

Pilotstudie zur Erwachsenensexualität in Deutschland – Erste Ergebnisse zu Machbarkeit und Methodenvergleich

Silja Matthiesen^a, Arne Dekker^a und Peer Briken^a

Einleitung: Für Deutschland liegen bisher keine repräsentativen Daten zum sexuellen Verhalten und zur sexuellen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung vor. Solche Daten sind dringend erforderlich für die evidenzbasierte Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung sowie für länderübergreifende Vergleiche zur Entwicklung des Sexualverhaltens in Europa.

Forschungsziele: Ziel der Pilotstudie ist es, die Machbarkeit einer Bevölkerungsbefragung zum Thema Sexualität in Deutschland zu testen sowie einen Methodenvergleich (Face-to-Face-Interviews versus postversandte Papierfragebögen) vorzunehmen.

Methoden: Im Rahmen einer Zufallsstichprobe von Adressen über Einwohnermeldeämter (25 *Sample Points*, zweistufiges probabilistisches Verfahren) wurden N = 1 155 Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren zu ihren Erfahrungen mit Sexualität, Partnerschaft und ihrer sexuellen Gesundheit befragt.

Ergebnisse: Eine Sexualbefragung der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland ist durchführbar; es ist gelungen, alle Bevölkerungs- und Altersgruppen zu erreichen, auch wenn ältere Menschen seltener teilgenommen haben. Im Vergleich der beiden Erhebungsmethoden zeigt sich, dass die Interviews (CAPI/CASI) den postversandten Fragebögen überlegen sind. Dies bezieht sich einerseits auf die doppelt so hohe Rücklaufquote (9% bei postversandten Fragebögen, 18% bei Face-to-Face-Interviews) und andererseits auf die Stichprobenqualität: Die Face-to-Face-Erhebung bildet die Bevölkerungen bezüglich wichtiger soziodemografischer Merkmale besser ab und sie erlaubt eine bessere Kenntnis des Ausfallgeschehens (Verweigerndenbefragung).

Schlussfolgerung: Angesichts der geringen Teilnahmequote lassen sich selbst mit der vorgenommenen Gewichtung der Daten nur vorsichtige Aussagen treffen. Darüber hinaus ist die Stichprobe zu klein, um Fragestellungen zu behandeln, die nur bestimmte Teilgruppen betreffen. Weitergehende Analysen sind dringend erforderlich, sie sollten im Rahmen einer Hauptstudie mit einer deutlich größeren Stichprobe durchgeführt werden.

Schlüsselwörter: Erhebungsmethoden in der Sexualforschung; Erwachsenensexualität; quantitative Bevölkerungsbefragung; Sex-Survey-Forschung; sexuelle Gesundheit

^a Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Pilot Study on Adult Sexuality in Germany – First Results on Feasibility and Comparison of Methods

Introduction: To date, no representative data on the sexual behaviour and sexual health of the German adult population are available. Such data are urgently needed for evidence-based prevention and health promotion work as well as for cross-national comparisons of the development of sexual behaviour in Europe.

Objectives: The aim of the pilot study is to test the feasibility of a population survey on sexuality in Germany as well as to compare methods (face-to-face interviews versus paper-pencil questionnaires sent by post).

Methods: With addresses gathered via residents' registration offices (25 "sample points", two-stage probabilistic procedure), a random sample of N=1 155 participants aged 18–75 years were asked about their experiences with sexuality, partnership, and sexual health.

Results: A sex survey of the adult population in Germany was found to be feasible, as it successfully accessed all population and age groups, although elderly people participated less frequently. When compared, the interviews (CAPI/CASI) were found to be superior to the questionnaires sent by post. On the one hand, this is shown by the response rate, which is twice as high for the face-to-face interviews (18%) as opposed to the questionnaires sent by post (9%), and on the other hand by the quality of the samples: the face-to-face survey represents the population better in terms of important socio-demographic characteristics as well as allowing a superior insight into reasons for non-response (refusal survey).

Conclusion: Given the low participation rate, even after weighting the data, conclusions can only be drawn with great caution. Additionally, when it comes to issues that only affect certain subgroups, the sample size is small. Further analysis is urgently required and would need to be carried out as part of a major study with a much larger sample.

Keywords: adult sexuality; method of data collection in sex research; population survey; sex survey research; sexual health

Für Deutschland liegen bisher keine repräsentativen Daten zum sexuellen Verhalten der Gesamtbevölkerung vor. Die existierenden quantitativen Sexualitätsstudien konzentrieren sich einerseits auf bestimmte Altersgruppen, wie beispielsweise die Wiederholungsstudien zur Jugendsexualität der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) aus den Jahren 1980 bis 2015 (BZgA 2006, 2010; Heßling und Bode 2015, 2017) oder die vier bundesweiten Erhebungen zur Studentensexualität 1966 bis 2012 (Clement 1986; Dekker und Matthiesen 2015; Giese und Schmidt 1968; Schmidt 2000). Andererseits liegt der Fokus auf bestimmten Fragestellungen, wie beispielsweise bei den Studien „frauen leben 1 bis 3“, mit Hilfe derer das reproduktive Verhalten 18- bis 49-jähriger Frauen untersucht wurde (Helfferich et al. 2017). Eine Ausnahme stellen die jüngst publizierten Daten der Leipziger Arbeitsgruppe um Strauss und Kröger zum Sexualverhalten in Deutschland dar (Haversath et al. 2017). Allerdings wurden hier Daten zur Sexualität als Teil einer Mehrthemenbefragung erhoben, was zu metho-

dischen Schwierigkeiten (hohe Antwortverweigerung bei einzelnen Items) und zu einer Limitierung der Anzahl der Fragen führte, sodass die Aussagekraft der Ergebnisse begrenzt ist.

Sex-Survey-Forschung in Europa

Die Tatsache, dass es bislang für Deutschland keine sexualbezogenen Survey-Daten der Erwachsenenbevölkerung gibt, ist erstaunlich. Denn in den letzten zehn Jahren wurden in vielen Ländern Europas (De Graaf und Van Santen 2014), in den USA (Herbenick et al. 2010; Reece et al. 2010) und Australien (Richters et al. 2014; Smith et al. 2001) bevölkerungsrepräsentative Studien zur sexuellen Gesundheit durchgeführt. In einigen europäischen Ländern (Frankreich, England) konnten schon seit den 1990er-Jahren in mehreren Wellen große Wiederholungsbefragungen realisiert werden (Bajos et al. 2008; Mercer et al. 2013) – in Finnland sogar schon seit den frühen 1970er-Jahren (Haavio-Mannila et al. 2002, 2003; Kontula 2009). In **Tab. 1** sind die wichtigsten Surveys aus westlichen Industrienationen mit zentralen Parametern zusammengestellt. Diese Studien dokumentieren einen gravierenden Wandel des sexuellen Verhaltens in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Gerade in Europa hat sich in den letzten zehn Jahren das Feld der Sex-Survey-Forschung etabliert und stark ausdifferenziert. Die Stichprobentechniken haben sich weiterentwickelt und mittels computergestützter Verfahren der Datenerhebung wurde die Datenqualität stark verbessert. Eine Expertise der *Rutgers World Population Foundation* (WPF) aus dem Jahr 2014 listet alleine 31 relevante Studien in verschiedenen europäischen Ländern auf (De Graaf und Van Santen 2014). Nicht alle diese Studien erfassen ein breites Spektrum von Fragen zur Sexualität, aber in 17 europäischen Ländern existieren inzwischen umfassende Surveys, die einen an der Definition der *World Health Organization* (WHO) orientierten Begriff von sexueller Gesundheit zugrunde legen. Ein solcher Ansatz geht deutlich über die epidemiologische Engführung der frühen Studien aus den 1990er-Jahren hinaus und legt einen breiten, lebenslaufbezogenen (vgl. Wellings und Johnson 2013) und vor allem einen positiven Sexualitätsbegriff zugrunde (vgl. Briken 2013). In der aktuellen WHO-Definition wird deutlich, dass sexuelle Gesundheit viele unterschiedliche Dimensionen umfasst: „Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden“ (WHO 2006).

