen Partners oder kulturelle Gründe eine Rolle spielen [16].

Die Mehrzahl der 18- bis 31-jährigen Befragten aus KiGGS Welle 2 (knapp 69% der Frauen und 58% der Männer) hatte im Laufe von zwölf Monaten mit genau einer Person gegengeschlechtliche Sexualkontakte. Dies weist darauf hin, dass ein hoher Anteil der jungen Erwachsenen in einer festen Beziehung lebt. In der Studie gaben rund zwei Drittel der jungen Frauen und etwa die Hälfte der jungen Männer an, derzeit eine feste Partnerschaft zu haben. Dies steht im Einklang mit Studien, in denen gezeigt wurde, dass bereits im Jugendalter Sexualität überwiegend in festen Beziehungen gelebt wird. Die Beziehungen sind häufig eng, romantisch und durch die Ideale Liebe und Treue geprägt [33]. Single-Sein ist meist als temporäre Phase zwischen zwei Beziehungen anzusehen, die oftmals sexuell eher zurückhaltend verbracht wird. Bei einem seriell monogamen Beziehungsmuster werden immer neue, feste und treue Beziehungen eingegangen [14].

Jeweils etwa 10% der befragten jungen Frauen und Männer hatten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keine sexuellen Kontakte, etwa 10% der Frauen und knapp 12% der Männer hatten sexuelle Kontakte mit zwei Personen. Etwa 20% der Männer – und damit fast doppelt so viele wie Frauen (etwa 11%) – gaben an, mit drei oder mehr Personen Sexualkontakte gehabt zu haben. Ein ähnliches Bild zeigt eine Querschnittstudie mit 654 Studierenden der Technischen Universität Dresden von 2012, in der unter anderem das sexuelle Risikoverhalten untersucht wurde: Von den sexuell aktiven Studierenden gaben 4% keinen, 53% einen, 14% zwei, 10% drei bis neun und

1% zehn bis 15 Sexualkontakte in den letzten zwölf Monaten an [34]. Mit der Jugendsexualitätsstudie sind diese Auswertungen nur eingeschränkt vergleichbar, da sich diese auf die Gesamtzahl der bisherigen Sexualpartnerinnen und -partner bezieht [16].

Dass Männer über eine höhere Anzahl an Sexualkontakten berichten als Frauen, wurde auch in verschiedenen europäischen Sex-Surveys gefunden [35, 36]. Heterosexuelle Männer berichten deutlich höhere Zahlen an Partnerinnen als heterosexuelle Frauen [15]. Als Grund wird unter anderem ein anderes Antwortverhalten angeführt. Männer haben aufgrund sozialer Erwartungen eher die Tendenz, sich als sexuell erfahren und aktiv darzustellen. Sie geben daher möglicherweise eine höhere Zahl an Partnerinnen an. Auch Schätzfehler bei Männern mit vielen Sexualpartnerinnen könnten eine Rolle spielen. Des Weiteren wird als Grund angeführt, dass Männer möglicherweise häufiger Sex mit Frauen haben, die systematisch nicht an Surveys teilnehmen, also beispielsweise Sexarbeiterinnen [15].

Gleichgeschlechtliche Sexualkontakte in den letzten zwölf Monaten hatten, so zeigen die Daten aus KiGGS Welle 2, 7,4% der jungen Frauen und 2,8% der jungen Männer. Sowohl gleich- als auch gegengeschlechtliche Sexualkontakte wurden von 1,4% der weiblichen und 0,4% der männlichen Befragten berichtet. Ergebnisse der GeSiD-Studie von 2018 bis 2019 zeigen, dass 15% der 18- bis 35-jährigen Frauen schon mindestens einmal ein sexuelles Erlebnis mit einer anderen Frau hatten. Bei den gleichaltrigen Männern sind es 7,4% [15]. Auch hier ist zu beachten, dass sich diese Ergebnisse auf niemals gemachte Erfahrungen beziehen. Im Gegensatz dazu bezieht sich die KiGGS-Studie auf die letzten zwölf Monate.

Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass gleichgeschlechtliche Sexualekontakte nicht unbedingt mit einer homosexuellen Identität einhergehen müssen (Infobox Sexuelle Orientierung). Insgesamt definieren sich nach Daten der GeSiD-Studie 0,9% der Frauen und 1,8% der Männer als homosexuell und 1,8% der Frauen und 0,9% der Männer als bisexuell [15]. Etwas höhere Angaben finden sich in der Studie Jugendsexualität aus dem Jahr 2019. Eine andere als eine rein heterosexuelle Orientierung wird eher von weiblichen als von männlichen Befragten berichtet: 2% der 14- bis 25-jährigen Frauen geben an, homosexuell zu sein, 8% identifizierten sich als bisexuell, bei den Männern sind es jeweils 3% [32]. Dass vor allem (junge) Frauen vergleichsweise häufig von mindestens einer gleichgeschlechtlichen sexuellen Erfahrung berichten, könnte auf eine zumeist größere gesellschaftliche Offenheit gegenüber gleichgeschlechtlicher Intimität und Sexualität von Frauen zurückzuführen sein, die zu einem größeren Erlebens- und damit auch Antwortspielraum bei Befragungen beiträgt [37].

Zur Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr nutzen die in KiGGS Welle 2 Befragten am häufigsten die Pille und das Kondom (Pille: Frauen 62%, Männer 57%; Kondom: Frauen 44%, Männer 64%). Dass die Pille und das Kondom die wichtigsten Verhütungsmittel in Deutschland sind, wurde auch in der Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener der BZgA aus dem Jahr 2018 gezeigt: Die Nutzung der Pille als derzeitiges Verhütungsmittel nennen 47% der Frauen und 48% der Männer. Beim Kondom sind es 37% der Frauen und 56% der Männer. Im Vergleich zu den Vorgängerstudien wird das Kondom dabei deutlich häufiger als Verhütungsmittel genutzt. Von 2011 bis 2018

gab es insgesamt einen Anstieg von 37% auf 46%. In dieser Zeit ging der Anteil der Frauen, die die Pille nehmen, von 53% auf 47% zurück. Vor allem bei den 18- bis 29-jährigen zeigt sich ein starker Rückgang bei der Nutzung der Pille, von 72% auf 56% [22]. Eine rückläufige Anwendung der Pille wurde auch in den Wiederholungsbefragungen der Jugendsexualitätstudie 2015 [16] und 2021 [32] berichtet. Vor allem bei den sexuell aktiven Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren ist diese zu beobachten. Als Grund wird eine eher kritische Einstellung zu hormonellen Verhütungsmethoden angeführt. Diese könnte mit allgemein gewandelten Normvorstellungen wie zum Beispiel einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein in Zusammenhang stehen [32]. Vor allem in den sozialen Medien wird das Anliegen, gesünder und natürlicher zu leben, auch im Hinblick auf das Verhütungsverhalten, thematisiert [38]. In KiGGS Welle 2 gaben etwa 93% der Frauen an, jemals die Pille genommen zu haben. Dagegen liegt der Anteil der Frauen, die beim letzten Geschlechtsverkehr mit der Pille verhütet haben, bei 62%. Dieses Ergebnis könnte ebenfalls auf einen Rückgang der Pillennutzung hindeuten. Hinsichtlich der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr spielt die Spirale in der vorliegenden Studie eine untergeordnete Rolle. Dieser Befund wurde auch in der Studie „frauen leben 3“ gezeigt. Demnach nimmt die Nutzung der Spirale im Lebensverlauf zu. Mit der Spirale verhüten vor allem Frauen ab einem Alter von 40 Jahren [39].

Etwa 42% der befragten Männer verwenden beim Geschlechtsverkehr grundsätzlich Kondome, etwa ein Drittel nutzt Kondome gelegentlich. Ein knappes Viertel der Männer gibt an, keine Kondome zu nutzen. Unter den Männern ohne feste Partnerschaft berichten knapp 7%,

dass sie grundsätzlich keine Kondome verwenden. Dieser Wert ist niedriger als der in der GeSiD-Studie berichtete Wert, wonach 22 % der 18- bis 79-jährigen Männer, die aktuell Single sind, im vergangenen Jahr beim Geschlechtsverkehr nie ein Kondom verwendet haben [40]. Bei diesem Vergleich sollten jedoch die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte, Fragestellungen und betrachteten Altersgruppen beachtet werden.

Auch die Verwendung von Notfallverhütung konnte mit den Daten von KiGGS Welle 2 untersucht werden. Demnach haben 30,8 % der 18- bis 31-jährigen Frauen jemals die „Pille danach“ eingenommen. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Daten der Studie zur Jugendsexualität 2019, in der 27 % der 14- bis 25-jährigen angaben, die „Pille danach“ schon einmal verwendet zu haben, darunter 9 % mehrfach. Unter den 18- bis 25-jährigen sind es 29 % (20 % geben eine einmalige, 9 % eine mehrfache Anwendung an) [32]. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen keine signifikanten Unterschiede nach Alter, Bildung oder Migrationsstatus. Als weiteres migrationsbezogenes Merkmal wurde die zu Hause gesprochene Sprache in die Auswertungen einbezogen, um mögliche sprachliche Barrieren zu Informationsmaterialien abzubilden. Auch für diese Variable zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Die Anteile der Teilnehmenden mit migrationsbezogenen Merkmalen sind jedoch im Verhältnis zu den Vergleichsgruppen relativ klein.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Notfallverhütung unabhängig von soziodemografischen Faktoren ist. Die Studie Jugendsexualität 2015 weist in die gleiche Richtung, indem gezeigt wurde, dass auch Befragte, die ihren ersten Geschlechtsverkehr mit

einer vertrauten Partnerin/einem vertrauten Partner hatten oder bei denen Verhütung ausführlich im Elternhaus thematisiert wurde, die „Pille danach“ verwendet haben (einmalige Anwendung 15 %, mehrfache Anwendung 6 %) [16]. Daran schließen die Ergebnisse der Jugendsexualitätsstudie 2019 an, die zeigen, dass das Wissen über die „Pille danach“ bei den befragten Mädchen und jungen Frauen fast flächendeckend vorhanden ist [32]. Die Verschreibungspflicht der „Pille danach“ wurde im März 2015 aufgehoben, um den Zugang zu dieser Notfallmaßnahme zu erleichtern. Seitdem ist ein deutlicher Anstieg der Nutzung zu verzeichnen. Nach Daten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände sind die Absatzzahlen in der Selbstmedikation seit 2015 stark angestiegen, bei den ärztlichen Verordnungen der „Pille danach“ gab es dagegen einen deutlichen Rückgang. Seit dem Jahr 2015, in dem 662.000 Packungen abgegeben wurden, stieg die Zahl kontinuierlich an, bis auf insgesamt 877.000 Packungen im Jahr 2019. Im Jahr 2020 gab es einen Rückgang auf 848.000 Packungen [41]. Die vorliegenden Daten weisen auf eine Nutzung in allen gesellschaftlichen Gruppen hin und betonen die Notwendigkeit, niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Als Einschränkung zu den vorliegenden Analysen muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass es sich um retrospektiv erhobene Selbstangaben handelt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten verzerrt sein können oder ein Erinnerungsbias vorliegt, dass sich also Teilnehmende nicht mehr korrekt an Begebenheiten erinnern oder Ereignissen im Nachhinein mehr oder weniger Bedeutung als ursprünglich beimessen.

Insgesamt bieten die Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten aus KiGGS Welle 2 neben den etablierten Monitoringdaten der BZgA, den Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten der HBSC-Studie sowie den Daten der GeSiD-Studie eine weitere Datengrundlage, deren Fokus auf dem jungen Erwachsenenalter liegt. Die vorliegenden Auswertungen bestätigen und ergänzen Ergebnisse der genannten Studien, etwa durch die Berechnungen kumulierter Inzidenzen zum ersten Geschlechtsverkehr oder die Auswertungen zu soziodemografischen Einflussfaktoren zur Anwendung der „Pille danach“. Hier konnte gezeigt werden, dass die Anwendung in allen gesellschaftlichen Gruppen stattfindet, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungs- oder Bevölkerungsgruppe scheint keinen Einfluss zu haben. Dies lässt vermuten, dass die Informationen zur Aufklärung die jungen Erwachsenen erreichen.