Tab. 1 Wichtige Sex-Surveys seit den 1990er-Jahren.

	<i>Erhebungs- jahr</i>	<i>Fallzahl</i>	<i>Methode</i>	<i>Alter</i>	<i>Teilnahme- quote</i>
<i>England*</i>					
Natsal-1	1990/91	18 876	Interview	16–59	65 %
Natsa-2	2000	12 110	Interview	16–44	64 %
Natsal-3	2010/12	15 162	Interview	16–74	58 %
<i>Finnland**</i>					
Finsex I	1971	2 152	Interview	18–54	91 %
Finsex II	1992	2 250	Interview	18–74	76 %
Finsex III	1999	1 496	postvers. FB	18–81	46 %
Finsex IV	2007	2 590	postvers. FB	18–74	43 %
<i>Frankreich***</i>					
AIDS and sexual behavior	1991/92	20 055	Telefon	18–69	77 %
Sexualité en France	2005/06	12 364	Telefon	18–69	75 %
<i>USA****</i>					
Social Organization of Sexuality	1992	3 432	Interview	18–59	79 %
NSSH	2009	5 865	Interview	14–94	82 %
<i>Australien*****</i>					
ASHR I	2001/02	19 307	Telefon	16–59	73 %
ASHR II	2012/13	20 094	Telefon	16–69	66 %

* <http://www.natsal.ac.uk/home.aspx>

** Kontula 2009: 26

*** Bajos et al. 2008: 27 ff.

**** <http://www.nationalsexstudy.indiana.edu>***** <http://www.ashr.edu.au>

Mit einem solchen Begriff von sexueller Gesundheit eröffnet sich ein breites thematisches Spektrum für die Sex-Survey-Forschung, zu dem Fragen nach sexuellen Erfahrungen und Sexualpraktiken ebenso gehören wie Fragen zu ungeplanten Schwangerschaften, sexuellen Funktionsstörungen, sexuellen Gewalterfahrungen, sexuell übertragbaren Infektionen, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, allgemeiner sowie psychischer Gesundheit, Sexualaufklärung, Partnerschaften und sexueller Lust und Befriedigung.¹

Auf der Ebene der Studiendesigns zeigt sich im europäischen Vergleich eine große Vielfalt, die damit zusammenhängt, dass wissenschaftliche Qua-

¹ Die Sektion „Sexuelle Gesundheit der Deutschen STI-Gesellschaft“ hat Indikatoren zur sexuellen Gesundheit in Deutschland verabschiedet. Ziel ist es, auf Grundlage von Vorlagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine aussagekräftige und dennoch überschaubare Liste von Indikatoren zur sexuellen Gesundheit in Deutschland zu präsentieren. Dabei sollen die gewählten Indikatoren die deutsche Situation gut abbilden, aber dennoch eine hohe internationale Vergleichbarkeit gewährleisten (vgl. Jansen et al. 2013).

litäts Gesichtspunkte immer mit Kosten-Nutzen-Aspekten abgewogen werden. Die erzielten Stichprobengrößen variieren zwischen 1 117 (Malta) und 15 162 (England) befragten Personen (vgl. DHIR 2012; Erens et al. 2013). Ebenso kommen verschiedene Erhebungsmethoden zum Einsatz: Es werden computergestützte persönliche Interviews durchgeführt, aber auch Onlinebefragungen, postalisch verschickte Fragebogenerhebungen und Telefoninterviews. Dementsprechend variieren auch die Teilnahmequoten, wobei dort, wo ein Vergleich zu früheren Erhebungen möglich ist, eine allgemeine Tendenz zu sinkenden Teilnahmequoten deutlich wird. Ebenfalls deutlich ist eine Ausweitung des Altersspektrums: Befragt werden nun auch Personen bis zum Alter von 75 Jahren, was durch die demografischen Veränderungen und das damit einhergehende gestiegene Interesse an Sexualität im Alter begründet ist (Laumann et al. 2006; Træen et al. 2017a, 2017b).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den meisten europäischen Ländern inzwischen valide Daten zum sexuellen Verhalten der Allgemeinbevölkerung vorliegen, z.T. über mehrere Erhebungswellen und mit der Möglichkeit von Trendmessungen. Die entsprechenden Studien werden vielfach von den Gesundheitsministerien gefördert und tragen dazu bei, gesundheitspolitische Maßnahmen zu steuern und Prävention und Aufklärung zu verbessern. Für Deutschland fehlen entsprechende Studien bislang gänzlich, obgleich sie dringend zum Vergleich mit internationaler und europäischer Forschung benötigt werden (vgl. Matthiesen et al. 2017).

Pilotstudie zu einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

Die vom Hamburger Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie im Jahr 2017 durchgeführte Pilotstudie zur Erwachsenensexualität in Deutschland wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert. Die Datenerhebung erfolgte von Ende Februar bis Mitte Mai 2017. Die Pilotstudie hatte vier zentrale Ziele: (1) Die *Machbarkeit* einer Bevölkerungsbefragung zum Thema Sexualität mit einer Altersspanne von 18 bis 75 Jahren in Deutschland sollte getestet werden. Hierbei interessierten besonders die öffentliche Akzeptanz des Forschungsvorhabens sowie die Frage, ob die älteste Altersgruppe der 60- bis 75-Jährigen zur Teilnahme gewonnen werden kann und über eine laptopunterstützte Interviewmethode zu befragen ist. (2) Über einen *Methodenvergleich* (postversandte Fragebögen mit Papier- und Onlineantwortmöglichkeit vs. Face-to-Face-Interviews [CAPI/CASI])² sollte die beste Methode bezogen auf die Teilnahmequote und die Datenqualität ermittelt werden. (3) Das *Erhebungsinstrument* sollte getestet werden (Dauer, Verständlichkeit, Item-Non-Response).

² CAPI=Computer Assisted Personal Interview; CASI=Computer Assisted Self Interview; CAWI=Computer Assisted Web Interview

(4) Erste *Daten* von etwa 1 000 Frauen und Männern sollten erhoben werden.

Das Forschungsvorhaben wurde in Kooperation mit dem Sozialforschungsinstitut *Kantar EMNID* durchgeführt. Kantar EMNID hat die Ziehung der Adressstichprobe vorgenommen und die Befragung durchgeführt sowie das Vorgehen in einem ausführlichen Methodenbericht dargelegt (vgl. Bode 2017).

Datenerhebung und Methodik

Das Befragungsgebiet der Pilotstudie ist die Bundesrepublik Deutschland; die Grundgesamtheit sind deutschsprachige Personen in Privathaushalten im Alter von 18 bis 75 Jahren. Als Auswahlverfahren wurde eine Zufallsstichprobe über die Einwohnermeldeämter gezogen. Für die Pilotstudie wurden 25 *Sample Points* in ganz Deutschland ausgewählt, die regional so gestreut wurden, dass sowohl städtische als auch ländliche Regionen, Groß- und Kleinstädte und nord-, süd-, ost- und westdeutsche Gemeinden vertreten waren (vgl. **Abb. 1**). Die Ziehung einer Adressstichprobe über die Einwohnermeldeämter stellt ein qualitativ besonders hochwertiges methodisches Verfahren dar, das ein möglichst gutes Abbild der in Deutschland lebenden Bevölkerung erreichen kann (vgl. von der Heyde 2014: 191 ff). Es gewährleistet in diesem Fall darüber hinaus, dass die beiden Erhebungsverfahren (persönliches Interview und postversandter Fragebogen) im Hinblick auf die erzielten Teilnahmequoten exakt miteinander verglichen werden können.

Rückmeldungen der Befragten

Eine im Vorfeld der Untersuchung offene Frage war, ob die Bitte, an einer Befragung zur sexuellen Gesundheit teilzunehmen, nicht auch Aversion und Ablehnung bei einigen Menschen auslösen würde (vgl. Hark und Villa 2015). Darüber hinaus war anzunehmen, dass die angeschriebenen Männer und Frauen trotz des umfangreichen Informationsmaterials noch weitere Fragen zur Studie, zur Interviewsituation oder zur Auswahl der Adressen haben würden. Um diese Nachfragen gut und zeitnah aufzufangen, wurden verschiedene Maßnahmen umgesetzt: Eine projekteigene Homepage wurde bei Kantar EMNID eingerichtet. Eine kostenfreie telefonische Hotline war für die Dauer der Datenerhebungsphase freigeschaltet. Auf den begleitenden Informationsschreiben waren die Projektleitung und die Studienkoordination am Institut für Sexualforschung mit Name und Telefonnummer angegeben, sodass die Studienteilnehmer_innen die Möglichkeit hatten, direkt mit dem wissenschaftlichen Team zu sprechen.

Von den insgesamt 11 000 Personen, die in die Bruttostichprobe eingegangen sind und um die Teilnahme an der Studie gebeten wurden (s.u.), haben sich 244 Männer und Frauen über verschiedene Kommunikationskanäle zurückgemeldet. Die meisten Rückmeldungen erfolgten telefonisch

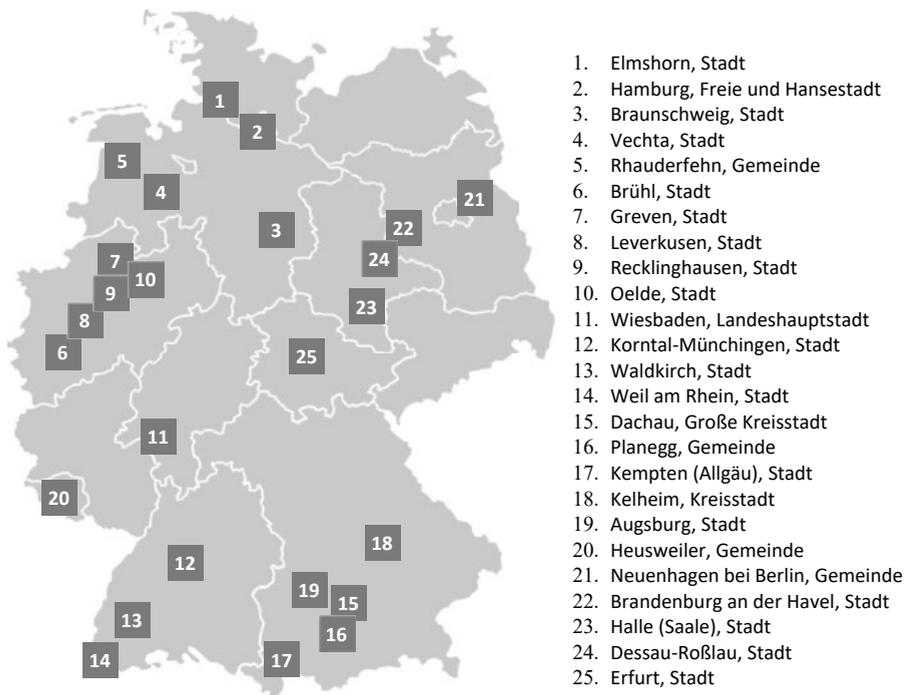


Abb. 1 25 Sample Points in Deutschland.

und gingen bei Kantar EMNID über die kostenfreie Hotline ein. Der mit Abstand häufigste Grund der Rückmeldung war, dass die Befragten die Absage der Teilnahme telefonisch mitteilen wollten und darum baten, keine weiteren Erinnerungsschreiben zu bekommen. 32 Befragte lehnten das Ansinnen, an der Studie teilzunehmen, mit emotionalen Reaktionen wie Ärger und Empörung entschieden ab. Insgesamt war aber der Umfang der Rückmeldungen mit den bereitgestellten Maßnahmen unproblematisch zu bewältigen und es kam zu keinen besonderen Zwischenfällen während der knapp dreimonatigen Datenerhebungsphase.

Ethikvotum

Sowohl die Teilnehmenden der Face-to-Face-Befragung als auch diejenigen, die einen Fragebogen per Post zugeschickt bekamen, mussten eine schriftliche Einwilligungserklärung ausfüllen, auf der sie mit ihrem Namen und ihrer Unterschrift bestätigten, dass sie über die Ziele der Studie, Anonymisierung und Datenschutz sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt wurden. Das Vorgehen wurde von der Ethikkommission der Hamburger Psychotherapeutenkammer geprüft und genehmigt (Ethikantrag 12/2016-PTK-HH).

Erhebungsinstrument

Das Erhebungsinstrument wurde nach ausführlicher Recherche der internationalen Vergleichsstudien entwickelt. Es schließt an die 2016 veröffentlichten WHO-Indikatoren (*Monitoring Indicators for the Action Plan for Sexual and Reproductive Health*) an (WHO 2016): Von den dort vorgeschlagenen 25 Indikatoren wurden diejenigen berücksichtigt, die den Bereich *Sexual Health* betreffen, und für eine Befragung in Deutschland angepasst und modifiziert.

Das Erhebungsinstrument ist in einer Version für Männer und einer Version für Frauen erstellt worden und umfasst bis zu 222 Fragen zu verschiedenen Themengebieten, darunter: Wissen über Sexualität/Sexualaufklärung; erste sexuelle Erfahrungen; Sexualität in der gegenwärtigen festen Beziehung bzw. in der gegenwärtigen Singlephase; Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung; Einstellungen zur Sexualität; Sexualität und Onlinemedien/Pornografie; Selbstbefriedigung/Masturbation; sexuelle Grenzverletzungen und Gewalterfahrungen; sexuelle Gesundheit; Wissen über sexuell übertragbare Infektionen und Schutz; Verhütung; Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbrüche und Geburten; sexuelle Schwierigkeiten und Funktionsstörungen sowie Fragen zur allgemeinen Gesundheit und zur Lebenssituation.

Der Fragebogen wurde sowohl in der Papierversion als auch in der Laptop-/Onlineversion im Rahmen eines kognitiven Pretests mit etwa 30 Befragten getestet und im Anschluss gründlich überarbeitet. In den persönlichen Interviews wurden Frauen von Frauen und Männer von Männern befragt.³ Die durchschnittliche Dauer der Interviews lag bei 38 Minuten für die Frauen und 36 Minuten für die Männer – wobei die Interviewdauer je nach Sexualbiografie, Lebenssituation und Umfang der bisherigen sexuellen Erfahrungen stark variieren konnte (zwischen 5 und 180 Minuten).⁴

Stichprobe

Die realisierte Stichprobe umfasst N = 1 155 Personen, davon wurden n = 469 über persönliche Interviews und weitere n = 686 über postversandte Fragebögen (mit der Option, den Fragebogen entweder auf dem Papier (n = 492) oder online (n = 194) auszufüllen) befragt (siehe **Tab. 2**). Die n = 469 Face-to-Face-Interviews wurden laptopunterstützt durchgeführt, wobei ein umfangreicher Teil des strukturierten Erhebungsinstruments als Selbstausfüllerteil vorgesehen war, um Befragte wie Interviewer_innen bei besonders intimen und persönlichen Fragen zu entlasten.

³ In vier Fällen wurde hiervon eine Ausnahme gemacht und das Interview auf Wunsch des/der Befragten mit einem gegengeschlechtlichen Interviewenden durchgeführt (vgl. Bode 2017: 24 ff.).

⁴ Der Fragebogen kann für wissenschaftliche Zwecke bei der Erstautorin angefordert werden.

Tab. 2 Stichprobe (Fallzahlen N=1 155*).

	Frauen	Männer	Gesamt
<i>Erhebungsmethode</i>			
postversandter Fragebogen, Papierform (PAPI)	326	163	489
postversandter Fragebogen, online beantwortet (CAWI)	77	115	192
Face-to-Face-Interview (CAPI/CASI)	259	207	466
Gesamt	662	485	1 147*

* 8 Befragte mit uneindeutiger Geschlechterangabe, s.u.

Operationalisierung von Geschlecht

Die Operationalisierung des Merkmals Geschlecht in Fragebögen ist in den letzten Jahren angesichts der Debatten um geschlechtliche Vielfalt sowohl aus methodischen als auch aus inhaltlichen (Gender- und Queer-Theorie) und forschungsethischen Gesichtspunkten problematisiert worden (vgl. Döring 2013). Die Erhebung von Geschlecht als dichotome Variable – „männlich“ versus „weiblich“ – erscheint in Zeiten, in denen es z.B. auf Facebook 60 Genderoptionen gibt, veraltet und potentiell diskriminierend gegenüber trans* und intersexuellen sowie non-binären Personen. Schon 2014 hat das *Williams Institute* in Los Angeles daher einen umfangreichen Report zu den „Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population-Based Surveys“ vorgelegt. Dort wird empfohlen, den sogenannten *two-step approach* zu wählen, bei dem zunächst der *self reported assigned sex at birth* und dann die *current gender identity* abgefragt wird (GenIUSS 2014: 16). Für unseren Fragebogen wurden die beiden vorgeschlagenen Items ins Deutsche übersetzt, sodass wir ebenfalls nach dem Zuweisungsgeschlecht bei der Geburt („Welches Geschlecht wurde bei Ihrer Geburt in Ihre Geburtsurkunde eingetragen?“) und der Geschlechtsidentität fragten („Wie bezeichnen Sie selber Ihr Geschlecht?“).

Unser Vorgehen bemüht sich um eine nichtdiskriminierende Befragungsmethode, dies führt aber bei der Auswertung der Daten zu gewissen Schwierigkeiten. So lagen zu Beginn der Datenauswertung *drei* Variablen zum Geschlecht vor:

(1) *Geschlecht der Adressdaten*: Bei der Ziehung der Zufallsstichprobe aus den Adressdaten der Einwohnermeldeämter wurde das Merkmal Geschlecht abgefragt und genutzt, um die Bruttostichprobe zu generieren. Bei den Einwohnermeldeämtern ist Geschlecht als dichotomes Merkmal erfasst – es gibt nur Frauen und Männer. Allerdings kann es zu fehlerhaften Einträgen kommen, was im Face-to-Face-Kontakt deutlich wird, wenn das Geschlecht der Zielperson nicht mit den Angaben der Adressdaten übereinstimmt.

(2) *Geschlechtseintrag in der Geburtsurkunde*: Zu dieser Frage existierten die Antwortoptionen „weiblich“, „männlich“, „keine Angabe“. Sechs Personen wählten „keine Angabe“. Sechs weitere Personen machten keine Angaben zu dieser Frage, in diesen Fällen wurde „keine Angabe“ nachträglich

vergeben. Bei vier Personen stimmte das hier angegebene Geschlecht nicht mit dem Geschlecht der Adressdaten überein.

(3) *Selbstbezeichnetes Geschlecht*: Zu dieser Frage existierten die Antwortoptionen „weiblich“, „männlich“, „trans*/transsexuell“, „weder weiblich, männlich oder trans*/transsexuell, sondern _____“ und „keine Angabe“. Eine Person bezeichnete sich als „trans*/transsexuell“, vier Personen wählten die Möglichkeit, das offene Antwortfeld auszufüllen, und schrieben „dazwischen“, „Neutrois“, „tztdu“ und „...“. Vier Personen wählten „keine Angabe“, in fünf weiteren Fällen wurde bei fehlender Angabe die Kategorie „keine Angabe“ nachträglich vergeben. Bei vier Personen stimmte das hier angegebene Geschlecht nicht mit dem Geschlechtseintrag der Geburtsurkunde überein.

Für die weiteren Datenanalysen wurde auf dieser Grundlage eine Mastervariable „Geschlecht“ gebildet, die die Kategorien „weiblich“, „männlich“, „andere“ enthält. Acht Personen, bei denen das Geschlecht der Adressstichprobe vom Geschlecht der Geburtsurkunde und/oder vom selbstbezeichneten Geschlecht abweicht, wurden als „andere“ klassifiziert. Eine detaillierte Analyse der Antworten dieser acht Personen mit uneindeutiger Geschlechterangabe steht noch aus.

Ergebnisse

Teilnahmebereitschaft

Die Teilnahmequote unterscheidet sich wie erwartet je nach Erhebungsmethode gravierend.⁵

Für die angestrebte Realisierung von 500 Face-to-Face-Interviews wurde eine Bruttostichprobe von 3 500 Adressen gezogen. Von diesen waren 887 „stichprobenneutrale Ausfälle“ (Gründe: Zielperson verstorben, Adresse falsch oder veraltet, Sprachprobleme, falsche Zielgruppe, die Zielperson wurde trotz fünfmaligen Kontaktversuchs des Interviewers „an der Haustür“ nicht angetroffen), d. h. die Zielpersonen hatten nicht die Möglichkeit, an der Studie teilzunehmen. Es verweigerten 2 144 Personen die Teilnahme, sodass die 469 realisierten Interviews einer Teilnahmequote von 18% entsprechen.

Für die angestrebte Realisierung von 500 ausgefüllten postalisch versandten Fragebögen wurde eine Bruttostichprobe von 7 500 Adressen gezogen. Von diesen waren 169 „stichprobenneutrale Ausfälle“ (Gründe: Empfänger unbekannt verzogen, Adressat_in verstorben). Alle Adressen der Zufallsstichprobe wurden mehrfach angeschrieben. Sie bekamen drei Wochen nach der ersten Bitte um Teilnahme ein Erinnerungsschreiben

⁵ Eine ausführliche Beschreibung der Teilnahmequote nach AAPOR-Kriterien (*American Association for Public Opinion Research*) sowie eine detaillierte Auflistung der Verweigerungsgründe im Rahmen eines Vergleichs der beiden Erhebungsmethoden wird in einer separaten Publikation erscheinen (vgl. Dekker et al. 2018).

Tab. 3 Gründe für die Verweigerung der Teilnahme.

	Fallzahl n = 1 631	Anteil in %
ich nehme <i>grundsätzlich</i> nicht an Befragungen teil	616	37.9
es liegt am <i>Thema</i> der Befragung, dass ich nicht teilnehmen möchte	495	30.3
ich habe keine <i>Zeit</i> , um an dieser Befragung teilzunehmen	136	8.3
ich habe einen <i>anderen</i> Grund	171	10.5
keine Angabe	213	13.1

sowie weitere zwei Wochen später ein zweites Erinnerungsschreiben zugesendet, dem nochmal alle Befragungsunterlagen und der Fragebogen beilagen. 6 645 Personen haben den Fragebogen nicht ausgefüllt, sodass die 686 (online oder schriftlich) ausgefüllten Fragebögen einer Teilnahmequote von 9% entsprechen.

Um eine Einschätzung zu erhalten, welche Personen nicht teilgenommen haben und aus welchen Gründen diese die Teilnahme ablehnten, haben wir an die Interviewstudie eine kurze Verweigerndenbefragung angeschlossen.

Verweigerndenbefragung

Diejenigen Personen, die Teil der Face-to-Face-Stichprobe waren und dem/der Interviewer_in mündlich absagten, wurden gebeten, ihre Gründe für die Verweigerung der Teilnahme mitzuteilen. Ein drei Fragen umfassender Verweigerndenbogen wurde dazu von den Interviewern ausgefüllt. Darauf wurden die Gründe für die Verweigerung, der Familienstand sowie der allgemeine Gesundheitszustand erfasst. Insgesamt konnten von 1 631 Personen Informationen zur Verweigerung eingeholt werden.

Tab. 3 zeigt, dass der häufigste Grund eine prinzipielle Ablehnung der Teilnahme an einer Befragung war. Als zweithäufigster Grund wurde von knapp einem Drittel der Verweigernden das spezielle Thema der Studie angegeben. Es scheint für viele Menschen zu persönlich, im Rahmen einer Interviewsituation über ihre sexuellen Erfahrungen zu sprechen.

Vergleicht man den Familienstand der Verweigernden mit dem derjenigen Personen, die an der Studie teilgenommen haben, wird deutlich, dass bei den Verweigernden der Anteil der Verheirateten besonders hoch ist (67% vs. 49%).

Vergleicht man den Gesundheitszustand zwischen Teilnehmenden und Verweigernden wird deutlich, dass die Verweigernden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut einstufen (33% der Verweigernden vs. 45% der Teilnehmenden schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein).

Methodenvergleich bezogen auf die Repräsentativität der Stichprobe

Eine zentrale Frage der Pilotstudie war, welcher methodische Ansatz die besseren Ergebnisse liefert – bezogen auf die Repräsentativität der Stichprobe im Vergleich mit der Grundgesamtheit. Daher werden in **Tab. 4** die Verteilungen einiger soziodemografischer Merkmale im Vergleich von persönlichen Interviews und postversandten Papierfragebögen dargestellt.

Wir sehen, dass bezogen auf alle in **Tab. 4** aufgeführten Merkmale die Verteilung der im persönlichen Interview befragten Personen (IST-Wert Interview) eher dem SOLL-Wert (Grundgesamtheit Bevölkerung 18 bis 75 Jahre) entspricht als die Verteilung der mittels des postversandten Papierfragebogens befragten Personen (IST-Wert postversandter Fragebogen). Im Einzelnen finden wir, dass beide methodischen Ansätze beim Merkmal Geschlecht von der Verteilung in der Grundgesamtheit dahingehend abweichen, dass Frauen überrepräsentiert sind, die IST-Verteilung der CAPI-Stichprobe liegt jedoch näher am SOLL-Wert.

Die stärksten Abweichungen von der Grundgesamtheit finden wir bezogen auf die Ortsgröße. Hier ist das großstädtische Milieu (Städte über 500 000 Einwohner_innen und deren Einzugsbereiche) stark überrepräsentiert. Beim Merkmal Ortsgröße kam es allerdings schon bei der Ziehung der Bruttostichprobe zu erheblichen Abweichungen, was in der Zahl und der Verteilung der 25 Sample Points begründet ist. So sind schon in der Bruttostichprobe die kleinen Orte (bis 100 000) massiv unterrepräsentiert (16%) und die mittleren und großen Städte mit 44% und 40% stark überrepräsentiert.

Stichprobenqualität und Gewichtung der Daten

Die Frage, wie gut es gelungen ist, im Rahmen dieser Pilotstudie eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe zu gewinnen, ist schwierig zu beantworten (vgl. dazu im Detail Dekker et al. 2018). Im Vergleich der soziodemografischen Basisdaten unserer realisierten Stichprobe mit den Daten des Mikrozensus oder anderen aktuellen großen Bevölkerungsbefragungen finden wir erwartbare Verzerrungen, die in ähnlicher Weise und Ausprägung aus vielen anderen Surveys bekannt sind: Es haben mehr Frauen als Männer teilgenommen; es haben mehr jüngere Menschen (18- bis 30-Jährige) als ältere Menschen (60- bis 75-Jährige) teilgenommen; Menschen mit höherem Bildungsstand (Abitur oder mehr) haben häufiger teilgenommen als Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss und Menschen aus Großstädten haben sehr viel häufiger teilgenommen als Menschen aus ländlichen Regionen.

Um diese Verzerrungen auszugleichen, haben wir die Daten nach den Merkmalen Geschlecht, Alter, Bildung, Ortsgröße und Familienstand gewichtet. Hierzu wurden entweder die Daten des statistischen Bundesamtes bzw. des Mikrozensus 2011 (für Alter, Geschlecht und Familienstand) oder aber die Daten der MA Radio 2, (vgl. Media-Micro-Census 2016) (für BIK-Ortsgrößen und -Schulbildung) zugrunde gelegt. Alle in diesem Heft

Tab. 4 Soziodemografische Merkmale in Grundgesamtheit und Stichprobe nach Rekrutierungsmethode im Vergleich (in %).

	<i>Grundgesamtheit Bevölk. 18–75 Jahre SOLL-Wert</i>	<i>Face-to-Face- Interview IST-Wert</i>	<i>postversandter Fragebogen IST-Wert</i>
<i>Geschlecht</i>			
Frauen	49.8	55.5	59.0
Männer	50.2	44.6	41.0
<i>Alter in Jahren</i>			
18–30	21.0	27.1	28.9
31–45	25.1	29.0	23.7
46–60	31.9	27.5	28.6
61–75	22.0	16.4	15.8
k. A.	-	-	2.9
<i>Schulbildung</i>			
einfache Bildung	33.9	18.8	11.7
mittlere Bildung	32.8	30.5	26.5
höhere Bildung	33.3	50.8	62.0
<i>Familienstand</i>			
ledig	33.7	35.4	39.6
verheiratet/ Lebenspartnerschaft	53.1	52.5	46.2
andere	13.2	12.2	14.2
<i>Ortsgröße (nach BIK)*</i>			
bis unter 100 000	35.5	14.3	11.8
100 000 bis unter 500 000	28.9	40.7	42.4
500 000 und mehr	35.6	45.0	45.8

* Bezogen auf die Ortsgröße kam es schon bei der Ziehung der Bruttostichprobe zu erheblichen Abweichungen.

präsentierten Datenauswertungen erfolgen mit gewichteten Daten (vgl. Cerwenka und Brunner 2018; Klein und Brunner 2018; Martyniuk und Dekker 2018; Schmidt et al. 2018). Grundsätzlich ist die Gewichtung von Daten keine Ideallösung, da durch die Gewichtung neue Verzerrungen entstehen können. Auch lässt sich ein möglicher Non-Responder-Bias dadurch nicht ausgleichen, denn was nicht im Topf ist, kann auch nicht gewichtet werden. In unserem Fall waren vor allem die massiven Verzerrungen bezogen auf die Ortsgröße (vgl. **Tab. 4**) ein Problem, weil sie zu sehr hohen Gewichtungsfaktoren führten. Hier zeigt sich auf jeden Fall die Limitierung einer kleinen Pilotstudie, die mit nur 25 *Sample Points* die Bevölkerungsverteilung der Bundesrepublik Deutschland nur unzureichend abdecken konnte.

Da die Stichprobe nicht sehr groß ist, wurden nur für die Variablen Alter und Geschlecht im Kreuz Faktoren festgesetzt, ansonsten gingen die Merkmale einzeln in die Gewichtung ein. Es wurde ein iteratives Gewichtungsverfahren angewandt. Errechnet wurden zwei Gewichte:

(1) „Gewicht 1“, bei dem jede Methode einzeln gewichtet wurde und das für den Vergleich der beiden Erhebungsmethoden vorgesehen ist, und

Tab. 5 Sexuelle Orientierung (nach Geschlecht, in %).

	<i>Frauen</i>	<i>Männer</i>	<i>Gesamt</i>
ausschließlich heterosexuell	77.6	86.2	81.9
vorwiegend heterosexuell	10.5	4.2	7.3
bisexuell	1.8	1.4	1.6
ausschließlich oder vorwiegend homosexuell	1.3	2.1	1.5
asexuell	0.5	–	0.3
keine Angabe	8.2	6.1	7.1

(2) „Gewicht 2“ über alle Methoden, das für die im Folgenden präsentierten Datenauswertungen maßgeblich ist. Für das „Gewicht 2“ beträgt das Minimum 0.08; Maximum 15.62, der Mittelwert 0.99 und die Standardabweichung 1.19.

Nun sagt eine Korrektur der Stichprobe bezüglich soziodemografischer Merkmale noch nichts darüber aus, ob es gelungen ist, das Sexualverhalten der Bevölkerung repräsentativ abzubilden. Eines der wichtigsten Merkmale für die Organisation einer individuellen Sexualbiografie ist die sexuelle Orientierung. Diese soll hier pars pro toto als Indikator dafür dienen, ob wir bezüglich der Sexualität von starken Verzerrungen der Stichprobe ausgehen müssen.

In unserer Stichprobe beschreibt sich erwartungsgemäß die überwiegende Mehrheit der Befragten als ausschließlich oder vorwiegend heterosexuell. **Tab. 5** zeigt die verschiedenen sexuellen Orientierungen nach Geschlecht. Da Zensusdaten zu diesem Merkmal fehlen, können wir die gefundene Verteilung nur mit anderen Studien vergleichen.

Die gefundenen Verteilungen zu sexuellen Orientierungen entsprechen weitgehend den kürzlich publizierten Ergebnissen einer 2016 durchgeführten repräsentativen Befragung der Universität Leipzig zum Sexualverhalten in Deutschland (Haversath et al. 2017). Hier bezeichneten sich 89% der Männer und 86% der Frauen als ausschließlich oder vorwiegend heterosexuell, was mit den von uns erhobenen Daten sehr gut übereinstimmt. Da die Studie von Haversath et al. eine Teilnahmequote hat, die mit 52.3% deutlich höher liegt als die unserer Pilotstudie, kann dies als ein Hinweis interpretiert werden, dass die sexuelle Orientierung in unserer Stichprobe in etwa der Grundgesamtheit entspricht. Darüber hinaus entsprechen die Zahlen für „vorwiegend und ausschließlich homosexuell“ und „bisexuell“ in etwa denen der großen europäischen/US-amerikanischen Surveys mit einer Teilnehmerquote von über 70% (vgl. dazu Cerwenka und Brunner 2018, in diesem Heft.)

Diskussion

In den letzten Jahrzehnten hat sich das Feld der Sex-Survey-Forschung in Europa rapide entwickelt. Selbst für kleine Länder wie Malta oder Estland liegen inzwischen Daten zum Sexualverhalten der Bevölkerung vor. In England, Frankreich oder Finnland haben sich methodisch wegweisende Forschungstraditionen seit den 1990er-Jahren etabliert, sodass dort inzwischen Wiederholungsbefragungen über mehrere Jahrzehnte vorliegen, die sowohl für die Gesundheitspolitik, die Gesundheitsversorgung als auch für die Forschung wesentliche Impulse setzen. Für Deutschland fehlten entsprechende Sex-Survey-Daten bislang gänzlich. Sie sind aber dringend erforderlich, weil sie eine unverzichtbare Basis für qualitätsgesicherte Präventionsarbeit im Bereich sexuelle Gesundheit bereitstellen.

Die Ergebnisse unserer Pilotstudie zeigen, dass ein breit angelegter Sex-Survey in Deutschland machbar ist. Ein Rücklauf zwischen 9% und 18% ist allerdings im Vergleich mit anderen großen Sex-Surveys in Europa eine sehr unbefriedigende Teilnahmequote. So erreicht die dritte Welle der bereits seit den 1990er-Jahren etablierten britischen Interviewstudie Natsal („National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles“; vgl. Erens et al. 2013: 25) eine Teilnahmequote von 57.7%, die jedoch aufgrund der anderen Sampling-Technik nur bedingt mit unserer Teilnahmequote vergleichbar ist. In Deutschland haben wir grundsätzlich niedrigere Teilnahmequoten bei allgemeinen Bevölkerungsumfragen. Aufgrund bestimmter Besonderheiten der deutschen Geschichte ist eine besondere Skepsis gegenüber der Erfassung von personenbezogenen Daten weit verbreitet. So erreichte der ALLBUS 2012 („Allgemeine Bevölkerungsbefragung der Sozialwissenschaften“, vgl. Wasmer et al. 2014: 59) eine Teilnahmequote von 37.6%.

Auch die Einbeziehung einer Ethikkommission im Vorfeld sowie das Einholen eines schriftlichen informierten Einverständnisses sind für die sozialwissenschaftliche Sex-Survey-Forschung hierzulande bislang noch ungewöhnlich. In diesem Fall war ein solches Vorgehen vonseiten der Ethikkommission gefordert, da neben detaillierten Daten zum Sexualverhalten auch Gesundheitsdaten erhoben wurden – dies auch in einem postversandten Fragebogen und nicht nur im persönlichen Interview. Wahrscheinlich hat jedoch die Bitte nach einer schriftlichen Einverständniserklärung vor allem die Teilnahmequote der postversandten Fragebogen deutlich reduziert.

Die Gründe für die Verweigerung der Teilnahme an der Studie geben Hinweise darauf, dass verheiratete Personen in oftmals langjährigen etablierten Beziehungen weniger gerne über ihre Sexualität Auskunft geben. Die hier auftretende Verzerrung kann aber durch die vorgenommene Gewichtung der Daten (Angleichung der Variable Familienstand an den Mikrozensus 2011) aufgefangen werden. Die Teilnehmenden schätzen zudem ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser ein als die Verweigernden, sodass wir davon ausgehen müssen, dass wir mit unseren Studienergebnissen den Gesundheitszustand in der Bevölkerung nicht unerheblich positiv überschätzen.

Lessons learned

Die Pilotstudie hat gezeigt, dass eine repräsentative Sexualbefragung der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland durchführbar ist. Die Besorgnis, eine Befragung zur sexuellen Gesundheit könnte bei Teilen der Bevölkerung zu Aversionen und massiver Kritik führen, hat sich als unbegründet erwiesen. Mit den umfangreichen, seriös angelegten Informationsmaterialien, einer telefonischen Hotline für Nachfragen und dem Angebot, direkt mit dem wissenschaftlichen Team zu sprechen, ließen sich die ohnehin wenigen Nachfragen gut auffangen. Es ist gelungen, alle Bevölkerungs- und Altersgruppen zu erreichen, auch wenn ältere Menschen wie erwartet in der Stichprobe etwas unterrepräsentiert waren.

Im Vergleich der beiden Erhebungsmethoden hat sich gezeigt, dass die Face-to-Face-Interviews den postversandten Fragebögen deutlich überlegen sind. Dies zeigt sich einerseits in einer doppelt so hohen Rücklaufquote und andererseits in Bezug auf die Stichprobenqualität: Die Face-to-Face-Erhebung ist durch den direkten Kontakt der Mailing-Stichprobe hinsichtlich der Ausschöpfung überlegen, sie bildet die Bevölkerung bezüglich wichtiger soziodemografischer Merkmale besser ab und erlaubt eine Verweigerndenbefragung. Die geplante Hauptuntersuchung soll daher ausschließlich mit Face-to-Face-Interviews realisiert werden.

Gleichwohl besteht die Notwendigkeit, in der Hauptstudie die Teilnahmequote der Interviews deutlich zu steigern. Hierfür sollen unbedingt alle zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergriffen werden. Eine Teilnahmequote von mindestens 30% ist erforderlich, damit die Studie ihr Ziel erreicht und an die europäischen Vergleichsstudien sowie die internationalen wissenschaftlichen Publikationsstandards anschlussfähig ist. Hierzu werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen: (1) Aufwandsentschädigung: Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, ist für die Hauptstudie eine Aufwandsentschädigung für die Befragten geplant; (2) umfangreiche Pressearbeit; (3) ein Begleitschreiben zum Anschreiben von der BZgA und dem Bundesgesundheitsministerium; (4) die Überarbeitung von Studientitel, Selbstpräsentation und Logo sowie (5) die Überarbeitung aller Informationsmaterialien im Hinblick auf Vereinfachung und Kürzung des Textumfangs, ansprechende grafische Gestaltung und Verständlichkeit. Des Weiteren sind (6) umfangreiche thematische Schulungen der Interviewer kurz vor Feldstart, (7) der Einsatz eines speziell für diese Studie ausgewählter besonders erfahrenen Interviewer_innenstabs mit erfolgsbezogener Honorierung und (8) ein intensives Monitoring des Feldverlaufs geplant.

Limitationen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass trotz eines qualitativ hochwertigen methodischen Ansatzes und einer guten Abbildung wichtiger soziodemografischer Basisdaten durch die Stichprobe die Aussagekraft der in diesem Schwerpunktheft im Folgenden präsentierten Studienergebnisse begrenzt ist. Angesichts der geringen Teilnahmequote lassen sich, selbst mit

der vorgenommenen Gewichtung der Daten, nur sehr vorsichtige Aussagen treffen. Darüber hinaus ist die Stichprobe klein, sobald es um Fragestellungen geht, die nur Teilgruppen betreffen.

Fazit

Als Alfred C. Kinsey vor 70 Jahren begann, umfassende Sexualbefragungen durchzuführen, förderten seine Ergebnisse nicht nur den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, sondern auch die sexuelle Aufklärung der Bevölkerung: Die ersten Sex-Surveys machten den großen Variationsreichtum sexueller Verhaltensweisen bei beiden Geschlechtern deutlich und erstmals öffentlich. Heute sind die medialen Repräsentationen von Sexualität allgegenwärtig – jedoch zum Teil mit unqualifizierten Informationen. Auch so entstehen Mythen und sexuelle Normen, die unrealistische Erwartungen befördern. Eine wichtige Aufgabe der empirischen Sexualforschung wird weiterhin darin bestehen, den Skandalisierungen der Sexualität seriöse empirische Daten entgegenzusetzen.

Dank

Wir bedanken uns bei allen Frauen und Männern, die den Mut hatten und sich die Zeit genommen haben, an unserer Befragung teilzunehmen; ohne ihr Engagement und ihre Offenheit wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) danken wir für die Projektförderung.

Literatur

- Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la Sexualité en France: Pratiques, Genre et Santé. Paris: Editions La Découverte 2008
- Bode H. Pilotstudie zur Sexualität Erwachsener. Methodenbericht. Bielefeld: Kantar EMNID; unveröffentlichtes Dokument 2017
- [BZgA] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln: BZgA 2006 [Als Online-Dokument: https://www.bzga.de/botmed_13316100.html]
- [BZgA] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration. Köln: BZgA 2010 [Als Online-Dokument: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendsexualit%C3%A4t.pdf>]
- Briken P. Sexuelle Gesundheit und sexuelle Störung. In: Briken P, Berner M, Hrsg. Praxisbuch Sexuelle Störungen. Stuttgart: Thieme 2013; 86–91
- Cerwenka S, Brunner F. Sexuelle Identität, sexuelle Attraktion und sexuelles Verhalten – Dimensionen sexueller Orientierungen in der Survey-Forschung. Z Sexualforsch 2018; 31: 277–294
- Clement U. Sexualität im sozialen Wandel: Eine empirische Vergleichsstudie an Studenten 1966 und 1981 (Vol. 61). Stuttgart: Enke 1986
- De Graaf H, Van Santen L. Synopsis: Sexual Health Surveys in Europe. Köln: BZgA (Projektbericht) 2014

- Dekker A, Matthiesen S. Studentische Sexualität im Wandel: 1966–1981–1996–2012. *Z Sexualforsch* 2015; 28: 245–271
- Dekker A, Matthiesen S, Briken P. Erhebung sensibler Merkmale zum sexuellen Verhalten: Zwei Erhebungsmethoden im Vergleich. 2018; in Vorb.
- [DHIR] Directorate for Health Information and Research. Department of Health. Ministry for Health, Sexual Knowledge, Attitudes and Behaviours. National Sexual Health Survey amongst the Maltese Population Aged 16 to 40. Malta: DHIR 2012 [Als Online-Dokument: https://health.gov.mt/en/dhir/Documents/sexual_health_survey_report_2012.pdf]
- Döring N. Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungen aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. *Gender* 2013; 2: 94–113
- Erens B, Phelps A, Clifton S, Hussey D, Mercer CH, Tanton C, Sonnenberg P, Macdowall W, Copas AJ, Field N, Mitchell K, Datta J, Hawkins V, Ison C, Beddows S, Soldan K, da Silva FC, Alexander S, Wellings K, Johnson AM. National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 3. Technical Report, Vol. 1: Methodology. Natsal: London 2013 [Als Online-Dokument: <http://www.natsal.ac.uk/media/2090/natsal-3-technical-report.pdf>]
- [GenIUSS] Gender Identity in U.S. Surveillance Group. Best Practices for Asking Questions to Identify Transgender and Other Gender Minority Respondents on Population Based Surveys. Los Angeles, CA: The Williams Institute 2014
- Giese H, Schmidt G. Studenten-Sexualität. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1968
- Haavio-Mannila E, Kontula O, Rotkirch A. Sexual Lifestyle in the Twentieth Century: A Research Study. New York, NY: Palgrave 2002
- Haavio-Mannila E, Kontula O, Rotkirch A. Sexuelle Lebensstile in drei Generationen. *Z Sexualforsch* 2003; 16: 143–159
- Hark S, Villa PI, Hrsg. Anti-Genderismus: Sexualität und Geschlecht als Schauplätze aktueller politischer Auseinandersetzungen. Bielefeld: transcript 2015
- Haversath J, Gärtner KM, Kliem S, Vasterling I, Strauss B, Kröger C. Sexualverhalten in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *Dtsch Arztebl* 2017; 114: 545–50
- Helfferich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I. Frauen leben 3: Familienplanung von 20- bis 44-jährigen Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikte. Köln: BZgA 2017 [Als Online-Dokument: https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf]
- Herbenick D, Reece M, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. Sexual Behavior in the United States: Results from a National Probability Sample of Men and Women Ages 14–94. *J Sex Med* 2010; 7(Suppl 5): 255–265
- Heßling A, Bode H. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: BZgA 2015
- Heßling A, Bode H. Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher im Wandel. Ausgewählte Ergebnisse der Studien zur Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 937–947
- Jansen K, Bremer V, von Rueden U, Steffan E, Nitschke H. Sexuelle Gesundheit in Deutschland – Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 913–921
- Klein V, Brunner F. Zwischen Liberalität und Retraditionalisierung – Einstellungen zu sexualitätsbezogenen Themen in Deutschland. *Z Sexualforsch* 2018; 31: 250–262
- Kontula O. Between Sexual Desire and Reality. The Evolution of Sex in Finland. Helsinki: Population Research Institute, Family Federation of Finland 2009
- Laumann EO, Paik A, Glasser DB, Kang JH, Wang T, Levinson B, Moreira ED Jr, Nicolosi A, Gingell C. Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being among Older Women and Men: Findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 143–159
- Martyniuk U, Dekker A. Pornografienutzung von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse einer Pilotstudie. *Z Sexualforsch* 2018; 31: 237–249
- Matthiesen S, Dekker A, von Rueden U, Winkelmann C, Wendt J, Briken P. Sexsurveyforschung in Deutschland und Europa. Die Studie Liebesleben: Pilotstudie zu sexuellen Erfahrungen, Einstellungen und Beziehungen von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60: 971–978
- Media-Micro-Census. MA Radio 2, Methodensteckbrief zur Berichterstattung. Frankfurt/M.: agma 2016 [Als Online-Dokument: <https://www.agma-mmc.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=4146&token=c5d3228065a9f4c4b741a16364af07c5cda19b5a>]
- Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erend B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM. 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* 2013; 382: 1781–1794
- Reece M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. Sexual Behaviors, Relationships, and Perceived Health among Adult Men in the United States: Results from a National Probability Sample. *J Sex Med* 2010; 7(Suppl 5): 291–304
- Richters J, Badcock PB, Simpson JM, Shellard D, Rissel C, de Visser RO, Grulich AE, Smith AM. Design and Methods of the Second Australian Study of Health and Relationships. *Sex Health* 2014; 11: 383–396
- Schmidt D, Matthiesen S, Briken P. Kondomnutzung in unterschiedlichen heterosexuellen Settings. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zum Sexualverhalten von Erwachsenen in Deutschland. *Z Sexualforsch* 2018; 31: 263–276
- Schmidt G, Hrsg. Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966–1996. Gießen: Psychosozial 2000
- Smith A, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, de Visser RO. Sex in Australia: The Rationale and Methods of the Australian Study of Health and Relationships. *Aust N Z J Public Health* 2001; 27: 106–117
- Træen B, Carvalheira A, Kvale IL, Štulhofer A, Janssen E, Graham C, Hald GM und Enzlin P. Sexuality in Older Adults (65+). An Overview of the Recent Literature, Part 2: Body Image and Sexual Satisfaction. *Int J Sex Health* 2017a; 29:11–21
- Træen B, Hald GM, Graham C, Enzlin P, Janssen E, Kvale IL, Carvalheira A, Štulhofer A. Sexuality in Older Adults (65+). An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and Its Difficulties. *Int J Sex Health* 2017b; 29:1–10
- von der Heyde C. Einwohnermeldeamts-Stichproben (EWA-Stichproben). In: ADM. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Meinungsforschungsinstitute e.V. Stichprobeverfahren in der Umfrageforschung. Wiesbaden: Springer 2014; 191–195
- Wasmer M, Blohm M, Walter J, Scholz E, Jutz R. Konzeption und Durchführung der „Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften“ (ALLBUS) 2012. GESIS Technical Report 2014/22. Mannheim: gesis 2014
- Wellings K, Johnson AM. Framing Sexual Health Research: Adopting a Broader Perspective. *Lancet* 2013; 382: 1759–1762
- [WHO] World Health Organisation. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health 2006; 28–31 January 2002, Geneva. Genf: WHO 2006; 5. [Übersetzung aus: WHO Regionalbüro für Europa, BZgA, Hrsg. Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Köln: BZgA 2011]
- [WHO] World Health Organisation. Monitoring Indicators for the Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Final Report. Genf: WHO 2016

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Silja Matthiesen
 Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 smatthie@uke.de