Die Daten zum Sexual- und Verhütungsverhalten aus KiGGS Welle 2 weisen darüber hinaus Potenzial für weitergehende Analysen auf, da umfangreiche Co-Variablen im Kohortenansatz vorhanden sind. So sind Zusammenhangsanalysen mit verschiedenen demografischen Merkmalen möglich, wie exemplarisch in einem Beitrag zur Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde [42] dargestellt. Im Hinblick auf Längsschnittauswertungen können die Indikatoren der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im jungen Erwachsenenalter auch als Outcome-Variablen einbezogen werden, zum Beispiel in Zusammenhang mit psychischen Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend [43]. Für zukünftige Erhebungen und Auswertungen wird auch der Einfluss der COVID-19-Pandemie – einschließlich der Eindämmungsmaßnahmen –

auf die sexuelle Gesundheit eine Rolle spielen, zum Beispiel im Hinblick auf Folgen für partnerschaftliche Beziehungen und sexuelle Kontakte. Mediale Narrative zu sexualitätsbezogenen Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie konnten herausgearbeitet werden, allerdings fehlen bisher empirische Daten [44].

Korrespondenzadresse

Dr. Birte Hintzpeter
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: HintzpeterB@rki.de

Zitierweise

Hintzpeter B, Krause L, Vogelgesang F, Prütz F (2022)
Sexual- und Verhütungsverhalten von jungen Erwachsenen
in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2.
J Health Monit 7(2): 7–22.
DOI 10.25646/9872

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

KiGGS Welle 2 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihr zugestimmt (Nr. 2275-2014). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den

Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- World Health Organization (1946) Constitution of the World Health Organization.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Stand: 21.01.2022)
- World Health Organization – Regionalbüro für Europa (2015) Definition Sexuelle Gesundheit.
<http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> (Stand: 17.12.2021)
- Von Rüden U, Hessling A, Koch-Gromus U (2021) Die aktuelle Datenlage zur sexuellen Gesundheit im deutschsprachigen Raum. Bundesgesundheitsbl (64):1331–1333
- Voß HJ, Bardehle D (2017) Zum Begriff „Sexuelle Gesundheit“. In: Stiftung Männergesundheit (Hrsg) Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 79–91
- Friedrich C, Ahrendt HJ, Halstrick C et al. (2015) Sexualität in den Lebensphasen. In: Ahrendt HJ, Friedrich C (Hrsg) Sexualmedizin in der Gynäkologie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 65–143
- Weissenrieder N (2006) Sexualität. In: Stier B, Weissenrieder N (Hrsg) Jugendmedizin – Gesundheit und Gesellschaft. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, S. 26–32
- Patton GC, Viner R (2007) Pubertal transitions in health. Lancet 369:1130–1139
- Klein A (2017) Körper – Sexualität – Beziehungen im Jugendalter. In: Sachverständigenkommission 15. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg) Materialien zum 15. Kinder- und Jugendbericht: Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagschule und virtuellen Welten – Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter. Deutsches Jugendinstitut, München, S. 371–422
- Sielert U (2013) Sexualaufklärung, Sexualpädagogik und sexuelle Bildung in Deutschland – Begriffe, Konzepte und gesellschaftliche Realitäten. Sexuologie 20:117–122
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2016) Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit den Bundesländern.
<https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/13002000.pdf> (Stand: 17.12.2021)
- Scharmanski S, Hessling A (2022) Sexualaufklärung junger Menschen in Deutschland. Ergebnisse der repräsentative Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität“. J Health Monit 7(2):23–41
- Matthiesen S, Dekker A, Brunner F et al. (2018) Sexuelles Verhalten, Einstellungen und sexuelle Gesundheit in Deutschland.
<https://gesid.eu/wp-content/uploads/2018/09/Endbericht-Pilotstudie-2017.pdf> (Stand: 04.11.2019)
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2020) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen“. https://www.gbe-bund.de/pdf/faktenbl_sexual_verhuetungsverhalten_2017_18.pdf (Stand: 12.05.2022)
- Dekker A, Matthiesen S (2015) Studentische Sexualität im Wandel: 1966–1981–1996–2012. Z Sex Forsch 28(03):245–271
- GeSiD-Studie (2020) Gesundheit und Sexualität in Deutschland – Bericht für die Befragten.
https://gesid.eu/wp-content/uploads/2021/06/GeSiD_Zwischenbericht-200706_Einzel_RGB.pdf (Stand: 17.12.2021)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2015) Jugendsexualität 2015 – Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/7843> (Stand: 04.05.2022)

18. Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg und Bildungsinitiative Queerformat (Hrsg) (2012) Geschlechtliche und sexuelle Vielfalt in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Handreichung für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe. SFBB, Berlin
19. Cerwenka S, Brunner F (2018) Sexuelle Identität, sexuelle Attraktion und sexuelles Verhalten – Dimensionen sexueller Orientierungen in der Survey-Forschung. *Z Sex Forsch* 31(3):277–294
20. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2016) Frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung, Band 37. BZgA, Köln
21. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2021) Verhütung und Safer Sex. <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/safer-sex-und-schutz/verhuetung-und-safer-sex/> (Stand: 17.12.2021)
22. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2018) Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. BZgA, Köln. <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018> (Stand: 17.12.2021)
23. Helfferich C (2013) Reproduktive Gesundheit – Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2(56):192–198
24. Helfferich C, Holz JL, Knittel T et al. (2021) „Risk it“ – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten – Sonderauswertung der BZgA-Studie „frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“. *Bundesgesundheitsbl* (64):1408–1415
25. Scharmanski S, Hessling A (2021) Notfallkontrazeption. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. BZgA, Köln. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:fb_JUS9_N (Stand: 12.05.2022)
26. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *J Health Monit* 2(S3):2–28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 17.12.2021)
27. Mauz E, Lange M, Houben R et al. (2020) Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. *Int J Epidemiol* 49(2):375–375k
28. Krause L, Vogelgesang F, Thamm R et al. (2021) Individuelle Verläufe von Asthma, Adipositas und ADHS beim Übergang von Kindheit und Jugend ins junge Erwachsenenalter. *J Health Monit* 6(S5):2–16. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8073> (Stand: 04.05.2022)
29. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education ISCED 2011. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf> (Stand: 17.12.2021)
30. Koschollek C, Bartig S, Rommel A et al. (2019) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit* 4(3):7–29. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6105> (Stand: 17.12.2021)
31. HBSC-Studienverbund Deutschland (2015) Studie Health Behaviour in School-aged Children 2013/14 – Faktenblatt „Sexual- und Verhütungsverhalten von Kindern und Jugendlichen“. https://www.gbe-bund.de/pdf/faktenbl_sexual_verhuetungsverhalten_2013_14.pdf (Stand: 12.05.2022)
32. Scharmanski S, Heßling A (2021) Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Aktuelle Ergebnisse der Repräsentativbefragung „Jugendsexualität“. *Bundesgesundheitsbl* (64):1372–1381
33. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2017) Jugendsexualität im Internetzeitalter: sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. BZgA, Köln. <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/13300041.pdf> (Stand:12.05.2022)
34. Riemenschneider H, Dell J, Schübel J et al. (2017) Sexuelles Risikoverhalten und STI-Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung* 12:273–279
35. Mercer CH, Tanton C, Prah P et al. (2013) Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet* 382(9907):1781–1794
36. Todd J, Cremin I, McGrath N et al. (2009) Reported number of sexual partners: comparison of data from four African longitudinal studies. *Sex Transm Infect* 85 Suppl 1:i72–80
37. Klein V, Brunner F (2018) Zwischen Liberalität und Retraditionalisierung – Einstellungen zu sexualitätsbezogenen Themen in Deutschland. *Z Sex Forsch* 31:250–262
38. Doering N (2021) Mehr Lust als Frust? Die Antibabypille in den Sozialen Medien. *Merz – Medien + Erziehung* 65(3):27–34
39. Helfferich C, Gerstner D, Pflügler C et al. (2021) Das Verhütungsverhalten von Frauen (2012–2018) – Eine Sonderauswertung aus „frauen leben 3“. <http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen.pdf> (Stand: 12.05.2022)

40. GeSiD-Studie zur Gesundheit und Sexualität in Deutschland (2020) Informationsblatt Nr. 8.
https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/Infoblaetter-GeSiD.pdf
(Stand: 09.05.2022)

41. ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (Hrsg) (2021) Die Apotheke – Zahlen, Daten, Fakten 2021. ABDA, Berlin

42. Krause L, Seeling S, Prütz F et al. (2017) Häufigkeiten und Trends in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Frauenheilkunde durch Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Geburtshilfe Frauenheilkd 77(9):1002–1011

43. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L et al. (2021) Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. J Health Monit 6(4):3–20.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/9113> (Stand: 17.12.2021)

44. Doering N, Walter R (2020) Wie verändert die COVID-19-Pandemie unsere Sexualitäten? Eine Übersicht medialer Narrative im Frühjahr 2020. Z Sex Forsch 33:65–75

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit