

AIDS-FORUM DAH

60



Schwule Männer und HIV/AIDS:

Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten

Michael Bochow, Stefanie Lenuweit, Todd Sekuler und Axel J. Schmidt

aidshilfe.de

 **Deutsche
AIDS-Hilfe**

Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010

Michael Bochow
Stefanie Lenuweit
Todd Sekuler
und
Axel J. Schmidt

Eine Befragung im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

In Zusammenarbeit mit dem
European MSM Internet Survey (EMIS)

Gefördert durch die
Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), EU

Berlin, Mai 2011

Verantwortung für die Studie

Projektleitung:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Projektdurchführung:

Dr. Michael Bochow

Dipl. Soz. Stefanie Lenuweit

Todd Sekuler, MPH

In Kooperation mit:

Axel J. Schmidt, MD, MPH; Europäischer Studienkoordinator

Danksagung

Die Autoren und die Autorin danken:

2

Ford Hickson (Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Harm J. Hospers (Maastricht University, University College)

Ulrich Marcus (Robert-Koch-Institut)

David Reid (Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Peter Weatherburn (Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Jürgen Töppich (BZgA)

Ursula von Rügen (BZgA)

Karl Lemmen (DAH)

Dirk Sander (DAH)

Armin Schafberger (DAH)

Dorothea Weinrebe (WZB)

Leon Witzel (WZB)

Jörg Borchert (GayRoyal)

Rod Evan (GayRomeo)

Christian (dbna-Team)
Jens Schmidt (GayRomeo)
Karlheinz Schuler (Homo.net)
Micha Schulze (queer.de)
Heiko Mentzel (Barebackcity)

EMIS wurde gefördert durch Zuschüsse der Europäischen Kommission im Rahmen des Programmes Gesundheit & Verbraucher 2008-2013. Weitere Zuschüsse erfolgten von CEEISCat (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS/HIV/SIDA de Catalunya, Spanien), Department of Health for England, Maastricht University (Niederlande), Regione del Veneto (Italien), und vom Robert-Koch-Institut (Deutschland).

Wissenschaftliche Koordination: Robert-Koch-Institut (Deutschland)
Administrative Koordination: Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ, Deutschland)
Technische Durchführung: Sigma Research (UK)
Fragebogenkonzeption: University College, Maastricht (Niederlande)

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung und Methodik	9
1.	Vorgeschichte der Befragung und Erhebungsmethode	9
2.	Zur Durchführung der Erhebung und zum Rücklauf	13
2.1	Soziodemografische Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben	17
II.	Zusammensetzung der Stichprobe und soziodemografischer Vergleich der Erhebungen von 2007 und 2010	19
1.	Alter	19
2.	Größe des Wohnortes	22
3.	Bildungsabschlüsse	25
4.	Erwerbsstatus	28
5.	Einkommen	29
6.	Migrationshintergrund	31
III.	Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homo- und bisexueller Männer	35
1.	Selbstdefinition	35
2.	Wohnsituation	37
3.	Feste Freundschaften und Beziehungsdauer	39
4.	Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld	43
5.	Einbindung in schwule Lebenswelten	48
6.	Zur Nutzung von Websites für MSM	55
7.	Mitgliedschaft in ausgewählten Organisationen	56
8.	Gewalt gegen schwule Männer	58
IV.	Sexualität und Risikoverhalten	63
1.	Partnerzahl und Beziehungsstatus	63
1.1	Männer ohne Sexpartner	63
1.2	Sexuelle Kontakte mit Frauen	65
1.3	Wohnorte und Zahl der Sexpartner/Sexpartnerinnen	68
2.	Sexuelle Praktiken	73
2.1	Sexpraktiken mit anderen Partnern als dem festen Freund	73
2.2	Analverkehr mit dem festen Freund	76
2.3	Vaginalverkehr mit der Partnerin	77
3.	Präventives Verhalten bei Oralverkehr	77
4.	Präventives Verhalten bei Analverkehr	80

4.1	Kondomgebrauch, Erfahrungen und Widerstände	80
4.2	Kondomgebrauch bei Sexkontakten mit Männern innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften	84
4.3	Kondomgebrauch mit anderen Partnern bei Ungetesteten, negativ und positiv Getesteten	85
4.4	Kondomgebrauch bei Sexkontakten mit Frauen	86
4.5	Verfügbarkeit von Kondomen	88
4.6	Zum sicheren Kondomgebrauch	90
4.7	„Negotiated Safety“ (ausgehandelte Sicherheit)	92
4.8	„Serosorting“	93
4.9	„Seropositioning“	96
4.10	„Withdrawal“	97
5.	Häufigkeit von Risikokontakten	100
6.	Zum Vergleich der Erfassung von Risikokontakten im EMIS-Erhebungsinstrument und im deutschen Fragebogenanhang	111
7.	Bereiche sexueller Interaktion	117
8.	Drogenkonsum und Risikoverhalten	123
9.	Sex für Geld	134
9.1	Männer, die für Sex bezahlt haben	134
9.2	Männer, die sich für Sex bezahlen ließen	137
10.	Sexkontakte im Ausland	139
11.	„Sexual happiness“	144
V.	HIV-Antikörpertest	149
1.	Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests	149
2.	Testorte und Testberatung	157
VI.	Lebenssituation von HIV-positiven Befragten, Serostatus und Risikokontakte	165
1.	Zu den Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion der Befragten	165
2.	Zur Verlaufskontrolle der HIV-Infektion	168
3.	Zum Eingehen von Risikokontakten in Abhängigkeit vom Serostatus	169
4.	HIV-Serostatus in festen Partnerschaften	176

VII. Sexuell übertragene Infektionen (STI)	179
1. Lebenszeitprävalenzen viraler STI	181
2. Inzidenzen bakterieller und viraler STI	183
3. Weitere Einflüsse auf den Erwerb von STI	187
4. Zugang zu Untersuchungen auf STI	190
VIII. Informationsverhalten, -quellen und -niveau	195
1. Vorbemerkung	195
2. Informationsverhalten	196
3. Genutzte und wichtigste Informationsquellen	197
4. Verbreitung von DAH-Materialien	207
5. Zur Wahrnehmung der Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“	211
6. Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV	215
7. Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe	226
IX. MSM mit Migrationshintergrund	231
1. Soziodemografische Merkmale	235
2. Sexuelle Identität, Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld, Szenenähe	237
3. Feste Freundschaften, Sexualität, Risikoverhalten	239
4. HIV-Testverhalten und -Serostatus, STI	242
5. Informationsniveau und Informationsquellen	243
X. Neue Ansätze der HIV-Prävention für MSM in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz	251
1. „Making it Count – 2011“	252
2. Mission Réduction des Risques – MRRs	259
2.1 Bestandsaufnahme	259
2.2 Die „Werkzeuge der Prävention“	263
2.3 Die „medikalisierten“ Techniken der Prävention	264
2.4 MSM, Prävention und Risiken	265
2.5 Zwischenbilanz	267
3. Die Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel	267
4. Fazit	269

XI. Zusammenfassung und Ausblick	271
1. Erhebungsmethode und Rücklauf	271
2. Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe	272
3. Zur Lebenssituation der Befragten	273
4. Gewalt gegen Schwule	274
5. Partnerzahl und Beziehungsstatus	275
6. Wohnorte und Zahl der Sexpartner/Sexpartnerinnen	276
7. Sexpraktiken mit anderen Partnern als dem festen Freund	276
8. Analverkehr mit dem festen Freund	277
9. Kondomgebrauch, Erfahrungen, Widerstände	277
10. Häufigkeit von Risikokontakten	279
11. Drogenkonsum und Risikoverhalten	281
12. HIV-Antikörpertest	283
13. Testberatung	284
14. Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion der Befragten	285
15. Verlaufskontrolle der HIV-Infektion	286
16. Risikokontakte in Abhängigkeit vom Serostatus	287
17. HIV-Serostatus in festen Partnerschaften	288
18. Sexuell übertragene Infektionen	289
19. Informationsverhalten und Informationsquellen	291
20. Verbreitung von DAH-Materialien	292
21. ICH WEISS WAS ICH TU	293
22. Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV	293
23. Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe	294
24. MSM mit Migrationshintergrund	295
25. Neue Ansätze der HIV-Prävention für MSM in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz	295
26. Ausblick	300
Literaturverzeichnis	305
Anhang: Fragebogen	309

I. Einleitung und Methodik

9

1. Vorgeschichte der Befragung und Erhebungsmethode

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der neunten in Deutschland erfolgten umfangreichen Befragung von Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), dar. Die Erhebung steht in der Kontinuität der acht zuvor erfolgten Erhebungen, hat jedoch einen anderen Kontext und unterscheidet sich im Verteilungsmedium des Fragebogens. Alle bisherigen Befragungen hatten die besondere Betroffenheit homosexueller Männer durch HIV/AIDS zum Hintergrund. Das für diese Befragungen in diesem Bericht öfter verwandte Kürzel lautet deshalb auch „SMA“ für „Schwule Männer und Aids“. Die ersten beiden Befragungen, die 1987 und 1988 im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt wurden, erfolgten durch die Verbreitung eines vierseitigen Fragebogens in den damals wichtigsten Monatszeitschriften für schwule Männer (ein Gutteil davon kostenlose Programmblätter der Schwulenmetropolen wie Berlin/West, Hamburg, Köln etc.) in der alten Bundesrepublik. Auch die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (im Folgenden: BZgA), Köln, durchgeführten Befragungen in

den Jahren 1991, 1993, 1996 und 1999 beschränkten sich auf eine Verbreitung des Fragebogens durch die wichtigsten Monatszeitschriften für schwule Männer, allerdings konnte die Erhebung nach dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik im Jahr 1990 seit 1991 in den alten und den neuen Bundesländern durchgeführt werden. Die im Auftrag der BZgA 2003 und 2007 erfolgten Befragungen nutzten ebenfalls Monatsmagazine als Verbreitungsmedium; zusätzlich wurde jedoch der Fragebogen auf eine Internetseite gestellt, die über Links von mehreren Internetportalen für Männer, die Sex mit Männern haben, zugänglich war (siehe Bochow/Schmidt/Grote 2010). Die im Jahr 2010 durchgeführte aktuelle Befragung erfolgte ausschließlich über das Internet. Die BZgA ist der Auftraggeber für diesen Bericht, die zugrunde liegende Erhebung fand allerdings im Rahmen des „European MSM Internet Survey“ (im Folgenden: EMIS) statt. Das EMIS-Projekt ist ein Projekt, an dem Regierungs- und akademische Institutionen und Nicht-Regierungsorganisationen aus zunächst 33 europäischen Ländern (im Laufe des Jahres 2010 kamen fünf weitere dazu) beteiligt sind. Das EMIS-Projekt wurde kofinanziert durch die Europäische Union (EU-Gesundheitsprogramm 2008–2013). An der EMIS-Befragung beteiligten sich alle Mitgliedsländer der Europäischen Union mit Ausnahme von Luxemburg, Malta und Zypern. Zusätzlich beteiligten sich noch folgende Länder, die nicht der Europäischen Union angehören: Weißrussland, Moldawien, Norwegen, Russland, die Schweiz, Serbien, die Ukraine und die Türkei. Allerdings nahmen Männer, die Sex mit Männern haben (im Folgenden: MSM), auch in Ländern, die keine offiziellen Partner von EMIS waren, in einem Umfang teil, dass für diese Länder ebenfalls Auswertungen möglich sind. Zu diesen Ländern gehören: Bosnien-Herzegowina, Kroatien, Luxemburg, Malta, Zypern (einschließlich des türkischen Nordteils). Da in einer Mehrheit der Länder Printmedien für schwule Männer nicht in einer Breite und Differenziertheit entwickelt sind, wie in den skandinavischen oder deutschsprachigen Ländern, den Niederlanden, Frankreich und Großbritannien, wurde beschlossen, die Befragung ausschließlich über Internetportale für MSM durchzuführen.

Dem EMIS-Fragebogen liegen vier Leitfragen zugrunde:

1. Wie hoch ist bei Sexualkontakten das Niveau der möglichen Exposition gegenüber und Transmission von HIV und von sexuell übertragbaren Infektionen (im Folgenden wird die englische Abkürzung STI für „sexually transmitted infections“ benutzt)? Bestehen hier Differenzen zwischen MSM-Untergruppen?

2. Wie ausgeprägt ist die Inanspruchnahme vorhandener Präventionsangebote? Welche Teilgruppen nehmen diese unterdurchschnittlich wahr? Welche präventiven Interventionen sind hier (im Sinne des Konzepts struktureller Prävention) geeignet, bestimmte Defizite abzumildern? Damit sind nicht nur Informationen gemeint, sondern ebenso die Zugänglichkeit von (preiswerten) Kondomen, die Zugänglichkeit zu HIV-Tests oder zur Post-Expositions-Prophylaxe, die niedrigschwellige Möglichkeit der Konsultation von Ärzten, Gesundheitsämtern etc.
3. In welchem Ausmaß wird die gesamte MSM-Population erreicht, welches sind die erleichternden, welches die hindernden Faktoren für präventive Interventionen?
4. Welche Informationen werden gebraucht, um Untergruppen oder Teilszenen gezielter zu unterscheiden und welche, um sie zielgruppengenauer zu erreichen?

Aus diesen vier Leitfragen wurde in einem mehrmonatigen Diskussionsprozess, an dem sich eine Reihe von Kooperationspartnern aus vielen Ländern beteiligten, ein Fragebogen entwickelt. Moderiert wurde dieser Diskussionsprozess von den fünf assoziierten wissenschaftlichen Partnern („Associate Partners“) des EMIS-Projektes: das Robert-Koch-Institut, Berlin (wissenschaftliche Koordination), der Gesundheitsdienst der Region Veneto (Regional Centre for Health Promotion Veneto, Italien), das University College Maastricht (Niederlande) der Universität Maastricht, das Catalan Centre for Epidemiologic Studies on AIDS and STIs (CEEISCAT, Barcelona) und die Forschungsgruppe Sigma Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine (Großbritannien). Nicht in jedem beteiligten Land konnte ein staatliches (sozialepidemiologisch ausgerichtetes) Institut *und* eine Nicht-Regierungsorganisation an der Durchführung der Erhebung beteiligt werden. Fast in jedem Land konnte jedoch eine Nicht-Regierungsorganisation (NGO) gewonnen werden. Ziel des EMIS-Projektes war es auch, in den beteiligten Ländern und auf europäischer Ebene die verschiedenen Akteure der Prävention (staatliche Einrichtungen, sozialwissenschaftliche Institute oder Arbeitsgruppen, NGOs) zu vernetzen und deren Kontakte zu vertiefen. Für Deutschland fungieren als „Collaborating Partners“ das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und als weitere Partner („Further National Partners“) die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH), Berlin, als Nicht-Regierungsorganisation und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, als staatliche Einrichtung.

Auch bei dieser Befragung handelt es sich (wie in den acht vorhergehenden in Deutschland) nicht um eine repräsentative Erhebung. Repräsentativbefragungen sind nur möglich, wenn aus einer bekannten Grundgesamtheit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann. Sowohl die Grundgesamtheit aller schwulen Männer wie auch die der Männer, die Sex mit Männern haben, ist in Deutschland (wie auch in allen anderen europäischen Ländern) nicht bekannt. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um ein so genanntes „Convenience Sample“¹. Die Ergebnisse dieser und vergleichbarer Erhebungen in Deutschland (und anderen Ländern) belegen jedoch, dass ihnen eine exemplarische Bedeutung zukommt. Es wurden jeweils Teilgruppen von sexuell aktiveren Männern erreicht, die zu einem erheblichen Teil in deutschen Großstädten mit quantitativ bedeutsamen MSM-Populationen leben. Signifikanzberechnungen geben an, inwieweit gefundene Verteilungen sich von erwarteten Verteilungen unterscheiden². Diese Berechnungen sind jedoch stark von der Stichprobengröße abhängig. Aus diesem Grund haben wir auf Angaben zur statistischen Signifikanz für die einzelnen Ergebnisse im Text weitgehend verzichtet. Bei den vorliegenden hohen Fallzahlen ist jedoch davon auszugehen, dass in den Tabellen/Grafiken sichtbare Unterschiede auch statistisch signifikant sind. In den folgenden Darstellungen werden „fehlende Werte“ zur besseren Lesbarkeit von Grafiken und Tabellen in aller Regel dann nicht dargestellt, wenn der Anteil von Befragten „ohne Angabe“ unter vier Prozent liegt. Durch Rundungen kann sich in bestimmten Tabellen und Abbildungen ein Gesamtwert von 101 Prozent ergeben. Dies wird nicht eigens in der jeweiligen Tabelle oder Abbildung erläutert.

Da viele Männer, die Sex mit Männern haben (z.B. jüngere unter 18-jährige und ältere über 65-jährige Männer), sich nicht als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen wollen, wird die Formulierung „Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM) gewählt. Diese Kategorie hat sich mittlerweile in der deutschsprachigen und angelsächsischen sozialwissenschaftlichen HIV-Präventionsforschung eingebürgert, auch da das – im Englischen wie im Deutschen gleich lautende – Kürzel „MSM“ sehr viel einfacher zu

1) Ein „Convenience Sample“ ist im Gegensatz zum „Random Sample“ (Zufallsstichprobe) eine Stichprobe, die nicht per Zufallsprinzip gebildet wurde. Ausgewählt werden jene Personen, die leicht erreichbar sind, beispielsweise Leser von Zeitschriften bzw. Nutzer bestimmter Internetseiten.

2) In der Statistik sind Unterschiede nicht signifikant, wenn die beobachteten Zusammenhänge zufällig zustande gekommen sind.

gebrauchen ist als die Aufzählung der verschiedenen Selbstdefinitionen wie homosexuell, schwul, queer, bisexuell, homophil etc. (kritisch zum Label „MSM“ siehe Young/Meyer 2005).

2. Zur Durchführung der Erhebung und zum Rücklauf

Im Sommer 2010 wurde auf sechs in Deutschland bekannten Internetportalen, die MSM u. a. zur Herstellung sozialer und sexueller Kontakte nutzen, auf den Fragebogen mit Bannern hingewiesen. Diese Portale, die zunächst für die Erhebung gewonnen wurden, waren mit Ausnahme von „bareback-city“ die Websites, mit denen schon in der Erhebung von 2007 kooperiert wurde: „dbna“ (du bist nicht allein), GayRomeo, GayRoyal, homo.net und queer.de. GayRomeo kam als direkter Kooperationspartner von EMIS dabei eine herausragende Rolle zu. GayRomeo wies in einer eigenen Mitteilung in 25 Sprachen seine User auf die Umfrage hin. Ein Zugang zum Fragebogen war auch möglich über die Website der Deutschen AIDS-Hilfe und die Website von „IWWIT“ (ICH WEISS WAS ICH TU), einem mehrjährigen Präventionsprojekt der DAH für MSM. Wie schon erwähnt, war die Beteiligung von Printmedien an der Befragung von 2010 nicht geplant. Als Mitarbeiter der bisher an den deutschen Befragungen beteiligten Monatsmagazine von der geplanten Erhebung durch Pressemitteilungen der DAH erfuhren, meldeten sie sich jedoch mit dem Wunsch, auch an dieser beteiligt zu werden. Da die Befragung im Jahre 2010 ausschließlich online durchgeführt werden sollte, wurden die Internetportale der Berliner „Siegestsäule“, des im Verlag der „Siegestsäule“ erscheinenden Monatsmagazins „DU&Ich“ und andere Großstadtmagazine (wie „Hinnerk“ in Hamburg, „rik“ in Köln und „LEO“ in München) mit einbezogen. Auf Nachfrage wurde auch die Website des bundesweit verbreiteten Szene-Lifestylemagazins „blu“ berücksichtigt.

Der Fragebogen war in Deutschland vom 5. Juni bis 31. August 2010 online geschaltet. Für den deutschen Teil der europäischen Erhebung wurden alle Befragungsteilnehmer, die zum Zeitpunkt der Befragung in Deutschland wohnten, in das „Convenience Sample“ eingeschlossen, unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft.

Aus einem Gesamtrücklauf von 56.111 Fragebögen (von in Deutschland lebenden Männern) wurden einzelne Fragebögen nach bestimmten Kriterien ausgeschlossen: fehlende Altersangabe oder Alter geringer als 13 oder

höher als 89, fehlende Angabe zum Land des ständigen Wohnorts oder Angabe eines Wohnsitzes außerhalb von Europa und schließlich fehlende Einverständniserklärung (informed consent). Ausgeschlossen wurden ferner weibliche Befragungsteilnehmer, ausschließlich heterosexuelle Männer oder Befragungsteilnehmer, bei denen keine Anhaltspunkte für ein gleichgeschlechtliches Begehren oder Verhalten festzustellen waren. Für den europäischen Teil der Erhebung lagen damit 55.992 ausgefüllte Fragebögen vor. Ein Konsistenz- und Plausibilitätscheck um widersprüchliche Angaben zu wesentlichen Erhebungsthemen auszuschließen, brachte die Zahl der berücksichtigten Befragungsteilnehmer auf 54.387.

Im Durchschnitt (Median³⁾) brauchten die Befragungsteilnehmer 20 Minuten, um die (maximal) 198 Fragen des europäischen Teils des Fragebogens zu beantworten (für nicht positiv getestete Befragungsteilnehmer waren es 18 Fragen weniger). 40.178 Befragte (also rund 74%) füllten zusätzlich die 24 Fragen aus, die sich an den europäischen Teil anschlossen und die nur an Teilnehmer gestellt wurden, die zuvor angegeben hatten, in Deutschland zu wohnen; für den deutschen Teil des Fragebogens brauchten diese durchschnittlich drei Minuten. Die 24 Fragen griffen Themenbereiche auf, die in den früheren deutschen Erhebungen angesprochen wurden, wie z. B. die (deutschen) Informationsquellen zu HIV/AIDS, die im Jahr vor der Befragung genutzt wurden, oder die Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe „IWWIT“ (ICH WEISS WAS ICH TU). Diese Fragen konnten sinnvollerweise nur in einem deutschen Kontext erhoben werden. Einige Fragen wurden in diesem Zusammenhang aufgenommen, um eine gute Vergleichbarkeit zu den früheren deutschen Erhebungen zu gewährleisten (z. B. die nach ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder anderem Testergebnis), auch wenn dies eine gewisse Verdoppelung bestimmter Fragen im europäischen Teil des Erhebungsinstrumentes bedeutete. *Wenn im Folgendem in Tabellen oder Grafiken Ergebnisse der Befragung dargestellt werden, verweist die Bezeichnung EMIS auf die Gesamtheit der Befragten, die das europäische Erhebungsinstrument ausgefüllt haben (n= 54.387). Das Kürzel SMA (Schwule Männer und Aids) verweist auf den Teil der Befragten (n= 40.178), die auch den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben.*

3) Der Median teilt die vorliegende Stichprobe (vereinfacht gesagt) in zwei Hälften; die eine Hälfte hat mehr als zwanzig Minuten gebraucht, um den Fragebogen auszufüllen, die andere weniger als zwanzig Minuten.

Wird der über die Portale der Printmedien realisierte Rücklauf zusammengefasst, zeigt sich, dass dieser 0,6% des gesamten Rücklaufs umfasst. Auch der über die Websites von IWWIT und der DAH gewonnene Rücklauf beläuft sich auf lediglich 0,5%. Der ganz überwiegende Teil des Rücklaufs von 97% geht auf die erwähnten sechs Portale für MSM zurück; in diesem Zusammenhang nimmt GayRomeo eine dominierende Position ein: 83 % aller Fragebögen stammen von GayRomeo-Usern (siehe Tabelle 1.1a). Die gesonderte Benachrichtigungsaktion der User von GayRomeo zur EMIS-Umfrage stieß offenkundig auf große Resonanz, die Wahl des Portals als Kooperationspartner erwies sich als sehr förderlich für die Reichweite der Umfrage.

Tabelle 1.1a: Herkunft der Fragebögen		
Basis: Befragte, die den EMIS-Fragebogen ausgefüllt haben		
	n	%
GayRomeo	11.841	83,3
Dbna (Du bist nicht allein)	627	4,4
Sonstige	437	3,1
GayRoyal	382	2,7
Homo.net	360	2,5
Queer.de	301	2,1
Barebackcity	146	1,0
Deutsche AIDS-Hilfe/IWWIT (ICH WEISS WAS ICH TU)	52	0,4
Online-Schwulenpresse (Blu, DU&ICH, Hinnerk, Publigayte, Schwulissimo, Siegessäule)	49	0,3
Ondamaris	14	0,1
Gesamt	14.209	100

Wird die Herkunft der Fragebögen der MSM, die nur den EMIS-Fragebogen ausgefüllt haben, mit der Herkunft der Fragebögen der Teilnehmer, die auch den zusätzlichen deutschen Frageanhang ausgefüllt haben, verglichen, so zeigen sich kaum Unterschiede (vgl. Tabellen 1.1a und 1.1b).

Tabelle 1.1b: Herkunft der Fragebögen
Basis: Befragte, die die Zusatzfragen beantwortet haben (SMA)

	n	%
GayRomeo	33.146	82,5
Dbna (Du bist nicht allein)	1.663	4,1
Queer.de	1.592	4,0
GayRoyal	1.113	2,8
Homo.net	975	2,4
Sonstige	623	1,6
Barebackcity	451	1,1
Online-Schwulenpresse (Blu, DU&ICH, Hinnerk, Publigayte, Schwulissimo, Siegessäule)	285	0,7
Deutsche AIDS-Hilfe/IWWIT (ICH WEISS WAS ICH TU)	221	0,6
Ondamaris	109	0,3
Gesamt	40.178	100

Die Befragungen im Auftrag der BZgA wurden seit 1991 in zwei- bis vierjährigen Abständen wiederholt. Da in den vergangenen Jahren online auch andere Befragungen von MSM erfolgten, wurde im „deutschen“ Teil der EMIS-Erhebung gefragt, inwieweit die Befragungsteilnehmer sich schon früher an vergleichbaren Erhebungen beteiligt hatten. 3,6 % bzw. 1,7 % der Männer geben an, sich an der Befragung von 2007 oder 2003 „Schwule Männer und Aids“ (im Auftrag der BZgA) beteiligt zu haben. 11 % haben sich an der Befragung „Sex-Check“ im Jahre 2006 von GayRomeo beteiligt (ausschließlich die User von GayRomeo). 1,9 % beteiligten sich schließlich an der Umfrage „Männer, Sex & Gesundheit“ (als Evaluation der DAH-Kampagne IWWIT – „ICH WEISS WAS ICH TU“ – 2008 durchgeführt) und ein Prozent an der Umfrage des RKI von 2006 „KABaSTI“ (Knowledge, Attitudes, Behaviour as to Sexually Transmitted Infections). 17 % der Befragten teilen mit, dass sie sich an einer solchen Umfrage beteiligt haben, sich aber nicht mehr daran erinnern können, welche dies genau war, und 6,6 % gaben „andere Umfragen“ an. 68 % der Befragten gaben an, sich an keiner dieser Umfragen beteiligt zu haben (Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2: Beteiligung an früheren Befragungen (Mehrfachantworten)
Basis: SMA (n= 40.178)

	n	%
Schwule Männer und AIDS 2007	1.433	3,6
Schwule Männer und AIDS 2003	689	1,7
Männer, Sex & Gesundheit - FU 2008	782	1,9
KABaSTI 2006	392	1,0
SexCheck Gayromeo 2006	4.508	11,2
andere	2.645	6,6
ja, aber weiß nicht welche	6.946	17,3
nein, nicht teilgenommen	27.495	68,4

2.1 Soziodemografische Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben

Bevor in den folgenden Kapiteln die untersuchten Themengebiete dargestellt werden, soll noch darauf eingegangen werden, inwieweit sich die 40.178 Befragten, die auch die zusätzlichen 24 „deutschen“ Fragen beantwortet haben, von den 14.209 Männern unterscheiden, die sich auf die Beantwortung des EMIS-Fragebogens beschränkten. Es wurde schon hervorgehoben, dass es keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich der Herkunft der Fragebögen (Websites, die mit der Befragung verlinkt waren) gibt. Auch die Unterschiede in Hinblick auf die Größe des Wohnorts oder auf einen Wohnsitz in einem alten oder neuen Bundesland sind unerheblich (hier nicht dargestellt). Alters- und Bildungsunterschiede sind dagegen zu verzeichnen, auch wenn diese nicht sehr groß sind. Der Personenkreis, der ausschließlich den EMIS-Fragebogen ausgefüllt hat, ist jünger (47% unter 30 Jahre) als die Gruppe, die auch den „deutschen“ Teil ausgefüllt hat (36% unter 30 Jahre) (siehe Abbildung 2.1 im nächsten Kapitel). Der Anteil der Befragten mit einem niedrigeren Bildungsniveau (kein Schulabschluss oder Volks-/Hauptschulabschluss) ist höher bei den Männern, die die Zusatzfragen nicht beantworteten (13%) als bei jenen, die dies taten (9%) (siehe Abbildung 2.3 im nächsten Kapitel). Dieser Befund kann jedoch auch anders formuliert werden: Ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten mit dem niedrigsten Bildungsabschluss (n= 1.772) beantwortete sowohl den EMIS-Fragebogen wie auch die deutschen Zusatzfragen (mehr zur soziodemographischen Struktur des erzielten „Convenience Samples“ im nächsten Kapitel).

II. ZUSAMMENSETZUNG DER STICHPROBE UND SOZIODEMOGRAFISCHER VERGLEICH DER ERHEBUNGEN VON 2007 UND 2010

19

II. Zusammensetzung der Stichprobe und soziodemografischer Vergleich der Erhebungen von 2007 und 2010

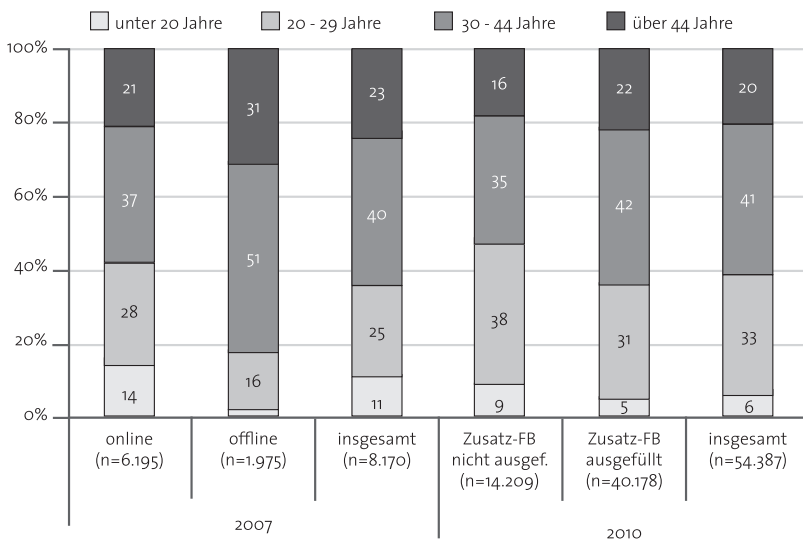
1. Alter

Insgesamt konnte, wie schon in den Erhebungen von 2003 und 2007, sowohl hinsichtlich der Altersstruktur als auch der Wohnortgröße ein breites Spektrum an MSM erreicht werden. Um die Darstellung zu vereinfachen, werden hier nur die Befragungen von 2007 und 2010 verglichen. Für 2007 werden bestimmte soziodemografische Indikatoren unterschieden nach online bzw. offline gewonnenen Fragebögen, für 2010 wird in den Grafiken danach unterschieden, ob die Befragten sich auf die Beantwortung des EMIS-Fragebogens beschränkten oder auch die 24 deutschen Zusatzfragen beantworteten. Wird zunächst nur die Gesamtstichprobe von 2007 mit der von 2010 verglichen, so zeigen sich deutliche Unterschiede (siehe Abbildung 2.1). 11% der 2007 Befragten sind jünger als 20 Jahre ($n = 915$); dagegen sind lediglich 6,4% der Befragungsteilnehmer von 2010 jünger als 20 Jahre. Allerdings umfasst die jüngste Altersgruppe von 2010 3.463 junge Männer (zwischen 14 und 19 Jahren), dank der Größe der Stichprobe von 2010 ist

damit die absolute Zahl der Jugendlichen und jungen Männer im Vergleich zu früheren Befragungen sehr hoch. Verglichen mit der Gesamtteilnehmerzahl von 2007 (n= 8.170) stellt diese jüngste Teilnehmergruppe von 2010 eine Größenordnung dar, die fast die Hälfte der Gesamtstichprobe von 2007 ausmacht. Die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen ist mit 33% in der Erhebung von 2010 stärker vertreten als 2007 (25%), die Gruppe der 30- bis 44-Jährigen dagegen fast gleich stark (2007: 40%; 2010: 41%), ebenso die Altersgruppe der über 44-Jährigen (2007: 23%; 2010: 20%) (Abbildung 2.1). Der Altersmedian beträgt 34 Jahre für die Befragten, die auch die deutschen Zusatzfragen beantworteten, und 30 Jahre für die, die dies nicht taten. Insgesamt beträgt der Median 33 Jahre. Der Altersmedian betrug 2007 33 Jahre für die online befragten und 40 Jahre für die offline befragten Männer.

Abb. 2.1: Altersstruktur der Befragten

Basis: SMA (2007), EMIS und SMA (2010)



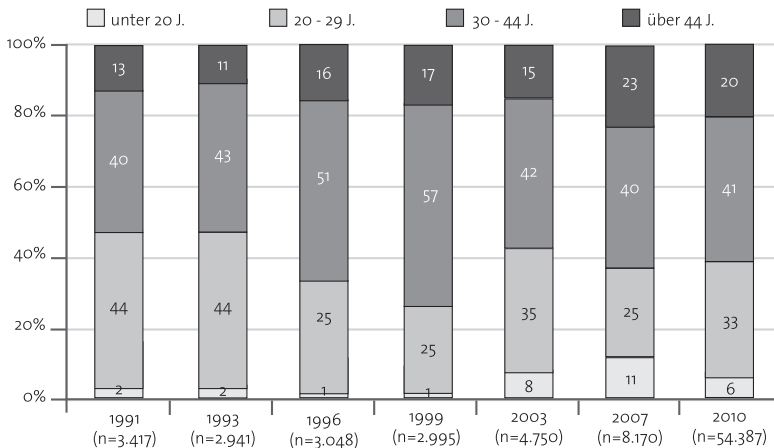
Zeitreihe: Alter

Da mit der Erhebung von 2010 ein Überblick über einen Zeitraum von 20 Jahren zu den Befragungen in Gesamtdeutschland seit 1991 möglich ist, soll bei bedeutsamen Variablen in diesem Bericht jeweils eine Zeitreihe für die jeweilige Variable zwischen 1991 und 2010 grafisch dargestellt werden. Die

folgende Zeitreihe (Abb. 2.2a) zur Altersstruktur der Befragten seit 1991 zeigt, dass sich diese beträchtlich im Laufe des betrachteten Zeitraums änderte. Zwischen 1991 und 1999 nimmt der Anteil der über 29-Jährigen von 53 % 1991 auf 74 % 1999 kontinuierlich zu. Erst durch das Heranziehen der nach 2001 entstehenden Internetportale für schwule Männer (und andere MSM) gelingt es wieder, den Anteil der unter 30-Jährigen zu erhöhen. Der Anteil der unter 30-Jährigen beträgt 1999 26 %, 2003 43 % und 2010 39 %. Es gelingt gleichzeitig seit 2007 den Anteil der über 44-jährigen Befragten zu erhöhen. Er beträgt 2007 23 % und 2010 20 Prozent.

Abb. 2.2a: Altersstruktur im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

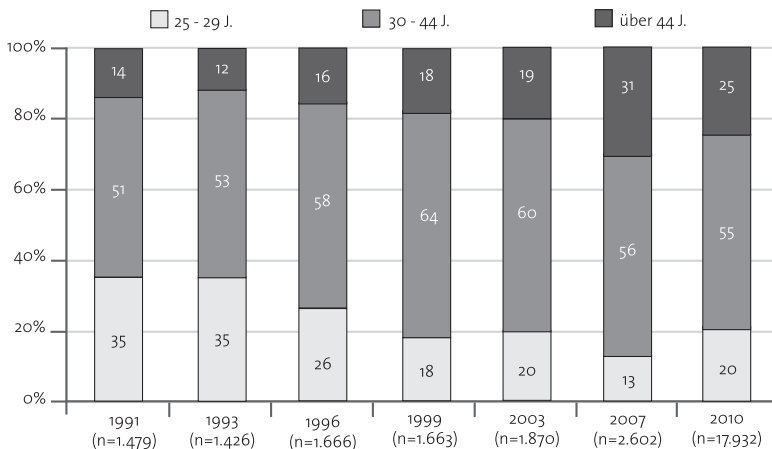


Seitdem der Fragebogen auch online zugänglich war, konnten deutlich mehr MSM mit der Befragung erreicht werden als in den 1990er-Jahren. Schwankte die Zahl der Befragungsteilnehmer um 3.000 in den 1990er-Jahren, stieg ihre Zahl auf 4.750 in der Erhebung von 2003 und auf über 8.000 in der von 2007. Die außergewöhnliche Teilnehmerzahl von 2010 ist – wie schon erwähnt – auf das besondere Engagement des Portals GayRomeo zurückzuführen, das Internetportal mit dem größten Nutzerkreis im deutschsprachigen Raum. 2010 wurde mit den mehr als 54.000 Befragungsteilnehmern eine Reichweite realisiert, die in Deutschland bisher einmalig ist. Aus Gründen der Zeit- und Darstellungsökonomie soll hier keine detaillierte Analyse der Faktoren unternommen werden, die zu unterschiedlichen Beteiligungsraten

in verschiedenen Untergruppen von MSM führten. Diese soll in Zusatzauswertungen im Rahmen weiterer Veröffentlichungen erfolgen. Die hier formulierten summarischen Kommentare seien lediglich als Anregungen für zukünftige vertiefende Analysen verstanden. In Anlehnung an den Bericht zur Befragung von 2007, der Veränderungen in den Stichproben von 1991 bis 2007 ein eigenes Kapitel widmete (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 195–219; siehe auch Schmidt/Bochow 2009, Bochow et al. 2003) soll hier lediglich bei jeder Zeitreihendarstellung eine „adjustierte“ Zeitreihengrafik zusätzlich gezeigt werden. Da besonders die Beteiligung von jüngeren MSM und die Beteiligung von Bewohnern von Gemeinden mit unter 500.000 Einwohnern im Zeitverlauf schwankte, zeigt die „adjustierte“ Zeitreihe die Befragungsteilnehmer, die in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern leben und älter als 24 Jahre sind. Es zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei der Zeitreihe der Gesamtstichproben: auch hier (Abb. 2.2b) wird die größere Reichweite der Online-Befragungen von 2007 und 2010 deutlich.

Abb. 2.2b: Altersstruktur im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern

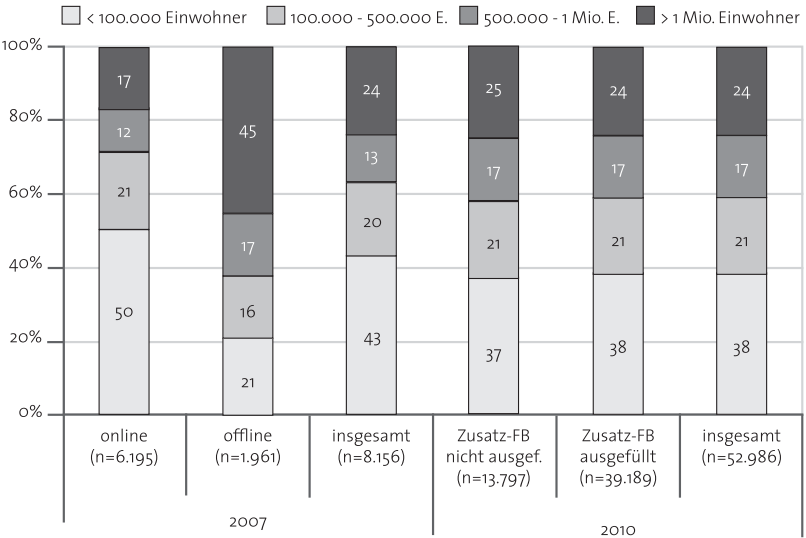


2. Größe des Wohnortes

Knapp drei Prozent (2,6%) der Befragten machten keine Angabe zur Größe ihres Wohnortes, acht Prozent verweigerten eine Angabe zu den ersten beiden Ziffern der Postleitzahl ihres Wohnortes. Da 8% einen nicht zu

vernachlässigenden Anteil darstellen, werden in den Auswertungen lediglich die Angaben zur Wohnortgröße berücksichtigt und nicht die Angaben zu den ersten beiden Ziffern der Postleitzahlen. 24% der Befragungsteilnehmer geben 2010 an, dass sie in einer Millionenstadt wohnen. Insgesamt 41% aller Befragten wohnen in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern, 38% in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern. In kleineren Gemeinden mit unter 10.000 Einwohnern leben 15%, 2007 lebten 22% in Gemeinden mit unter 20.000 Einwohnern (die kleinste Gemeindekategorie wurde 2010 und 2007 unterschiedlich erhoben). Abbildung 2.3 zeigt, dass der Gesamtrücklauf, nach Größe des Wohnorts betrachtet, sich wenig unterscheidet. Zwar ist der Anteil der Befragten, die in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern leben, mit 38% in der Befragung von 2010 niedriger als 2007 (43%), wegen der besonderen Größe des „Convenience Samples“ wurden 2010 in absoluten Zahlen mehr Personen in kleineren Städten und Gemeinden erreicht (n= 19.966) als 2007 (n= 3.476). Der Anteil der in den deutschen Millionenstädten lebenden Befragten ist mit 24%, bezogen auf den Gesamtrücklauf in beiden Befragungen, gleich hoch.

Abb. 2.3: Wohnortgröße der Befragten
 Basis: SMA (2007), EMIS und SMA (2010)



Zeitreihe: Größe des Wohnorts

Die Zeitreihe 1991 bis 2010 (Abb. 2.4a) zeigt eine zunehmende Dominanz der Wohnorte mit mehr als einer Million Einwohnern in den realisierten Stichproben zwischen 1991 und 1999; seitdem der Fragebogen auch online zugänglich wurde (2003), gelingt es, deutlich mehr Befragte in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern zu erreichen, dies ist ebenfalls ein Hinweis auf die größere Reichweite der Befragungen seit 2003. Auch bei den über 24-jährigen Bewohnern in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern (Abb. 2.4b) verringert sich der Anteil derjenigen, die in den deutschen Millionenstädten wohnen.

Abb. 2.4a: Wohnortgröße im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

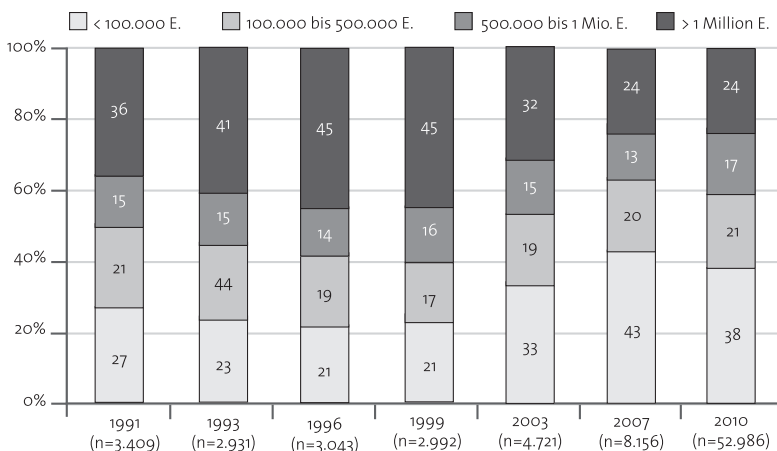
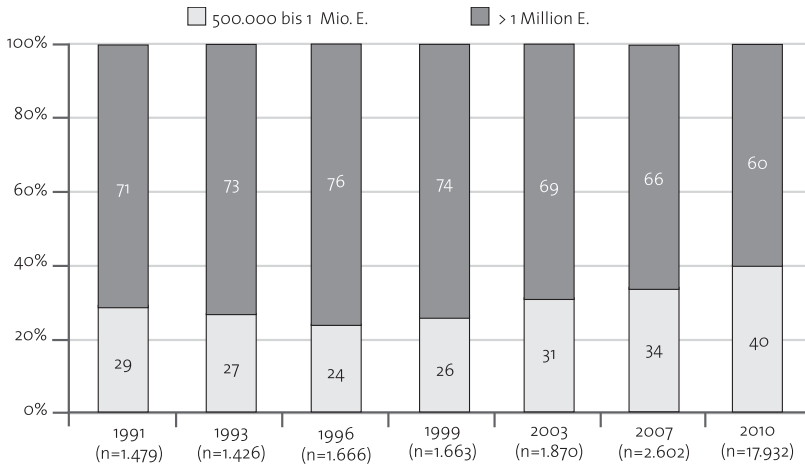


Abb. 2.4b: Wohnortgröße im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



3. Bildungsabschlüsse

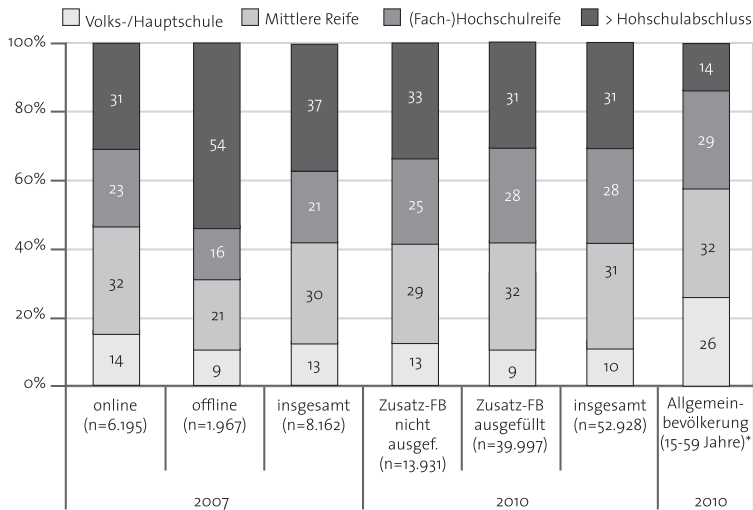
25

Der Anteil der Befragungsteilnehmer mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss ist – wie in fast allen vorangegangenen Erhebungen – hoch. Über die Hälfte der Befragten hat 2010 (wie 2007) Abitur oder einen (Fach-)Hochschulabschluss. Verglichen mit Daten des Statistischen Bundesamtes für die Gesamtbevölkerung zeigt sich eine Überrepräsentanz von Personen mit (Fach-)Hochschulabschluss (Abbildung 2.5). Ein Erhebungsinstrument, das selbst auszufüllen ist und eine Vielzahl von Fragen (allein 198 ohne den deutschen Zusatzfragebogen) umfasst, von denen einige etwas „komplizierter“ formuliert sind, stellt für manche potenzielle Befragungsteilnehmer eine Barriere dar. Dies betrifft am ehesten Menschen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Der Fragebogen konnte zwar in 25 Sprachen ausgefüllt werden. Demzufolge konnten viele MSM mit Migrationshintergrund den Fragebogen in der Sprache ihres Herkunftslandes oder ihrer Eltern beantworten; dennoch muss hervorgehoben werden, dass das Sprachverständnis, das erforderlich war, um den 198 Fragen umfassenden Fragebogen der EMIS-Erhebung auszufüllen, ein beachtliches kulturelles Kapital erforderte. Auch wenn auf Allgemeinverständlichkeit des EMIS-Fragebogens in allen angebotenen Sprachen geachtet wurde, ist seine Komplexität nicht zu unterschätzen.

10% der Befragten geben als höchsten Schulabschluss einen Hauptschul-/Volksschulabschluss an (n= 4.843), 31% den Abschluss der mittleren Reife oder einer beruflichen Lehre (n= 16.811); trotz des „Bias⁴“ zugunsten höher Gebildeter sind demnach die Gruppen der niedrigen und mittleren Qualifikationen in absoluten Zahlen so stark besetzt, dass differenzierte Analysen möglich sind.

Abb. 2.5: Bildungsabschlüsse der Befragten

Basis: SMA (2007), EMIS und SMA (2010)



* Quelle: Statistisches Bundesamt, Bildungsstand der Bevölkerung 2010

Zeitreihe: Bildungsabschlüsse

Es zeigt sich, dass alle SMA-Erhebungen einen „Bias“ zugunsten der Befragten mit (Fach-)Hochschulreife und (Fach-)Hochschulabschlüssen aufweisen (Abb. 2.6a). Seit 2007 konnte deren Anteil dank der größeren Reichweite der Befragungen etwas verringert werden. Unter den über 24-jährigen Befragten in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern bleibt der Anteil der MSM mit (Fach-)Hochschulabschluss hoch und schwankt in allen Stichproben um 50 % (2.6b).

4 Bias = Verzerrung, die durch bestimmte Faktoren im Forschungsprozess (z.B. die Erhebungsmethode) hervorgerufen wird und die Gültigkeit des Messergebnisses beeinträchtigt.

Abb. 2.6a: Bildungsabschlüsse der Befragten im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

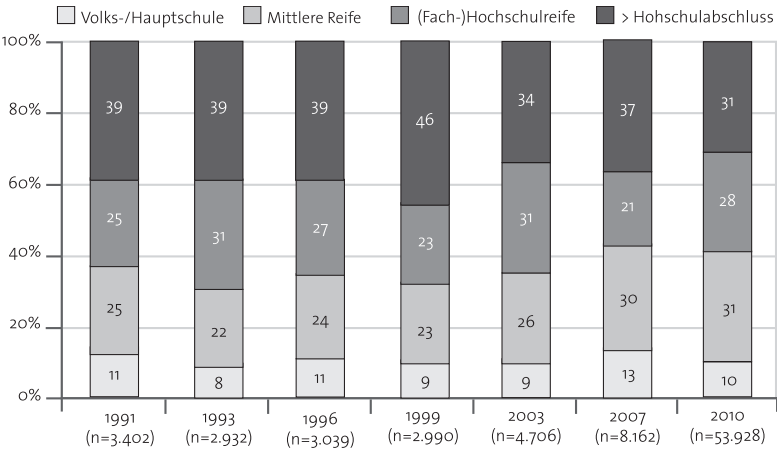
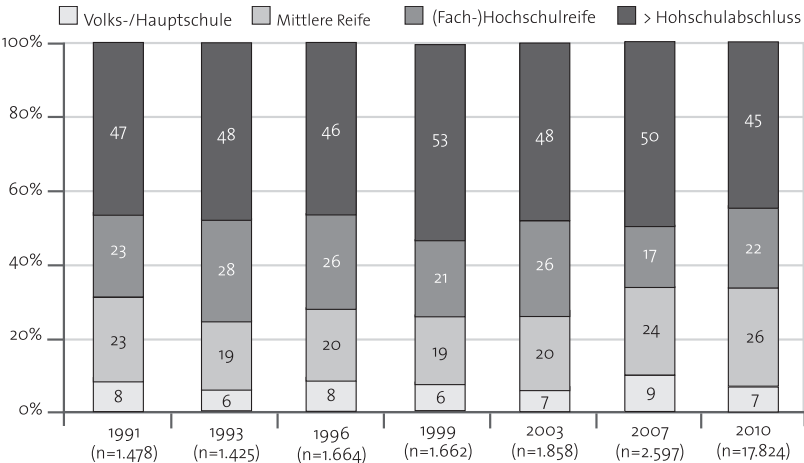


Abb. 2.6b: Bildungsabschlüsse der Befragten im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



4. Erwerbsstatus

Die Mehrzahl der Befragten ist berufstätig: 56 % sind Vollzeit abhängig beschäftigt, 11 % als Selbständige berufstätig, 5,4 % sind Teilzeit beschäftigt, 13 % sind Studenten; 3,3 % sind zum Zeitpunkt der Befragung berentet, 1 % Prozent längerfristig krank geschrieben. Mehr als die Hälfte (55 %) der Rentner können als frühberentet gelten, da sie unter 60 Jahre alt sind; von den getesteten Frührentnern sind 56 % HIV-positiv, auf alle Frührentner bezogen sind es 51 %. Unter den längerfristig krank Geschriebenen sind 19 % HIV-positiv (hier nicht dargestellt).

Tabelle 2.1: Erwerbsstatus der Befragten

Basis: EMIS

	n	%
Vollzeit beschäftigt	30.392	56,2
Teilzeit beschäftigt	2.901	5,4
selbstständig	6.090	11,3
arbeitslos	2.979	5,5
Student	6.946	12,9
Rentner	1.767	3,3
Längerfristig krankgeschrieben	555	1,0
Anderes	2.410	4,5
Gesamt	54.040	100,0

6 % der Männer waren zum Befragungszeitpunkt arbeitslos (hier beträgt der Anteil HIV-positiver MSM unter den Getesteten 19 %). Zum Vergleich: 11,5 % aller getesteten Befragten haben ein positives Testergebnis (siehe Kapitel 5 zum HIV-Antikörpertest).

Im Vergleich zu den Arbeitslosenquoten von 6 % in Westdeutschland und 11 % in Ostdeutschland (in Berlin: 12,6 %) im November 2010 (Bundesagentur für Arbeit 2010) ist das Ausmaß der Arbeitslosigkeit unter den Befragungsteilnehmern sehr ähnlich: 10 % der ostdeutschen und 6 % der westdeutschen Befragten im erwerbsfähigen Alter geben an, dass sie arbeitslos sind, nur die Berliner Befragten sind mit 9 % im geringeren Ausmaß von

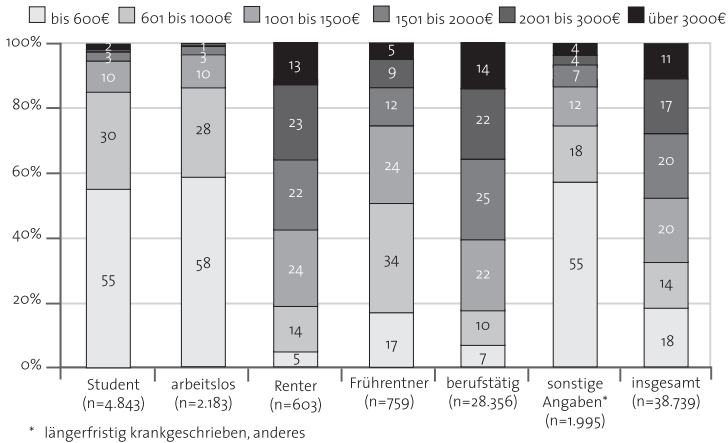
Arbeitslosigkeit betroffen als die Berliner Erwerbsfähigen. Dies ist auf den höheren Anteil von Akademikern unter den Berliner Befragten zurückzuführen (41% der Berliner Befragten haben einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss, 31% der westdeutschen und 25% der ostdeutschen Befragungsteilnehmer). Befragte mit niedrigeren Bildungsabschlüssen sind in höherem Maße von Arbeitslosigkeit betroffen als Befragte mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss: 26% der Männer ohne Schulabschluss sind arbeitslos, 14% derer mit Hauptschulabschluss; dagegen sind lediglich 7% der Realschulabsolventen und 4% der Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss arbeitslos.

5. Einkommen

Erstmalig wurde in der Erhebung von 2007 nach dem monatlichen Nettoeinkommen gefragt. Diese Frage wurde von fast allen Befragungsteilnehmern (97%) beantwortet und 2010 im Rahmen des deutschen Fragenanhangs zum EMIS-Fragebogen wiederholt. Auch in der Erhebung von 2010 beantworteten 97% der Befragten, die den deutschen Fragenanhang ausfüllten, die Frage nach dem persönlichen Nettoeinkommen. Abbildung 2.7 zeigt, dass 32% über bis zu 1000 Euro im Monat verfügen, 40% geben ein Nettoeinkommen zwischen 1001 Euro und 2000 Euro an. Werden nur die Berufstätigen betrachtet, so wird deutlich, dass ein gutes Drittel (36%) über ein Nettoeinkommen von über 2000 Euro verfügt, 14% über 3000 Euro. Ein Großteil der Studenten (55%) und der Arbeitslosen (58%) verfügt über weniger als 600 Euro im Monat. Über weniger als 1000 Euro verfügen die Hälfte der Frührentner (bis 59 Jahre) und 19% der Rentner. Es wird deutlich, dass die Frühberentung einen massiven Einfluss auf die Höhe des verfügbaren Einkommens hat; um es zu wiederholen: 56% der getesteten Frührentner sind HIV-positiv.

Abb. 2.7: Einkommen der Befragten nach Stellung im Beruf

Basis: SMA



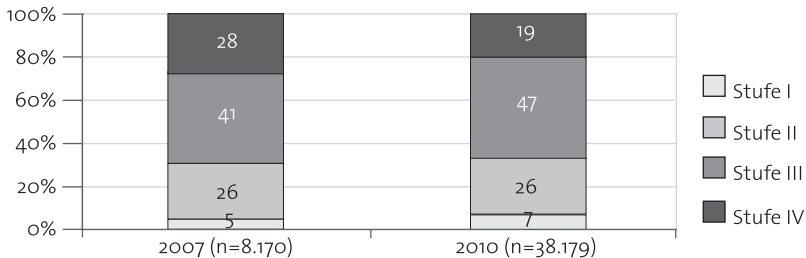
Wie schon in den vorhergehenden Erhebungen wurde auch für diesen Projektbericht ein Schichtindex gebildet. Dabei wurde der Schul-, Lehr- oder (Fach-)Hochschulabschluss berücksichtigt. Für den Schichtindex konnte das monatliche Nettoeinkommen berücksichtigt werden, allerdings nur für die Befragten, die die deutschen Zusatzfragen ausgefüllt haben (die Frage nach dem monatlichen Nettoeinkommen war nicht Teil des europäischen Fragebogens). Für den Schichtindex wurde eine Einteilung in vier Stufen vorgenommen, wobei Stufe I einen sozioökonomischen Status beschreibt, der mit einer niedrigen Bildung und einem geringen Nettoeinkommen einhergeht, und die höchste Stufe IV Personen zu einer Gruppe zusammenfasst, die über ein hohes Einkommen und/oder einen hohen Ausbildungsabschluss verfügen.⁵ Abbildung

⁵ Im Einzelnen wurden Personen mit niedrigem Bildungsabschluss (Volks/Hauptschule) und einem Nettoeinkommen bis 1.500€ Stufe I zugeordnet. Männer mit mittleren Bildungsabschlüssen (Realschulabschluss und/oder Lehrabschluss oder eine kleine Gruppe von Hauptschulabsolventen) und einem Einkommen bis 2.000€ finden sich in Stufe II. Männer mit Abitur oder einem Studienabschluss und einem Einkommen bis 2.000€ (Abitur) bzw. 1.500€ (FHS/HS-Studium) sowie Männer mit niedrigen/mittleren Bildungsabschlüssen (Real- und Hauptschule) und einem mittleren Einkommen zwischen 2.000€ und 3.000€ wurden der Stufe III zugeordnet. Befragte, die über ein monatliches Einkommen von mehr als 3.000€ verfügen, wurden in Kategorie IV eingeordnet, unabhängig von ihrem Bildungsabschluss. Ebenfalls in die höchste Kategorie fallen Männer, die zwar nur über ein mittleres Einkommen verfügen, aber ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium abgeschlossen haben. Der gebildete Schichtindex orientiert sich demnach mehr am „kulturellen“ Kapital in Gestalt von Bildungsabschlüssen als lediglich am verfügbaren Nettoeinkommen.

2.8 zeigt, dass in der Erhebung von 2010 mehr Männer in den unteren und mittleren Kategorien I bis III erreicht wurden und (prozentual) deutlich weniger in der Kategorie IV als dies 2007 der Fall war. Dies bedeutet, dass der seit Beginn der Erhebungsreihe vorhandene „Mittelschichtsbias“ reduziert werden konnte.

Abb. 2.8: Schichtzugehörigkeit der Befragten

Basis: SMA (2007), SMA (2010)



6. Migrationshintergrund

Um Rückschlüsse auf einen Migrationshintergrund ziehen zu können, wurde im europäischen Fragebogen nach dem Geburtsort der teilnehmenden MSM gefragt. Lediglich 2,8% verweigerten eine Antwort auf diese Frage; 92% der Männer, die die Frage beantwortet haben, sind in Deutschland geboren. Die anderen Geburtsländer der MSM wurden in zwei Gruppen zusammengefasst:

- Gruppe II: Länder, in denen Homosexualität ähnlich akzeptiert ist bzw. vergleichbar gelebt werden kann wie in Deutschland. Einige Länder, in denen dies noch nicht der Fall ist, die aber z. B. gesetzliche Regelungen für die Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften getroffen haben und/oder Gesetze gegen Diskriminierungen aufgrund der sexuellen Orientierung erlassen haben, wurden ebenso dieser Gruppe zugeordnet. Für die Zuordnung in Gruppe II war auch die Tatsache ausschlaggebend, ob in den jeweiligen Ländern eine etablierte (oder sich spürbar entwickelnde) Schwulenbewegung vorhanden ist und ob ähnliche subkulturelle Gesellungsformen wie in den west- und nordeuropäischen Ländern möglich sind. Die Einordnung in die Gruppe II mag bei bestimmten lateinamerikanischen Ländern und Südafrika erstaunen. Die Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften (in Südafrika sogar die in der Verfassung garantierten Rechte sexueller Minderheiten), das offene Agieren von schwulen Organisationen und die sichtbare Existenz

- schwuler Szenen (wie in Argentinien und Brasilien) haben zu dieser Zuordnung geführt. Den AutorInnen ist bewusst, dass gerade in so großen Ländern wie den soeben genannten die Lebenssituation für „offen schwule“ Männer sehr abhängig davon ist, ob sie in Metropolen wie Buenos Aires oder Sao Paulo leben oder in abgelegenen Provinzen. In schwächerer Form sind solche Diskrepanzen jedoch auch in europäischen Ländern wie Deutschland, Italien oder Spanien gegeben. Ein Index, der international vergleichend die Akzeptanz von bzw. Toleranz gegenüber Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transsexuellen abbilden könnte, ist bisher nicht entwickelt worden. Um eine pragmatische Lösung zu finden, wurde unter anderem bei der Bildung der zwei Gruppen auf Veröffentlichungen der ILGA (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association) zurückgegriffen (Ottosson 2009, ILGA 2010, Chemin 2011).
- 4,5% der Befragten (n= 2.396) wurden in Ländern der Gruppe II geboren.
- Gruppe III: Länder, in denen ein größeres Ausmaß an Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Homosexualität herrscht. 3,7% der Befragten (n= 2.015) wurden in Ländern der Gruppe III geboren⁶.

Tabelle 2.2 zeigt, dass in Gruppe II die USA als Geburtsland mit 16% den höchsten Anteil an Befragten stellen, es folgen Frankreich (10,4%, Überseegebiete eingeschlossen), Italien (9,7%) und an vierter Stelle Österreich (9,1%). Diese Prozentsätze können nicht mit früheren Erhebungen verglichen werden, da in ihnen nicht nach dem Geburtsland gefragt wurde. Zudem konnte der Fragebogen 2010 in 25 Sprachen unabhängig vom Land des

6 a) Gruppe II: Andorra, Argentinien, Australien, Belgien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dänemark, Finnland, Frankreich & Überseeterritorien, Griechenland, Grönland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Südafrika, Tschechische Republik, Großbritannien & Überseeterritorien, USA, Uruguay.

b) Gruppe III: Afghanistan, Ägypten, Äquatorialguinea, Äthiopien, Albanien, Algerien, Angola, Armenien, Aserbaidschan, Bahamas, Bahrain, Bangladesch, Barbados, Belize, Benin, Bhutan, Bolivien, Bosnien-Herzegowina, Botsuana, Brunei, Bulgarien, Burkina Faso, China, Dominica, Dominikanische Republik, Dschibuti, Ecuador, El Salvador, Elfenbeinküste, Eritrea, Estland, Fidschi-Inseln, Gabun, Gambia, Georgien, Ghana, Guatemala, Guinea, Haiti, Honduras, Indien, Indonesien, Irak, Iran, Jamaika, Jemen, Jordanien, Kamerun, Kap Verde, Kasachstan, Katar, Kenia, Kirgisistan, Kolumbien, Kongo-Brazzaville, Kongo-Kinshasa, Kosovo, Kroatien, Kuba, Kuwait, Laos, Lesotho, Lettland, Libanon, Litauen, Malaysia, Malediven, Mali, Malta, Marokko, Mauretanien, Mauritius, Mazedonien, Mexiko, Moldawien, Mongolei, Montenegro, Mosambik, Namibia, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Oman, Pakistan, Palästina, Paraguay, Peru, Philippinen, Polen, Puerto Rico, Rumänien, Russland, Sambia, Saudi-Arabien, Serbien, Simbabwe, Singapur, Slowakei, Somalia, Sri Lanka, Sudan, Süd-Korea, Syrien, Tadschikistan, Taiwan, Tansania, Thailand, Togo, Trinidad-Tobago, Tschad, Tunesien, Türkei, Türkische Republik Nordzypern, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ukraine, Ungarn, Usbekistan, Vanuatu, Vatikanstadt, Vereinigte Arabische Emirate, Venezuela, Vietnam, Weißrussland, Zentralafrikanische Republik, Zypern.

Wohnsitzes ausgefüllt werden. In Deutschland lebende Franzosen konnten z. B. den Fragebogen in Französisch ausfüllen.

Tab. 2.2: Herkunftsländer (Gruppe II) Basis: EMIS			Tab. 2.3: Herkunftsländer (Gruppe III) Basis: EMIS		
	n	%		n	%
USA	391	16,3	Polen	455	22,6
Frankreich	249	10,4	Russland	198	9,8
Italien	232	9,7	Rumänien	155	7,7
Österreich	219	9,1	Türkei	104	5,2
Großbritannien	179	7,5	Kasachstan	96	4,8
Spanien	142	5,9	Bulgarien	63	3,1
Brasilien	129	5,4	Mexiko	58	2,9
Schweiz	119	5,0	Ukraine	56	2,8
Niederlande	116	4,8	Ungarn	46	2,3
Griechenland	83	3,5	Kroatien	44	2,2
Tschechische Republik	58	2,4	Kolumbien	43	2,1
Portugal	50	2,1	China	41	2,0
Belgien	46	1,9	Indien	40	2,0
Kanada	46	1,9	Bosnien & Herzegowina	37	1,8
Australien & Neuseeland	39	1,6	Serbien	32	1,6
Südafrika	37	1,5	Länder mit N<30 (gruppiert):		
Dänemark	34	1,4	Asien	253	12,6
Argentinien	34	1,4	Mittel- & Südamerika	114	5,7
Luxemburg	31	1,3	restliches Europa	95	4,7
Länder mit N<30 (gruppiert):			Afrika	85	4,2
Restliches Europa	88	3,7	Gesamt	2.015	100,0
Asien	43	1,8			
Mittel- & Südamerika	31	1,3			
Gesamt	2.396	100,0			

Tabelle 2.3 dokumentiert, dass in Polen geborene MSM mit 23 % den höchsten Anteil der Männer in Gruppe III stellen. Zu welchem Anteil sich diese Untergruppe aus Angehörigen der deutschstämmigen Minderheit in Polen zusammensetzt und zu welchem Anteil der polnischstämmigen Mehrheit, lässt sich mit den erhobenen Daten dieser Erhebung nicht klären. Dies gilt ähnlich für die zweitgrößte Untergruppe (10 %), die in Russland geboren wurde und die drittgrößte, deren Geburtsort in Rumänien liegt (8 %), ebenso für die MSM, die in Kasachstan (4,8 %) geboren wurden. In der Reihenfolge ihrer Größe folgt nach Rumänien die Untergruppe der MSM, die die Türkei als Geburtsland angeben (5,2 %).

Das Geburtsland stellt nur einen ersten groben Indikator für einen Migrationshintergrund dar. Im „deutschen“ Fragenanhang wurde auch nach dem Geburtsland der Mutter und des Vaters gefragt. Diese Informationen liegen also für 74 % der in Deutschland befragten EMIS-Teilnehmer vor. Hierauf soll im Kapitel IX über MSM mit Migrationshintergrund eingegangen werden.

III. AUSGEWÄHLTE DATEN ZUR LEBENSSITUATION HOMO- UND BISEXUELLER MÄNNER

III. Ausgewählte Daten zur Lebenssituation homo- und bisexueller Männer

35

Wie schon berichtet, fand die Befragung, deren Ergebnisse hier dargestellt werden, in einem anderen Rahmen statt als bisher üblich. Unter diesen Umständen ist es von noch größerer Bedeutung als früher, auf Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Zusammensetzung des „Convenience Samples“ zu achten. Es wird aus diesem Grunde bei den Erläuterungen zur sozio-demographischen Zusammensetzung der Stichprobe ausführlicher auf bestimmte Untergruppen eingegangen; wenn diese sehr klein sind, wird häufig nicht auf- oder abgerundet, vielmehr werden die Werte mit einer Dezimalstelle dargestellt.

1. Selbstdefinition

Die überwiegende Mehrheit (76 %) der Befragten bezeichnet sich als „schwul oder homosexuell“, so die Formulierung der im Fragebogen vorgegebenen Kategorie (2007: 85 %). 17 % bezeichnen sich als bisexuell (2007: 11 %; Tabelle 3.1). In Abschnitt 3 dieses Kapitels wird deutlich werden, dass die Zunahme der

sich bisexuell bezeichnenden Männer und die Abnahme der sich als schwul oder homosexuell bezeichnenden Männer kein Zufall ist, sondern auch ein Ergebnis des im Vergleich zu früheren Befragungen angestiegenen Anteils der Befragten, die in einer Beziehung mit einer Frau leben.

Tab. 3.1: Selbstdefinition der Befragten (in %)
Basis: EMIS

	unter 20 Jahre	20 bis 29 Jahre	30 bis 44 Jahre	über 44 Jahre	insgesamt
schwul oder homosexuell	69	75	79	75	76
bisexuell	23	16	15	20	17
heterosexuell	1	1	1	1	1
andere Bezeichnung	1	1	1	1	1
benutze keine Bezeichnung	6	7	5	5	6
n insgesamt	3.458	17.718	22.101	10.998	54.275

36

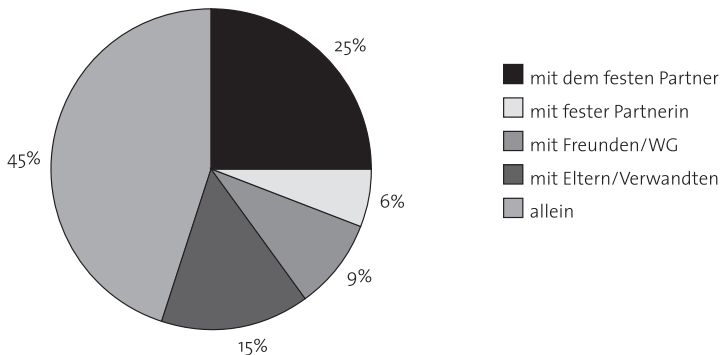
Wie in früheren Erhebungen bezeichnet sich ein geringerer Anteil der unter 20-jährigen Befragten (69 %) als schwul oder homosexuell, in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen ist der Prozentsatz der sich so definierenden am höchsten (79 %). Besonders hoch ist der Anteil der Befragten, die sich als bisexuell bezeichnen, mit 23 % bei den unter 20-Jährigen; für einen Großteil der MSM ist dies die Altersphase kurz vor oder nach dem Coming-out. Auch in der Altersgruppe der über 44-Jährigen ist der Anteil der sich bisexuell definierenden Männer mit 20 % überdurchschnittlich hoch. 1 % der Befragten bezeichnet sich als heterosexuell, die Prozentsätze variieren in den verschiedenen Altersgruppen zwischen 0,5 und 1,3 %. In der Altersgruppe der über 44-Jährigen ist dieser Anteil mit 0,5 % am geringsten. 5,6 % der Befragten geben an, dass sie auf eine Selbstdefinition verzichten, der Prozentsatz ist bei den unter 30-Jährigen mit 6,5 % am höchsten und bei den über 44-Jährigen mit 4,5 % am niedrigsten. Die Gruppe der „Definitionsverweigerer“ war in früheren Erhebungen deutlich niedriger (2007: 3,7 %; 2003: 1,6 %). Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass 12 % der Männer, die mitteilen, dass niemand in ihrem Umfeld von ihren gleichgeschlechtlichen Sexkontakten weiß, eine Selbstdefinition verweigern, es sind 8 % der Befragten, die in einer Beziehung mit einer Frau leben.

2. Wohnsituation

Fast die Hälfte (45%) aller befragten MSM wohnt alleine, ein mit der Erhebung von 2007 identischer Wert (45%) (Abbildung 3.1). 24,3% wohnen mit dem festen Partner zusammen und 0,5% mit dem festen Partner und einem (oder mehreren) Kind(ern) (2007 wohnten 25% mit dem festen Partner zusammen, darunter 0,2% mit ihrem Kind/ihren Kindern). 4,3% der MSM wohnen mit ihrer Partnerin zusammen (2007: 2,5%), weitere 1,6% wohnen mit ihrer Partnerin und ihrem Kind/ihren Kindern zusammen (2007: 1,8%). 9% der MSM wohnen mit FreundInnen (oder anderen Mitbewohnern) zusammen (2007 wurde das Zusammenwohnen mit FreundInnen und in einer Wohngemeinschaft getrennt erhoben; 2% gaben an, in einer schwulen Wohngemeinschaft zu wohnen und 4% mit FreundInnen). 15,1% der MSM leben (noch) bei den Eltern oder anderen Verwandten (2007: 20%).

Abb. 3.1: Wohnsituation der Befragten

Basis: EMIS (n=54.216)



Die Wohnsituation der Befragten unterscheidet sich je nach Bestehen einer festen Partnerschaft. Etwas mehr als die Hälfte (60%) der Befragten in einer festen Beziehung wohnt mit einem Partner/einer Partnerin zusammen (ausführlichere Anmerkungen zu den Beziehungen mit männlichen und weiblichen Partnern im nächsten Abschnitt); 52% der Männer mit einer Beziehung zu einer Frau wohnt mit dieser zusammen, weitere 19% mit der Partnerin und (ihren/m) Kind(ern). In Schwulenmetropolen wie Berlin, Hamburg oder München wohnen Männer in festen Beziehungen eher zusammen als in mittelgroßen Städten oder kleineren Gemeinden (dies gilt für alle Altersgruppen).

Dies gilt ebenso für Männer, die angeben, mehrere feste Partner zu haben. Mit steigendem Alter teilen sich die Befragten die Wohnung zunehmend mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin (Abbildung 3.2). Hervorzuheben ist, dass von den über 44-jährigen MSM, die in einer Beziehung leben, 50% mit ihrem Partner zusammenwohnen und 23% mit ihrer Partnerin. In der Gruppe der Männer ohne feste Beziehung (Singles) zeigt sich eine andere Tendenz. 89% der über 44-jährigen Singles wohnen allein, 6% mit FreundInnen. Es überrascht nicht, dass 82% der unter 20-jährigen Singles noch bei ihren Eltern (oder Verwandten) wohnen (Abbildung 3.3).

Abb. 3.2: Wohnsituation von Befragten in festen Partnerschaften nach Altersgruppen

Basis: EMIS, Männer in festen Partnerschaften

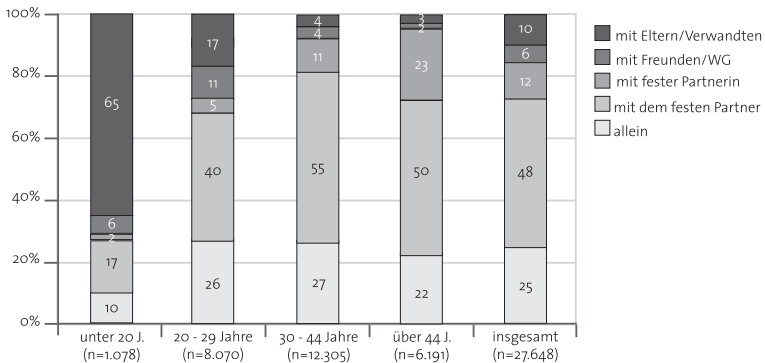
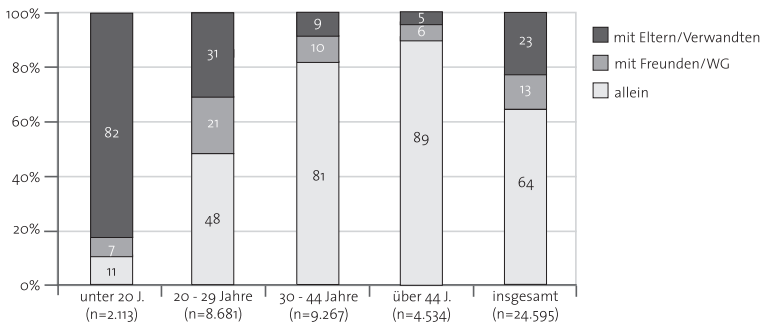


Abb. 3.3: Wohnsituation von Befragten ohne feste Partnerschaft nach Altersgruppen

Basis: EMIS, Männer ohne feste Partnerschaft



3. Feste Freundschaften und Beziehungsdauer

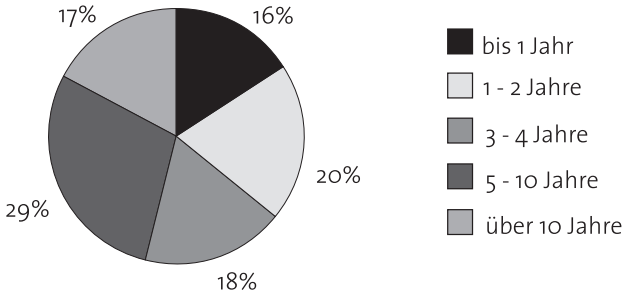
Wie 2007 lebt 2010 ungefähr die Hälfte aller Befragten in einer Beziehung. Umfasste diese Hälfte 2007 fast ausschließlich Beziehungen mit männlichen Partnern, so sind in den 49% von 2010 sehr unterschiedliche Beziehungstypen eingeschlossen. 41% der befragten MSM leben in einer Beziehung mit einem männlichen Partner. 8% leben in einer Beziehung mit einer Frau (n= 4.342). Noch nie gab es im Laufe der Erhebungsreihe seit 1987 einen so hohen Prozentsatz von Befragungsteilnehmern, die angaben, mit einer Frau zusammenzuleben (2003: 4,9%; 2007: 5,4%). Offenkundig konnten im Rahmen der Online-Befragung von 2010, in der ein Sample von bisher nie dagewesener Größe realisiert wurde, auch MSM erreicht werden, die bisher nicht auf diese Art von Umfragen reagiert haben. Mit der EMIS-Befragung von 2010 wurden die bestehenden Beziehungen auch differenzierter erhoben als in den vorhergehenden Befragungen. So erklären 1,1% der MSM (n= 582), dass sie in einer Beziehung mit zwei oder mehreren Männern leben, 0,2% (n= 123) leben in einer Beziehung mit einem Mann und einer Frau (oder in Beziehungen mit mehreren Männern und einer Frau oder mit einem Mann und mehreren Frauen). Gaben Befragte mehrere männliche Partner an, wurden sie aus erhebungstechnischen Gründen gebeten, Angaben zu dem Partner zu machen, zu dem die längste Beziehung bestand. Nur Angaben zu diesem Partner konnten gemacht werden; erhebungstechnisch wäre ein Filterfragensystem, das die Existenz von mehreren koexistierenden Beziehungen berücksichtigt hätte, zu komplex geworden.

In allen bisherigen Befragungen wurde zusätzlich zur Frage nach einem festen Partner erhoben, ob die Beziehung auch sexuelle Kontakte zu anderen Männern erlaubt, oder ob sie eher „monogam“ gelebt wird. Hierzu ergaben sich seit den 1990er Jahren eher „zeitstabile“ Anteile. Fast die Hälfte der Männer in Beziehungen gab an, dass diese „offen“ gelebt wird. Diese Zusatzfrage wurde 2010 nicht gestellt. Werden die Beziehungen, die zum Zeitpunkt der Erhebung länger als ein Jahr andauerten, betrachtet, zeigt sich eine Tendenz, die auch schon in früheren Befragungen beobachtet werden konnte. Der Anteil der „offenen“ Beziehungen steigt mit der Beziehungsdauer: 57% der Männer in einer ein- bis zweijährigen Beziehung hatten als einzigen Sexpartner ihren Freund, dies traf auf 47% der Männer in drei- bis vierjährigen Beziehungen zu und auf 29% der Männer in mehr als vierjährigen Beziehungen. Wie Abbildung 3.4 zeigt, bestehen 46% der gleichgeschlechtlichen Beziehungen länger als

vier Jahre (2007: 42 %), 17,5 Prozent bestehen seit drei bis vier Jahren. Weniger als ein Jahr dauern 16 % der Beziehungen (2007: 16 %).

Abb. 3.4: Dauer der aktuellen Beziehung zu einem Mann

Basis: EMIS, Männer in fester Beziehung zu einem Mann (n= 22.387)

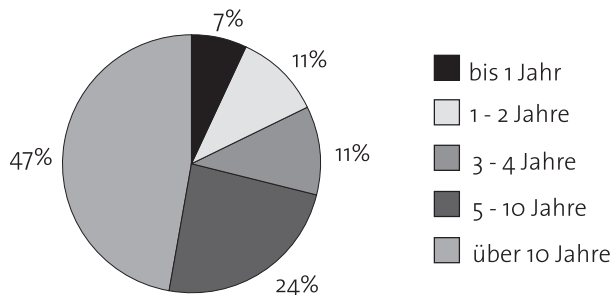


Das Lebensalter hat einen Einfluss auf das Bestehen einer festen Beziehung. 71 % der unter 20-Jährigen leben als Single sowie 57 % der 20- bis 29-Jährigen und 46 % der über 29-Jährigen. Das Bestehen einer Beziehung mit einer Frau scheint noch stärker durch das Lebensalter beeinflusst zu sein. 3 % der unter 20-Jährigen, 5 % der 20- bis 29-Jährigen, acht Prozent der 30- bis 44-Jährigen und 15 % der über 44-Jährigen leben in einer Beziehung mit einer Frau. Der Einfluss des Faktors Lebensalter kann in zwei Richtungen interpretiert werden. Zum einen kann angenommen werden, dass MSM mit zunehmendem Lebensalter die Bedeutung einer Beziehung mit einer Frau entdecken. Zum anderen kann vermutet werden, dass viele Männer lebensgeschichtlich mit Beziehungen zu Frauen beginnen und im Laufe ihres Lebens die Bedeutung von gleichgeschlechtlicher Sexualität für sich entdecken, dies jedoch zu einem Zeitpunkt, zu dem sie schon mehrere Jahre mit einer Frau zusammenleben. Qualitative Studien (z. B. Bochow 2005) lassen vermuten, dass die zweite Gruppe größer ist als die erste. Für diese Hypothese finden sich auch Anhaltspunkte in den Daten der vorliegenden Erhebung. Lediglich 18 Prozent der zu Frauen angegebenen Beziehungen bestehen seit weniger als drei Jahren; weitere 11 % drei bis vier Jahre. Ein Viertel der Beziehungen (24 %) haben eine Dauer von fünf bis zehn Jahren, fast die Hälfte (47 %) dauert elf Jahre und länger. Der Anteil der über vier Jahre dauernden Beziehungen zu Frauen ist mit 71 % also höher als der Anteil der über vier Jahre dauernden Beziehungen zu Männern (46 %). Bei den Beziehungen, die länger als zehn Jahre dauern, ist ihr Anteil

bei Beziehungen mit Frauen sogar noch deutlich höher (47%) als bei den Beziehungen mit Männern (17%) (siehe Abbildung 3.4 und 3.5).

Abb. 3.5: Dauer der aktuellen Beziehung zu einer Frau

Basis: EMIS, Männer in fester Beziehung zu einer Frau (n=4.502)



Über die Hälfte der MSM (55 %), die in einer Beziehung mit einer Frau leben, wohnen in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern; dieser Anteil liegt deutlich höher als der für die Gesamtheit der Befragten, der bei 38 % liegt. Lediglich 14 % dieser Männer leben in einer Millionenstadt, dagegen ein Viertel (24 %) aller Befragten.

Seit dem Jahr 2001 ist das Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (ELP) in Kraft. Im Verlauf der vergangenen Jahre zeichnet sich ein zunehmendes Interesse an dieser Regelung ab. Die Frage nach der eingetragenen Lebenspartnerschaft wurde im deutschen Anhang des EMIS-Fragebogens gestellt. 40.178 MSM beantworteten diese Frage. Gaben in der Befragung von 2003 3 % aller Befragten an, eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingegangen zu sein, waren dies 2007 6 %, es sind 8 % 2010 (Abbildung 3.6); bezogen auf Männer in einer festen Beziehung mit einem Mann waren 2003 6 % der Männer eine ELP eingegangen, 2007 11 % und 2010 15 %. Der Wert für 2010 bezieht sich nur auf Männer, die eine Beziehung zu einem Mann angeben. 12 % der Männer, die koexistierende Beziehungen zu mehreren Männern angeben, sind eine ELP eingegangen, und 0,6 % (n= 17) der Männer, die in einer Beziehung mit einer Frau leben. Fast die Hälfte der Männer (43 %), die in einer Beziehung mit einem Mann leben, können sich eine ELP mit ihrem Freund vorstellen, weitere 24 % schließen nicht generell eine ELP aus. 14 % halten es für unwahrscheinlich, eine solche einzugehen, und nur 4 % teilen mit, dass sie auf keinen Fall eine ELP eingehen werden (Abbildung 3.7). 19 % der MSM, die mehrere feste Partner

angeben, würden möglicherweise mit einem ihrer Partner eine ELP eingehen, 32 % schließen eine ELP nicht aus, 25 % halten es für unwahrscheinlich, jemals eine solche einzugehen und 13 % lehnen sie generell ab. Fast zwei Drittel der Singles (63 %) würden unter Umständen eine ELP eingehen, ein Viertel (24 %) hält eine solche für unwahrscheinlich und 9 % lehnen eine derartige Beglaubigung einer zukünftigen festen Beziehung generell ab. Der Anteil derer, die eine ELP eingegangen sind, steigt mit dem Lebensalter; dies ist nicht verwunderlich, denn auch der Anteil der Männer mit einem festen Partner steigt mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig steigt der Anteil derer, die eine ELP generell ablehnen, von 7 % bei den unter 20-Jährigen auf 11 % bei den über 44-Jährigen.

Abb. 3.6: Einstellungen zur eingetragenen Lebenspartnerschaft

Basis: SMA

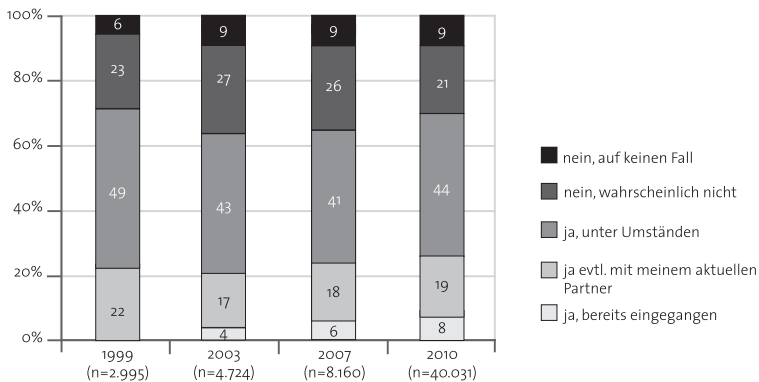
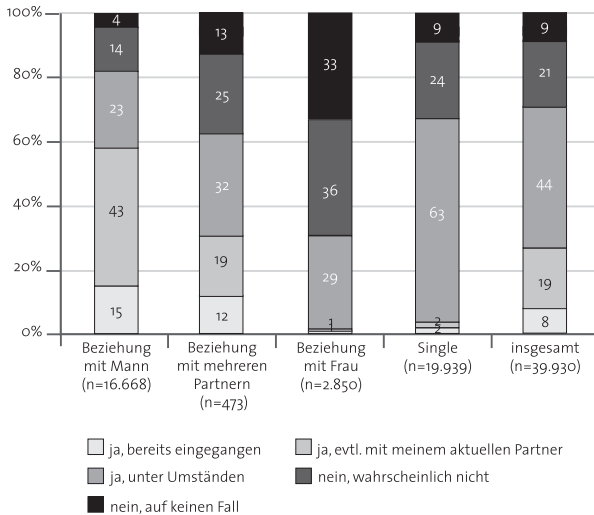


Abb. 3.7: Einstellungen zur eingetragenen Lebenspartnerschaft nach Beziehungsstatus

Basis: SMA



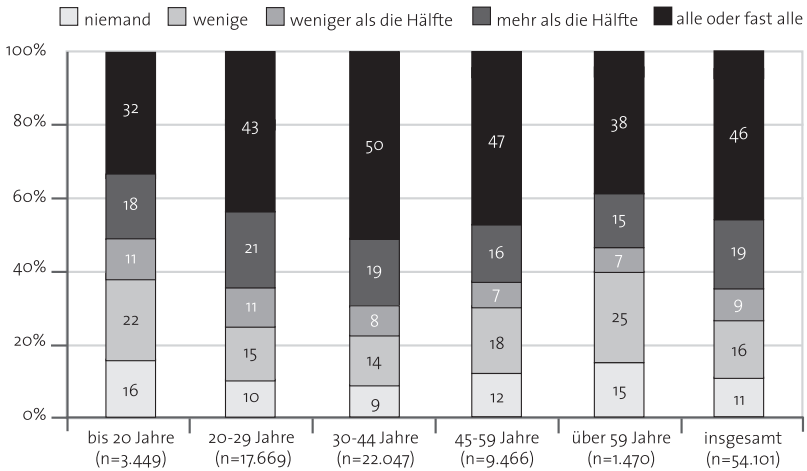
4. Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld

Der Übergang von einer verdeckt zu einer im sozialen Umfeld offen gelebten Homosexualität ist häufig ein langwieriger und nicht einfacher Prozess. Seit Beginn der Befragungsreihe wurde deshalb erhoben, ob Vater, Mutter, Geschwister, ArbeitskollegInnen und heterosexuelle FreundInnen über die Homosexualität des Befragten informiert sind, und ob diese akzeptiert wird. Akzeptanz und Nicht-Akzeptanz sind über die Befragungszeiträume hinweg bis zur Befragung von 2007 relativ stabil geblieben. In der europäischen Befragung von 2010 lautete die Frage: „Wenn Sie an die Menschen denken, die Sie kennen (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Mitstudierende), welcher Anteil von ihnen weiß, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?“ Die Dimension des offen oder verdeckt „schwul“ (oder homosexuell oder „queer“) leben wurde also wesentlich summarischer erfragt als in früheren Erhebungen. Es wurde 2010 im Gegensatz zu den früheren Befragungen nicht erhoben, in welchem Umfang die homosexuelle Orientierung abgelehnt wird, wenn sie in der Familie oder im sonstigen sozialen Umfeld bekannt ist, und ob es Personen gibt, bei denen die Befragten nicht sicher sind, ob ihre Homosexualität vermutet wird.

Bestimmte früher festgestellte Zusammenhänge, z. B. zwischen Alter oder Bildungsniveau und einer „offen schwulen“ Lebensweise zeigen sich dennoch auch in der aktuellen Befragung. Jüngere und ältere Befragte weisen die höchsten Anteile an Männern auf, von denen niemand im sozialen Umfeld weiß, dass eine homosexuelle Orientierung besteht; es sind 16 % bei den unter 20-Jährigen und 15 % bei den über 59-Jährigen. Nur wenige Personen haben Kenntnis von der homosexuellen Orientierung im sozialen Umfeld bei 22 % in der jüngsten Altersgruppe und bei 25 % in der höchsten Altersgruppe. Bei einem Drittel der Jüngeren (32 %) und der Älteren (38 %) weiß das gesamte soziale Umfeld von der gleichgeschlechtlichen Orientierung, bei den 20- bis 59-Jährigen ist es fast die Hälfte der Familienmitglieder, Freunde und Kollegen (siehe Abbildung 3.8).

Abb.: 3.8: Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld der Befragten nach Altersgruppen

Basis: EMIS

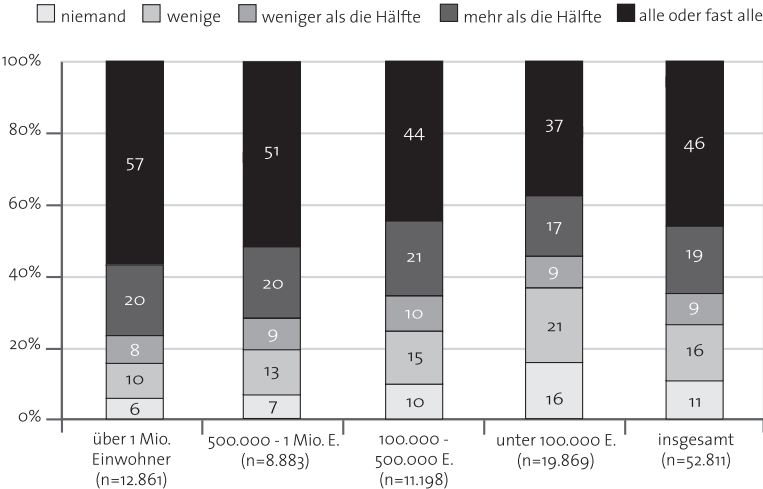


Ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Bildungsniveau und einem eher verdeckten Leben als gleichgeschlechtlich orientierter Mann ist feststellbar. Von den Männern mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) geben 31% an, dass nur wenige Personen in ihrem sozialen Umfeld von ihrer Homosexualität (oder Bisexualität) wissen, bei den Männern mit Realschulabschluss sind dies 27% und bei den Männern mit Abitur oder

(Fach-)Hochschulabschluss sind es 26 % (hier nicht dargestellt). Deutlicher ist der Zusammenhang zwischen der Größe des Wohnorts und einem offen „schwulen“ Lebensstil. 57 % der Befragten, die in einer deutschen Millionenstadt leben, teilen mit, dass alle (oder fast alle) Personen in ihrem sozialen Umfeld von ihrer Homosexualität (Bisexualität) wissen, es sind 37 % bei den Befragten, die in Städten/Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern leben. 16 % der Bewohner von Millionenstädten teilen mit, dass niemand bzw. nur wenige von ihrer Homosexualität wissen, es sind 37 % bei den Bewohnern von Städten/Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern (Abbildung 3.9).

Abb. 3.9: Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld der Befragten nach Wohnortgröße

Basis: EMIS

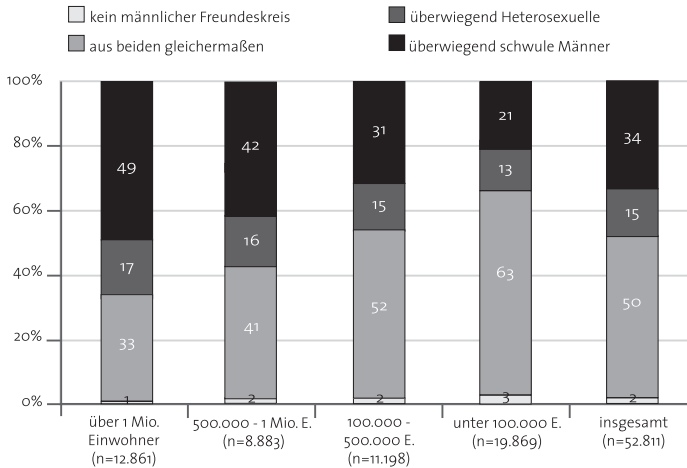


Wie in den vorhergehenden Befragungen wurde 2010 erhoben, wie sich der Freundeskreis der Befragten zusammensetzt; wurde dies bis 2007 geschlechtsunspezifisch erhoben, so wurde 2010 nur nach männlichen Freunden gefragt. Möglicherweise auch bedingt durch die unterschiedliche Frageformulierung zeigen sich in der Erhebung von 2010 deutliche Unterschiede zu 2007. Die Hälfte der Befragten hat einen männlichen Freundeskreis, der sich überwiegend aus heterosexuellen Männern zusammensetzt; 2007 gaben 31 % an, dass ihr Freundeskreis sich überwiegend aus heterosexuellen

Männern und Frauen zusammensetzt. 34 % (2007: 19 %) geben an, dass sie überwiegend homosexuelle Freunde haben; bei 15 % (2007: 44 %) der Befragten setzt sich der männliche Freundeskreis gleichermaßen aus homo- und heterosexuellen Männern zusammen. Die Gründe für die Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung des Freundeskreises zwischen den Erhebungen von 2007 und 2010 sind mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht zu erklären. Eine (nicht belegbare) Erklärung könnte in der Bedeutung heterosexueller Frauen in den Freundeskreisen homosexueller (bisexueller) Männer bestehen. Wird nur nach Männern im Freundeskreis gefragt, könnte sich demzufolge die Zusammensetzung der Freundeskreise deutlich ändern. 2 % der Befragten geben an, dass sie keine männlichen Freunde haben, 2007 gaben 6 % an, dass sie keinen Freundeskreis haben. Altersbedingte Unterschiede sind ausgeprägt bei der Analyse der Zusammensetzung des Freundeskreises. 71 % der unter 20-Jährigen haben überwiegend heterosexuelle männliche Freunde, bei den über 44-Jährigen sind es 44 %. Überwiegend schwule Jugendliche/junge Männer haben lediglich 15 % der unter 20-Jährigen im Freundeskreis, bei den über 44-Jährigen geben dies 39 % an. Bei den Männern ohne männlichen Freundeskreis bestehen kaum altersspezifische Unterschiede, es sind 3 % der unter 20-Jährigen und über 44-Jährigen, und 2 % in den dazwischen liegenden Altersgruppen. Während 3 % der Männer, die in Orten unter 100.000 Einwohnern leben, keinen männlichen Freundeskreis haben, sind es nur 1 % in den Millionenstädten. Die Bewohner der Millionenstädte weisen den höchsten Anteil von Befragten mit überwiegend schwulen Männern im Freundeskreis (49 %) auf, in Orten mit unter 100.000 Einwohnern sind es 21 %. Dagegen beläuft sich der Anteil der Männer mit überwiegend heterosexuellen Männern im Freundeskreis in Millionenstädten auf 33 %, bei Männern in kleineren Städten und Gemeinden beträgt er 63 % (Abbildung 3.10).

Abb. 3.10: Zusammensetzung des Freundeskreises der Befragten nach Wohnortgröße

Basis: EMIS



Männer mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) weisen mit 4% den höchsten Anteil an Befragten auf, die keinen männlichen Freundeskreis haben, bei Männern mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss sind es 2%.

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen der Zusammensetzung des Freundeskreises und der Thematisierung der eigenen Homosexualität im sozialen Umfeld. Es überrascht nicht, dass Männer, die ihrem sozialen Umfeld ihre gleichgeschlechtliche Orientierung verheimlichen, mit 7% einen vergleichsweise hohen Anteil aufweisen, die keinen männlichen Freundeskreis haben. Diese Gruppe hat den höchsten Anteil (88%) an Männern mit überwiegend heterosexuellem Freundeskreis. Männer, deren gesamtes soziales Umfeld über ihre Homosexualität informiert ist, weisen den geringsten Anteil (34%) an überwiegend heterosexuellen Freunden auf, sie haben den höchsten Anteil (47%) an überwiegend schwulen Männern im Freundeskreis.

5. Einbindung in schwule Lebenswelten

Wie in den vorhergehenden Befragungen wurde auch 2010 erhoben, welche Orte bzw. Treffpunkte der Schwulenszene die Befragten aufgesucht haben. Gefragt wurde nach der Frequentierung von Cafés, Bars, Diskos, Clubs für schwule Männer, nach dem Besuch von Darkrooms, Sex-Clubs und öffentlichen und (getrennt davon) privaten Sex-Partys für Schwule, und schließlich nach dem Besuch von Schwulensaunen, Pornokinos und Cruising-Orten wie Autobahnraststätten, Parks, Klappen (im Schwulen-Jargon der Begriff für öffentliche Toiletten). Im Unterschied zu 2007 wurde 2010 der Besuch von Schwulenzentren und Schwulenorganisationen und die Teilnahme an Treffen von Schwulengruppen erhoben, dagegen nicht mehr die Frequentierung von Leder- oder Fetischbars. Bedeutsamer gegenüber diesen eher geringfügigen Differenzen im Erhebungsinstrument ist jedoch ein anderer Unterschied im Frageformat. Wurde bis 2007 die Frequenz des Besuchs in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung (z. B. wöchentlich, monatlich, seltener) erfragt, wurde 2010 erhoben, wann der letzte Besuch erfolgte. Für den Zeitpunkt des letztmaligen Besuchs wurden folgende Zeiteinheiten vorgegeben: In den letzten 24 Stunden, sieben Tagen, vier Wochen, sechs Monaten, zwölf Monaten, fünf Jahren, vor mehr als fünf Jahren, noch nie.

In Anlehnung an die Typologie der vorhergehenden Befragungen, die sich an der Frequenz des Besuchs der Orte schwuler Geselligkeit und der Treffpunkte für schnellen Sex orientierte, wurde für die Analyse der Daten von 2010 eine Typologie entwickelt, die die letzten Besuche an den verschiedenen Treffpunkten besonders berücksichtigt.

Es wurde unterschieden nach Orten schwuler Geselligkeit

1. Schwulenzentren, Schwulenorganisationen, Schwulengruppentreffen
2. Cafés, Bars für Schwule
3. Diskos, Clubs für Schwule

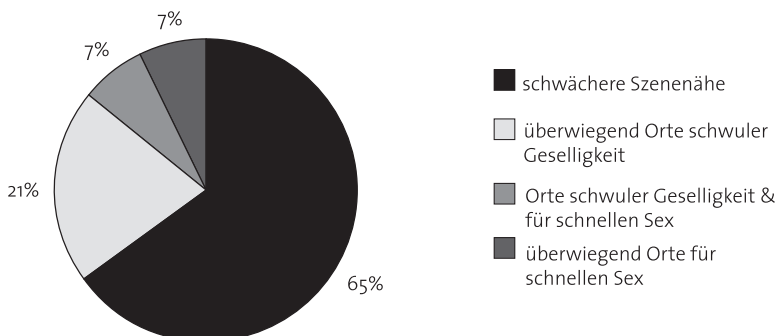
und nach Treffpunkten, die sich besonders für „schnellen Sex“ eignen

1. Darkrooms, Sex-Clubs und öffentliche Sexpartys für Schwule
2. Private Sexpartys für Schwule
3. Schwulensaunen
4. Pornokinos
5. Cruising-Orte

Männer die angaben, in den letzten vier Wochen vor der Befragung mindestens zwei der drei Kategorien von Orten „schwuler Geselligkeit“ aufgesucht zu haben und maximal einen Treffpunkt für „schnellen Sex“ wurden der Gruppe von Befragten zugeordnet, die Orte schwuler Geselligkeit bevorzugen. Männer die angaben, in den letzten vier Wochen vor der Befragung mindestens zwei der Treffpunkte für schnellen Sex aufgesucht zu haben und maximal einen Ort schwuler Geselligkeit, wurden der Gruppe von Befragten zugeordnet, die die Treffpunkte für schnellen Sex bevorzugen. Männer die in den letzten vier Wochen zwei oder mehr Orte schwuler Geselligkeit aufsuchten und gleichzeitig zwei oder mehr Treffpunkte für schnellen Sex, wurden einer „Mischgruppe“ zugeordnet. Schließlich wurde eine Gruppe mit schwächerem Szenebezug gebildet: Dieser wurde alle Männer zugeordnet, die allenfalls einen der genannten Orte schwuler Geselligkeit (oder gar keinen) und einen Treffpunkt für schnellen Sex (oder gar keinen) in den vier Wochen vor der Befragung aufgesucht haben. Diese Typologie versucht nur eine erste Annäherung in der Analyse der „Szenenähe“ der Befragten. Mit Sicherheit geben auch die als Orte schwuler Geselligkeit klassifizierten Treffpunkte Gelegenheit zu schnellem Sex; ebenso bietet das Aufsuchen der Treffpunkte für schnellen Sex keineswegs die Gewähr, diesen dort auch zu finden. Mit dem gewählten Verfahren wird unter Umständen der Anteil der Männer mit schwächerem Szenebezug überschätzt. Das gewählte Verfahren wurde wegen seiner Unaufwendigkeit gewählt und um Vergleiche mit früheren Erhebungsauswertungen zu ermöglichen. Die im beschriebenen Verfahren definierten Gruppen verteilen sich folgendermaßen auf die Gesamtheit der Befragten (Abbildung 3.11):

Abb. 3.11: Besuch von Orten mit überwiegend schwulen Besuchern

Basis: EMIS (n= 54.150)



Zum Vergleich sei auf die entsprechende Graphik von 2007 verwiesen. Die Proportionen der (vorsichtig ausgedrückt) „Szeneferneren“ zu den „Szene-nahen“ wie auch die Anteile der Männer, die die Orte der „schwulen Geselligkeit“, und jener, die die Treffpunkte des schnellen Sex bevorzugten, fallen ähnlich aus (Abbildung 3.12):

Abb. 3.12: Besuch von Orten mit überwiegend schwulen Besuchern

Basis: SMA (2007) (n= 8.130)

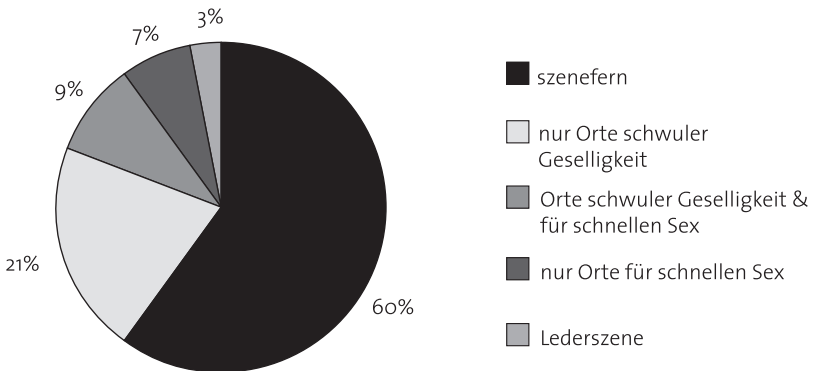
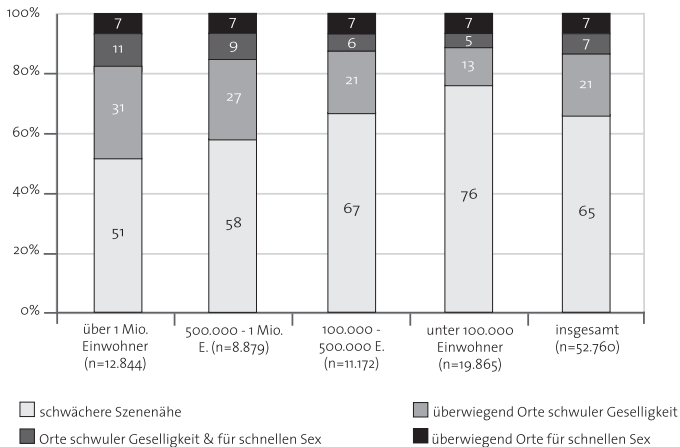


Abbildung 3.13 dokumentiert erwartungsgemäß, dass Befragte in den Millionenstädten wie auch in den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern geringere Anteile von Männern mit schwächerem Szenebezug aufweisen, wenngleich die Anteile der Szeneferneren auch hier 51 Prozent (Millionenstädte) bzw. 58 % (Großstädte über 500.000 Einwohner) betragen. Die Orte schwuler Geselligkeit werden allerdings besonders in diesen Großstädten aufgesucht, was nicht verwundert, da sie in den Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern in sehr viel geringerem Umfang oder gar nicht existieren. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Männer, die die Treffpunkte für schnellen Sex bevorzugen, mit 7 % konstant bleibt, unabhängig von der Größe des Wohnorts. Wenn auch Pornokinos und Schwulensauenen vor allem in den Großstädten anzutreffen sind, ist sowohl die Existenz von Cruising-Orten wie auch von privaten Sexpartys nicht an eine bestimmte Größe des Wohnorts gebunden. Szenenähe und die Kenntnis des sozialen Umfeldes über die Homosexualität der Befragten stehen in einem deutlichen Zusammenhang. Je verdeckter die homosexuelle Orientierung gelebt wird, desto höher ist der Anteil der Männer, die überwiegend Treffpunkte für den schnellen Sex

bevorzugen. Der Anteil ist mit 11 % am höchsten unter den Männern, deren soziales Umfeld nicht von ihrer gleichgeschlechtlichen Orientierung weiß, er ist mit 9 % am zweithöchsten bei den Männern, von denen nur wenige Personen in ihrem sozialen Umfeld davon wissen. Fast neun Zehntel (85 %) der Männer, die verdeckt leben, sind Männern mit schwächerem Szenebezug zuzuordnen, 77 % jener, die nur wenigen Personen ihre Homosexualität mitgeteilt haben.

Abb. 3.13: Besuch von Szeneorten in den 12 Monaten vor der Befragung nach Wohnortgröße

Basis: EMIS



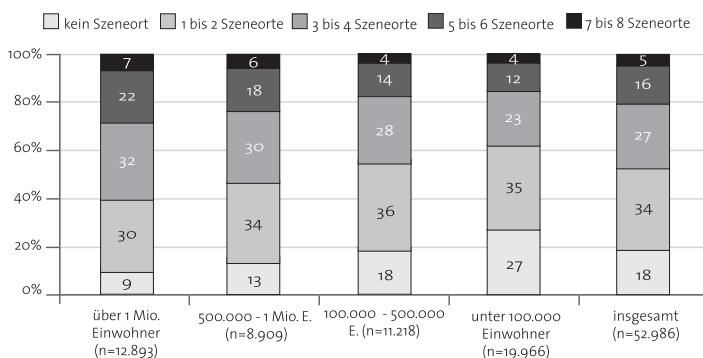
Werden die Ergebnisse der Befragungen von 2010 und 2007 mit den vorhergehenden Erhebungen verglichen, die Befragte bis 1999 ausschließlich über Printmedien und noch 2003 zur Hälfte über Printmedien rekrutierten, so zeigt sich, dass Befragungen, die überwiegend oder ausschließlich online operieren, einen deutlich höheren Anteil von Männern mit schwächerem Szenebezug erreichen (vgl. Bochow/Schmidt/Grote 2010: 32). Da eine große Mehrheit von MSM Zugang zum Internet und zahlreichen Websites für MSM hat, wäre es irreführend, den Befragten, die unregelmäßiger, seltener oder gar nicht verschiedene Szenetreffpunkte aufsuchen, zu unterstellen, dass sie sich in großer Distanz zu den Lebenswelten schwuler Männer befinden. Das Internet kann inzwischen als eine eigene Szene angesehen werden (zur Internetnutzung der Befragten siehe folgenden Abschnitt).

Verschiedene Auswertungen zur Erstellung dieses Berichts ergaben, dass eine Unterscheidung zwischen Orten „schwuler Geselligkeit“ und Orten für schnellen Sex nicht mehr eine solche Trennschärfe haben, wie sie sich bei Auswertungen früherer Erhebungen zeigte. Es scheint so zu sein, als ob die bloße Anzahl der in den zwölf Monaten vor der Befragung aufgesuchten Orte zu mehr sozialen Kontakten führen, die in sexuelle Kontakte münden. Als zweiter Indikator für eine intensivere Frequentierung von Treffpunkten für schwule Männer wurden im Unterschied zur oben getroffenen Unterscheidung die acht im Erhebungsinstrument angegebenen Treffpunkte schwuler Männer gezählt (zusammengefasst in fünf Kategorien), ohne ihre unterschiedlichen Charakteristika zu berücksichtigen.⁷

Abbildung 3.14 zeigt ein ähnliches Bild wie Abbildung 3.13. Die Frequentierung von Szeneorten ist in hohem Maße abhängig von der Größe des Wohnorts. Abbildung 3.15 veranschaulicht, dass mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen sinkt, die keinerlei Szeneorte frequentieren und der Anteil derjenigen steigt, die mehr als zwei Szeneorte im Jahr vor der Befragung aufsuchten. Wie schon erwähnt, wurde die Häufigkeit der Besuche der einzelnen Szeneorte in der EMIS-Befragung nicht erhoben.

Abb. 3.14: Anzahl der in den 12 Monaten vor der Befragung frequentierten Szeneorte nach Wohnortgröße

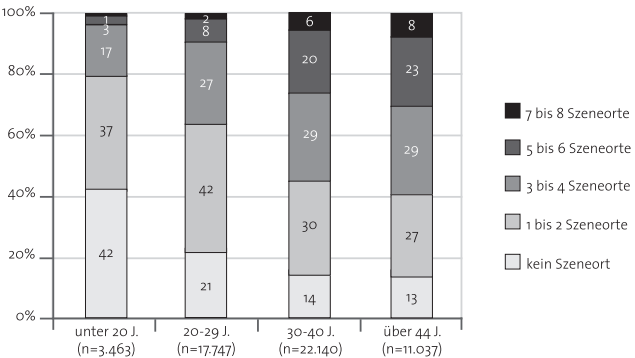
Basis: EMIS



⁷ Gezählt wurden folgende im Fragebogen vorgegebenen unterschiedlichen Treffpunkte: 1. Schwulenzentrum/Schwulengruppe 2. Café/Bar 3. Disko/Club 4. Darkroom/Sex-Club/Sex-Party 5. Private Sex-Party 6. Schwulensauna 7. Pornokino 8. Cruising-Orte wie Parks und öffentliche Toiletten.

Abb. 3.15: Anzahl der in den 12 Monaten vor der Befragung frequentierten Szeneorte nach Altersgruppen

Basis: EMIS (n= 54.387)

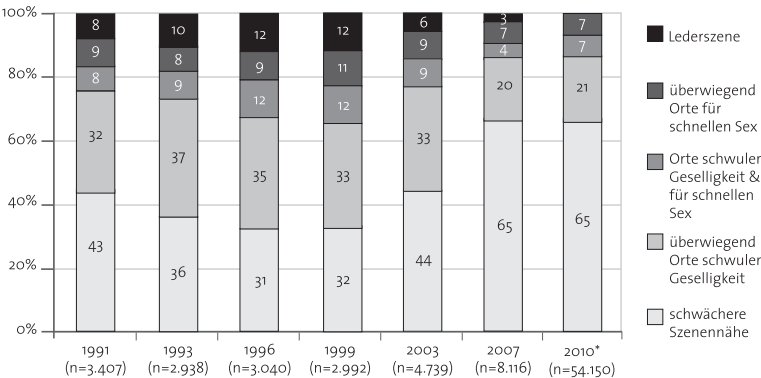


Zeitreihe: Szenenähe

Zur Zeitreihe hinsichtlich der Nähe zu „subkulturellen“ Orten sollen folgende knappen Anmerkungen genügen:

Abb. 3.16a: Szenenähe im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle



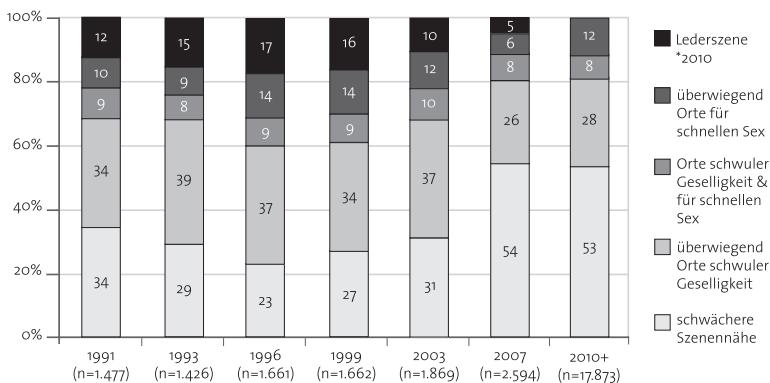
* Lederszene 2010 nicht erhoben

Bedingt durch den „Alterungsprozess“ der Samples zwischen 1991 und 1999 und einer Zunahme der Bedeutung der Millionenstädte ist eine leichte Abnahme der Befragten mit schwächerer „Szenenähe“ zu beobachten; mit

der größeren Reichweite der Online-Erhebungen von 2007 und 2010 und der zunehmenden Bedeutung der Internetwebsites für MSM steigt der Anteil jener mit einer weniger ausgeprägten Nähe zu den traditionellen Szeneorten (Abb. 3.16a). Berücksichtigt werden muss allerdings in diesem Zusammenhang, dass das Internet inzwischen auch als eine „Szene“ anzusehen ist, eine Szene die aus mehreren Teilszenen besteht, in Abhängigkeit von den unterschiedlichen sexuellen Präferenzen, Kommunikationsformen und Informationsinteressen derjenigen, die das Internet nutzen. Dies wird eindrücklich bestätigt durch die „adjustierte“ Zeitreihe (Abb. 3.16b). Auch in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern, die zumeist ausdifferenziertere Schwulenszenen aufweisen, zeigt sich die Zunahme des Anteils „szenefernerer“ Befragungsteilnehmer. Diese Zunahme kann keineswegs als Distanz zu Lebenswelten schwuler Männer interpretiert werden.

Abb. 3.16b: Szenenähe im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



* Lederszene 2010 nicht erhoben

6. Zur Nutzung von Websites für MSM

Der Zeitpunkt des letztmaligen Aufsuchens einer Website für MSM wurde mit der gleichen „Zeitskala“ erhoben wie im Zusammenhang mit allen anderen gestellten Fragen, die Zeitdimensionen enthalten (wie auch die soeben dargestellte Frequentierung von Szenetreffpunkten).

79,3% der Befragten geben an, dass sie in den letzten 24 Stunden eine Website aufgesucht haben. Bei der Frage nach dem letztmaligen Aufsuchen einer Website wurde ausdrücklich die „Online-Session“ zum Ausfüllen des Fragebogens ausgeschlossen. Es kann dennoch unterstellt werden, dass viele Befragte diese Session mit in ihre Antwort eingeschlossen haben. Weitere 13,4% geben an, dass sie innerhalb der letzten sieben Tage eine Website aufgesucht haben. Dies bedeutet, dass 93% (gerundet) innerhalb der letzten sieben Tage eine Website aufgesucht haben. Unterschiede in der Nutzung von Websites nach Größe des Wohnorts sind minimal und betragen weniger als 1%. Unterschiede nach Frequentierungsintensität der oben beschriebenen Szenetreffpunkte sind vorhanden, allerdings nicht stark ausgeprägt. 82% der Männer mit schwächerem Szenebezug haben in den letzten sieben Tagen vor dem Ausfüllen des Fragebogens eine Website aufgesucht und 95% der Männer, die sowohl Orte schwuler Geselligkeit und Treffpunkte zum schnellen Sex häufiger frequentieren. Diese Ergebnisse zeigen zweierlei: „szenenähere“ Befragte benutzen in intensiverer Form Websites für MSM als Männer mit schwächerem Szenebezug; vier Fünftel der szeneferneren Befragte nutzten jedoch das Internet ebenfalls in erheblichem Umfang.

Bildungs- und altersspezifische Unterschiede in der Internetnutzung sind gegeben, jedoch eher schwach ausgeprägt. 74% der Befragten mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) besuchten in den 24 Stunden vor Ausfüllen des Fragebogens eine Website und 80% der Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss. Dies taten 86% der unter 20-Jährigen und 76% der über 44-Jährigen. Ähnlich geringe Unterschiede zeigen sich, wenn die Offenheit im Hinblick auf die eigene Homosexualität gegenüber dem sozialen Umfeld berücksichtigt wird. 80% der Männer, die angeben, dass (fast) alle Personen in ihrem Umfeld von ihrer Homosexualität wissen, besuchten in den 24 Stunden vor dem Ausfüllen des Fragebogens eine Website für MSM, es sind 74% bei den Befragten, die gegenüber niemandem in ihrem sozialen Umfeld ihre Homo- oder Bisexualität thematisiert haben.

7. Mitgliedschaft in ausgewählten Organisationen

Bisher wurde in allen Erhebungen seit 1987 nach Mitgliedschaften in Aidshilfen und Schwulengruppen gefragt, um zu überprüfen, ob mit der jeweiligen Befragung vorwiegend Männer erreicht wurden, die ohnehin an Prävention und schwulenpolitischen Themen interessiert sind, oder ein breiteres Spektrum anspricht. Darüber hinaus wurde nach Mitgliedschaften in Gewerkschaften, politischen Parteien (allerdings keine einzelne Parteimitgliedschaft), Bürgerinitiativen und in Kirchen und anderen Glaubengemeinschaften gefragt. Die Frage nach Mitgliedschaften in ausgewählten Organisationen wurde im deutschen Fragebogenanhang gestellt, so dass die folgenden Angaben (in Klammern jeweils die Ergebnisse für die Befragung von 2007) sich auf die Männer beziehen ($n = 40.178$), die diesen ausgefüllt haben.

7 % dieser Befragten sind in einer Schwulengruppe (2007: 11 %) und 3 % in einer Aidshilfe (5 %). Der Rückgang der Mitgliedschaften gibt mit Sicherheit keinen realen Rückgang wieder, sondern ist darauf zurückzuführen, dass auch das Subsample des deutschen EMIS-Zusatzfragebogens von 2010 noch viermal so groß ist wie das 2007 realisierte Sample ($n = 8.170$) und somit mehr Männer enthält, die eine größere Distanz zu Schwulengruppen und Aidshilfen aufweisen. Waren 2007 86 % weder in einer Schwulengruppe noch in einer Aidshilfe, sind es 2010 91 %.

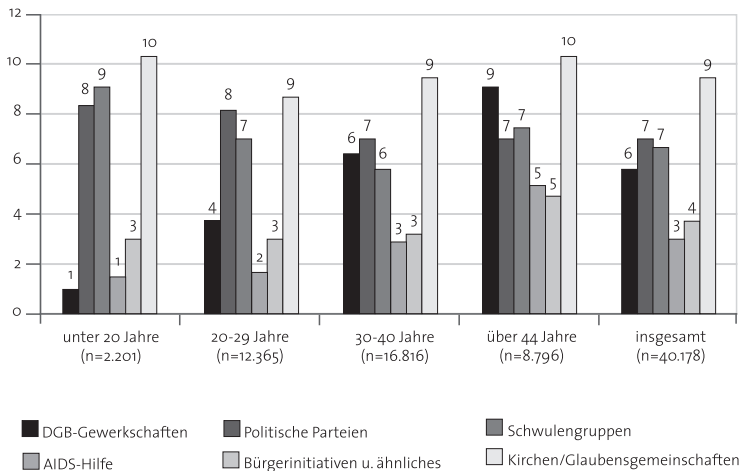
Mitglied in DGB-Gewerkschaften sind 6 % (9 %) und in politischen Parteien sieben Prozent (8 %) der Befragten, in einer Bürgerinitiative aktiv oder Mitglied sind 3,7 % (5 %). Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung zeigt, dass neun Prozent der Bevölkerung Mitglied in einer DGB-Gewerkschaft und zwei Prozent in einer politischen Partei sind (Statistisches Bundesamt, WZB et al. 2008). Die Unterschiede in den Mitgliedschaften zwischen Allgemeinbevölkerung und Befragungsteilnehmern sind bedingt (wie auch in den vorangegangenen Erhebungen) durch die soziodemographischen Spezifika der vorliegenden Stichprobe. Unter den Befragten, die abhängig beschäftigt auf Vollzeitstellen sind, sind 8 % Mitglied einer DGB-Gewerkschaft, dieser Wert kommt dem Organisationsgrad in der Gesamtbevölkerung nahe. Der deutlich höhere Prozentsatz der Männer, die Mitglied in einer politischen Partei sind, ist (vermutlich nicht ausschließlich aber auch) dem hohen Akademikeranteil geschuldet. Akademiker sind stärker in politischen Parteien engagiert als Nicht-Akademiker. Unter den Befragten

mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss sind zehn Prozent Mitglied einer Partei, bei Befragten mit Hauptschulabschluss (oder keinem Schulabschluss) sind 3 % in einer Partei, 5 % bei Befragten mit mittlerer Reife; diese letzten beiden Werte, die beide deutlich über dem nationalen Durchschnitt in Deutschland liegen, mögen auf einen höheren Anteil von politisch Interessierten unter den Befragungsteilnehmern insgesamt verweisen. Darauf deutet auch der vergleichsweise hohe Prozentsatz der in Bürgerinitiativen Aktiven hin.

Der Anteil der Mitglieder in einer Schwulengruppe steigt ebenfalls mit dem Bildungsniveau (Hauptschulabschluss: 5,7%; Abitur und höher: 7,7%), bemerkenswert ist, dass die Mitgliedschaft in einer Aidshilfe unabhängig vom Bildungsabschluss in allen drei Bildungsniveaugruppen (Hauptschule, Realschule, Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss) ungefähr bei drei Prozent liegt.

Mitglied in einer Kirche oder anderen Glaubensgemeinschaften sind 9 % der Befragten, dies liegt deutlich unter dem Anteil der Mitglieder allein in der katholischen und evangelischen Kirche (2006: 62%) in der deutschen Gesamtbevölkerung. Angesichts der Positionen der Kirchen und anderer Glaubensgemeinschaften zur Homosexualität ist dieser geringe Anteil nicht weiter erklärungsbedürftig (Abbildung 3.17).

Abb. 3.17: Mitgliedschaft in ausgewählten Organisationen nach Altersgruppen
Basis: SMA



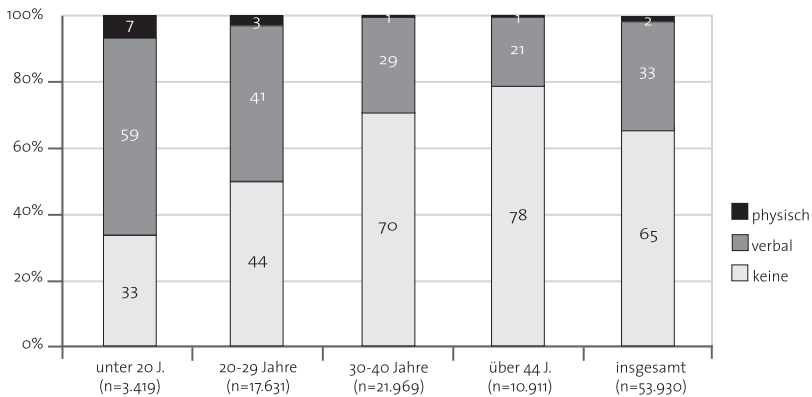
8. Gewalt gegen schwule Männer (bzw. MSM)

Um zu signalisieren, dass die gesamte Lebenssituation der schwulen Männer (bzw. MSM) für die Studie von Bedeutung ist, wurde seit 1991 erhoben, ob die Befragungsteilnehmer in den zwölf Monaten vor der Erhebung Opfer schwulenfeindlicher Gewalt wurden. Unterschieden wurden dabei „verbale“ (oder „symbolische“) Gewalt (Beschimpfungen, Beleidigungen, Pöbeleien) und „physische“ Gewalt (mit oder ohne Verletzungsfolgen). In der EMIS-Befragung wurde die Formulierung der Fragen modifiziert, ihre Ergebnisse bleiben jedoch vergleichbar mit den früheren Befragungen. Es wurde getrennt erhoben, ob die Befragten „angestarrt oder bedroht“ wurden, „weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen“; in einer gesonderten Frage wurden Beleidigungen erhoben, und schließlich in einer weiteren Frage physische Gewalt: „Wann wurden Sie das letzte Mal geschlagen oder getreten, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?“. Nicht erhoben wurde im Gegensatz zu den früheren Befragungen, ob die physische Gewalt Verletzungsfolgen hatte. Das „letzte Mal“ wurde mit den Standard-Zeitabständen der EMIS-Erhebung erfasst (in den letzten 24 Stunden, den letzten sieben Tagen, vier Wochen, sechs Monaten, zwölf Monaten, 5 Jahren, davor; nie). Werden in weitestmöglicher Analogie zu den früheren Projekt-Berichten die Angaben zu a) „Anstarren“ und „Bedrohung“ mit b) „Beleidigungen“ zu verbaler bzw. „symbolischer“ Gewalt zusammengefasst, zeigt sich erneut ein erhebliches Ausmaß an „symbolischer“ Gewalt. 33 % der Befragten geben an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung angestarrt, bedroht oder beleidigt worden zu sein. Zum Vergleich: 13 % der Befragten gaben 2007 an, bedroht, beschimpft oder beleidigt worden zu sein. (2003: 11%, 1999: 13%). Das höhere Maß an erfahrener „symbolischer“ Gewalt, das für 2010 berichtet wird, drückt nicht zwingend ein größeres Ausmaß dieser Gewaltform aus. Es kann dadurch bedingt sein, dass in einer Frage „angestarrt werden“ und „bedroht werden“ zusammen erhoben wurde. Diese beiden Formen „symbolischer“ Gewalt können leider nicht für die Auswertung getrennt analysiert werden. Opfer physischer Gewalt wurden 2010 2 % der Befragten, dieser Anteil deckt sich mit dem 2007 ermittelten und auch mit früheren Ergebnissen (2003: 2%, 1999: 3%). Trotz des unterschiedlichen Ausmaßes berichteter Gewalterfahrung bleiben bestimmte Tendenzen, die sich in der Datenanalyse zeigen, im Vergleich zu

den Ergebnissen von 2007 bestehen. Jüngere MSM sind in erheblich höherem Ausmaß von verbaler und physischer Gewalt betroffen. 59 % der unter 20-Jährigen berichten über erfahrene symbolische Gewalt, 7 % über physische Gewalt, bei den über 44-Jährigen liegen die entsprechenden Anteil bei 21 % und 1 % (Abbildung 3.18).

Abb. 3.18: Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS



Die im Jahr 2006 eigens zum Thema Gewalterfahrungen schwuler Männer durchgeführte Internetbefragung des Berliner Antigewaltprojekts MANEO dokumentierte ebenfalls eine besonders starke Gewaltbetroffenheit unter 20-jährigen MSM. Die MANEO-Studie konnte zeigen, dass vor allem Auszubildende und Schüler von antischwuler Gewalt betroffen sind (MANEO 2007: 19). Männer, deren Homosexualität im sozialen Umfeld bekannt ist, die also eher „offen schwul“ leben, sind mehr als doppelt so stark (37%) von symbolischer Gewalt betroffen, als Männer, die ihre Homosexualität (Bisexualität) verdeckt leben (15%). Auch von physischer Gewalt sind „offen schwul“ lebende Männer doppelt so stark (2,4 %) betroffen als Männer, deren soziales Umfeld nichts von ihrer Homosexualität/Bisexualität weiß (1,1%). Die Größe des Wohnorts hat keinen Einfluss auf das Ausmaß erfahrener symbolischer und physischer Gewalt; es besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und erfahrener physischer Gewalt. 3,9% der Befragten mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) erlebten physische Gewalt in den zwölf Monaten vor der Befragung, 1,7% der Befragten mit

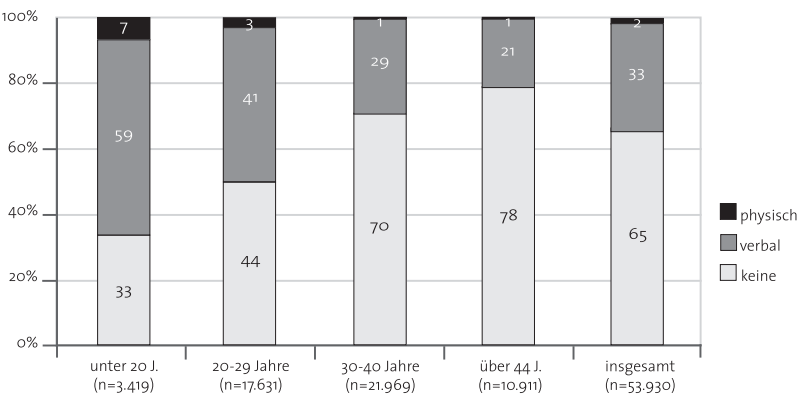
Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss. Da in der EMIS-Erhebung (wie auch in früheren Erhebungen) nicht nach den Tätern gefragt wurde, kann nicht geklärt werden, ob die höhere Gewalterfahrung von Männern mit niedrigem Bildungsniveau mit dem sozialen Milieu, in dem sie leben, zusammenhängt, oder ob andere Faktoren wirken.

Dort, wo schwule Männer als solche sichtbar werden, setzen sie sich einer höheren Gefahr aus, Ziel antischwuler Gewalt zu werden: Männer, die sowohl Orte schwuler Geselligkeit wie auch Treffpunkte für schnellen Sex öfter besuchen, weisen den höchsten Anteil an erfahrener physischer Gewalt auf (3,7%), sie erleben auch zu einem höheren Anteil verbale Gewalt (36%). Während in früheren Erhebungen szeneferne Männer ebenfalls die Gruppe mit der geringsten Gewalterfahrung darstellten, wiesen Männer, die überwiegend Treffpunkte für schnellen Sex aufsuchten, höhere Anteile erlittener physischer Gewalt auf. Dies betraf vor allem MSM, die häufiger Klappen/Parks oder Lederlokale aufsuchten (2007: 6%). Wird für die Erhebung von 2010 der Zusammenhang der Frequentierung einzelner Orte für schnellen Sex mit Erfahrungen physischer Gewalt analysiert, so zeigt sich dass die MSM, die Cruising-Orte (im Fragebogen mit Autobahnraststätten, Parks, Toiletten/Klappen etc. beschrieben) besuchten, nicht überdurchschnittlich von physischer Gewalt betroffen sind. 2,1% der Besucher von Cruising-Orten (in den zwölf Monaten vor der Befragung) erlebten physische Gewalt, 2,2% der MSM, die Cruising-Orte nicht aufsuchten. Auch die Personen die Bars mit Darkrooms und öffentliche Sexpartys aufsuchen (2,2%), berichten von keiner nennenswerten höheren Gewalterfahrung als MSM, die diese Treffpunkte nicht aufsuchten (2,1%).

Im Unterschied zu früheren Erhebungen wurde im Jahre 2010 nicht nur nach Gewalterfahrungen in den letzten zwölf Monaten gefragt, sondern auch nach der erlittenen Gewalt in den letzten fünf Jahren und davor. Die ausgeprägten altersspezifischen Differenzen, die sich bei den Gewalterfahrungen in den letzten zwölf Monaten zeigen, verschwinden fast, wenn die Gewalterfahrungen in den letzten fünf Jahren und davor betrachtet werden. Für Abbildung 3.19 wurden aus methodischen Gründen die Gewalterfahrungen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ausgeklammert, da die altersspezifischen Unterschiede hier sehr groß sind. Es zeigt sich, dass die Gewalterfahrungen eine sehr ähnliche Größenordnung aufweisen, wenn sie auf die gesamte Biographie als homosexueller Mann bezogen werden. In allen vier Altersgruppen geben ca. 13 % der Befragten an, physische Gewalt erlitten zu

haben, von verbaler Gewalt berichten etwa vier Zehntel der Befragten für diesen Zeitraum, mit Ausnahme der unter 20-Jährigen, von denen 29 % diese Gewaltform erfahren haben (Abbildung 3.19). Werden Erfahrungen verbaler und physischer Gewalt zusammengefasst, zeigt sich, dass in ihrem bisherigen Leben (ausgeblendet wird die Gewalterfahrung in den zwölf Monaten vor der Befragung) über die Hälfte der befragten MSM (53 %) Opfer verschiedener Gewaltformen wurden.

Abb. 3.19: Erfahrung antihomosexueller Gewalt während des gesamten Lebens (ohne die letzten 12 Monate vor der Befragung) nach Altersgruppen
Basis: EMIS, Befragte mit Erfahrung antihomosexueller Gewalt in ihrer gesamten Biografie ohne das Jahr vor der Befragung



IV. Sexualität und Risikoverhalten

63

1. Partnerzahl und Beziehungsstatus

Drei Viertel (77%) der Befragten haben im Jahr vor der Befragung weniger als zehn männliche Sexualpartner gehabt, dieser Wert ist fast identisch mit dem in der Befragung von 2007 (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 41). Etwa ein Viertel der Befragten (23%) gibt an, lediglich einen Sexpartner in diesem Zeitraum gehabt zu haben, dieser Wert ist identisch mit dem von 2007. Bei 80% der Männer mit einem einzigen Sexpartner ist dies der feste Freund.

1.1 Männer ohne Sexpartner

Im Unterschied zu 2007 (1%) geben 2010 7% der Männer an, keinen männlichen Sexpartner gehabt zu haben. Die Anteile der Befragten, die keinen Sexpartner für die zwölf Monate vor der Befragung angeben, verteilen sich sehr ungleich auf einzelne Gruppen. Unter den Männern, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, beträgt der Anteil derjenigen ohne männlichen Sexpartner 17%, unter den Befragten ohne Beziehung (sei es mit einem Mann oder einer Frau) 12%.

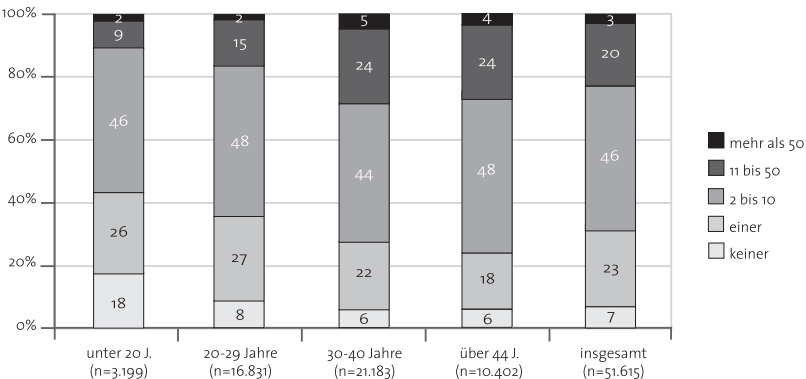
Die Tatsache, ohne männlichen Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung gelebt zu haben, ist nicht nur abhängig vom Beziehungsstatus sondern ebenfalls vom Alter. Bei den Männern *ohne festen Partner* zum Zeitpunkt der Befragung ist der Anteil derjenigen ohne Sexpartner bei den unter 20-Jährigen mit 25 % am höchsten; in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen liegt dieser Anteil bei 12 %, in allen höheren Altersgruppen beträgt er ungefähr 10 %. In der Gruppe der Männer, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, ist der Anteil der Männer ohne männlichen Sexpartner im Jahr vor der Befragung ebenfalls in den beiden jüngsten Altersgruppen am höchsten. Er beträgt 26 % bei den unter 20-Jährigen, 28 % bei den 20- bis 29-Jährigen. In den höheren Altersgruppen fällt dieser Anteil kontinuierlich ab: bei 30- bis 44-Jährigen auf 20 %, bei 45- bis 59-Jährigen auf 10 %, bei über 59-Jährigen auf 8 %. Dies könnte auf biographische Prozesse der MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, verweisen. Erst nach einer längeren biographischen Phase könnte sich bei Ihnen die Fähigkeit und Bereitschaft entwickeln, die Gelegenheit zu Sexkontakten mit männlichen Partnern zu suchen und wahrzunehmen. Hierauf soll in diesem Kontext nicht weiter eingegangen werden.

64

In den letzten zwölf Monaten hatten die Befragten fünf unterschiedliche männliche Sexpartner einschließlich des festen Partners (Median; 2007 betrug der Median vier Sexualpartner). Befragte ab 30 Jahren haben mehr Sexualpartner als Befragte unter 30 Jahren (im Median sechs vs. vier Sexpartner). Männer ohne feste Beziehung und in einer „offenen“ Beziehung geben im Median fünf Sexpartner im Jahr vor der Befragung an, Männer in einer Beziehung zu einer Frau vier Sexpartner. Wie in Abbildung 4.1 zu erkennen ist, nimmt der Anteil von MSM mit mehr als zehn unterschiedlichen Sexpartnern ab dem Alter von 30 Jahren deutlich zu. Bemerkenswert ist, dass Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen der 30- bis 44-Jährigen und der über 44-Jährigen kaum bestehen, sowohl hinsichtlich des Anteils der Männer, die keinen Sexpartner hatten (6 %), wie auch hinsichtlich des Anteil der Männer, die über 50 Partner angeben (4,5 % vs. 4,2 %).

Abb. 4.1: Anzahl der männlichen Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS



1.2 Sexuelle Kontakte mit Frauen

Nicht nur unter infektionsepidemiologischen Gesichtspunkten (HIV und STI) sind Sexualkontakte von MSM zu Frauen von Interesse. Diese sind – bezogen auf die zwölf Monate vor der Befragung – in der vorliegenden Stichprobe sehr ungleich verteilt. Tabelle 4.1 zeigt, dass 99 % der Befragten in einer „monogamen“ Beziehung mit einem Mann keinen Sexualkontakt mit einer Frau angeben, es sind 97 % der Männer in einer „offenen“ Beziehung. Dieser Anteil fällt auf 90 % bei den Männern ohne Beziehung mit einem Mann oder einer Frau. Auch 25 % der Befragten, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, hatten keinen Sexualkontakt mit einer Partnerin in den zwölf Monaten vor der Befragung. Hierauf wird im Folgenden einzugehen sein.

Der Beziehungsstatus sagt mehr über das Bestehen von Sexualkontakten mit Frauen aus als eine Betrachtung nach Altersgruppen. In allen Altersgruppen beträgt der Anteil jener mit weiblichen Sexpartnern 12 % bis 13 % (hier nicht dargestellt).

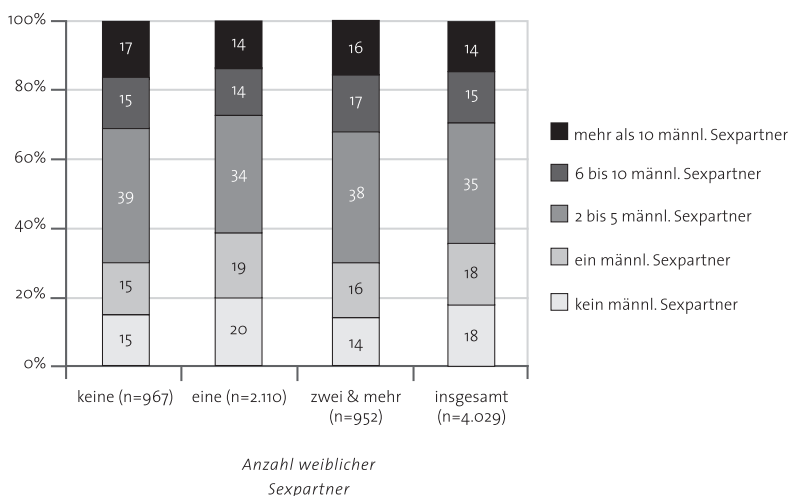
Tab. 4.1: Anzahl der weiblichen Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Beziehungsstatus (in %)
Basis: EMIS

Anzahl weiblicher Sexpartner	Beziehung Mann „monogam“	Beziehung Mann „offen“	Beziehung Frau	Single	insgesamt
keine	99	97	25	90	88
eine	1	2	52	5	7
zwei und mehr	0	1	23	5	5
n insgesamt	8.876	13.402	4.296	27.201	53.775

4% der MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, hatten weder Sexkontakte mit einem Mann noch einer Frau. Abbildung 4.2 zeigt, dass die Zahl männlicher Sexpartner bei MSM, die in einer festen Beziehung mit einer Frau leben, kaum abhängig ist von der Tatsache, ob die Befragten in dieser Gruppe keine, eine oder mehrere Sexpartnerinnen hatten. 18% hatten keinen männlichen Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung, 18% einen einzigen. Mehr als zehn unterschiedliche Sexpartner hatten 14% der Männer in dieser Gruppe.

Abb. 4.2: Anzahl männlicher Sexpartner nach Anzahl weiblicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: EMIS, Männer in fester Beziehung zu einer Frau

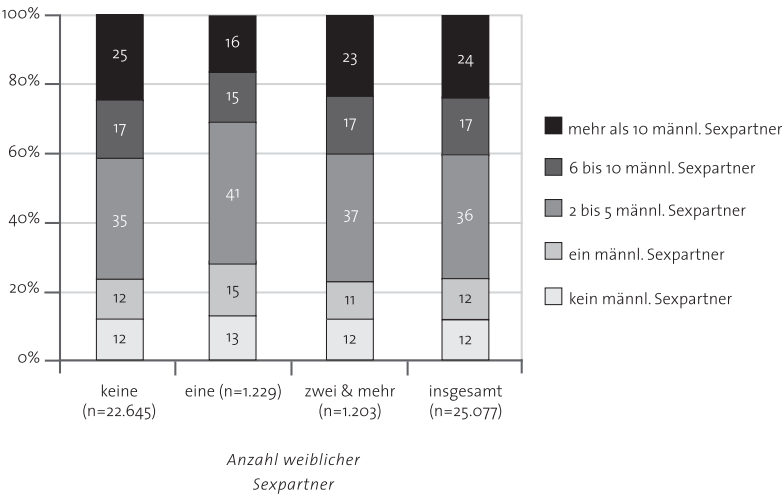


3 % der Befragten, die in einer „offenen“ Beziehung mit einem männlichen Partner leben, hatten auch sexuelle Kontakte zu einer (2 %) oder mehreren (1 %) Frauen.

In der Gruppe der Männer ohne Beziehung zum Zeitpunkt der Befragung hatten 12 % weder männliche noch weibliche Sexpartner. Gleichzeitig weist diese Gruppe neben den MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, mit 10 % den höchsten Anteil von Männern mit weiblichen Sexpartnern auf. Abbildung 4.3 veranschaulicht, dass in dieser Gruppe nur ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Eingehen von Sexkontakten mit weiblichen Partnern und der Anzahl der männlichen Sexpartner vorhanden ist.

Abb. 4.3: Anzahl männlicher Sexpartner nach Anzahl weiblicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: EMIS, Männer ohne feste Beziehung



Zusammenfassend kann hier festgehalten werden: Sowohl Sex mit (mindestens) einer Frau als auch mit mehr als einem Mann hatten 8 % der Befragten (davon hatten drei Viertel bis zu zehn männliche Sexpartner und ein Viertel mehr als zehn).

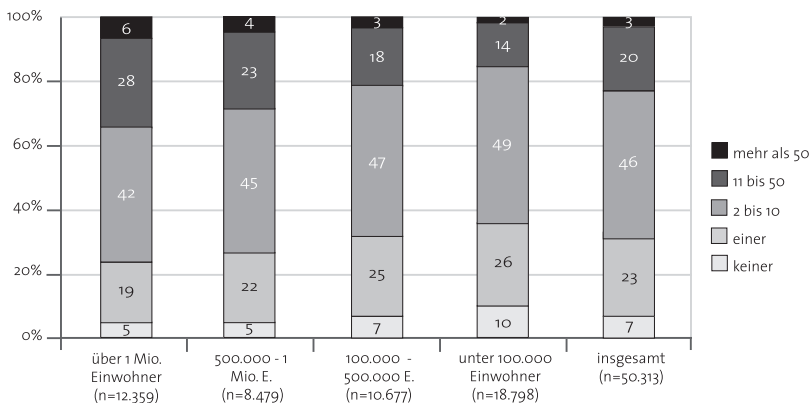
1.3 Wohnorte und Zahl der Sexpartner/Sexpartnerinnen

Die Möglichkeit, mehr als zehn Sexpartner in einem Jahr zu finden, ist deutlich größer in Städten mit über 500.000 Einwohnern als in kleineren Orten. Ein Drittel (34 %) der Bewohner von Millionenstädten gibt mehr als zehn Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung an, es sind 16 % in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern (siehe Abbildung 4.4). Während 10 % der Befragten in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern angeben, keine männlichen Sexpartner im Jahre vor der Befragung gehabt zu haben, sind dies 5 % in Millionenstädten. Ein umgekehrter Zusammenhang zeigt sich bei weiblichen Sexpartnern. 92 % der MSM in Millionenstädten hatten keine weiblichen Sexpartner im Jahr vor der Befragung, 84 % in den Gemeinden unter 100.000 Einwohner. Auch Männer, die mehr als einen weiblichen Sexpartner hatten, finden sich vor allem in kleineren Städten und Gemeinden. Mehr als einen weiblichen Sexpartner hatten 6 % der Befragten in den kleineren Gemeinden und 4 % der Bewohner von Millionenstädten (siehe Tabelle 4.2).

68

Abb. 4.4: Anzahl männlicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Wohnortgröße

Basis: EMIS



Tab. 4.2: Anzahl weiblicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung nach Wohnortgröße (in %)
Basis: EMIS

	Beziehung Mann „monogam“	Beziehung Mann „offen“	Beziehung Frau	Single	insgesamt
Anzahl weiblicher Sexpartner	über 1 Mio. Einwohner	500.000 - 1 Mio. E.	100.000 - 500.000 E.	unter 100.000 E.	insgesamt
keine	92	90	88	84	88
eine	5	5	7	10	7
zwei und mehr	4	4	5	6	5
n insgesamt	12.808	8.845	11.127	19.791	52.571

Die Unterschiede in der Zahl männlicher Sexpartner nach Größe des Wohnorts sind bemerkenswert, wenn berücksichtigt wird, dass ein hoher Anteil der Befragten alle (24 %) oder die meisten (24 %) Sexpartner über Internetportale gewonnen hat. Gemeinhin wird angenommen, dass das Internet die früher bestehende Ungleichheit der Chancen, in Großstädten oder kleineren Orten Sexpartner zu finden, stark abgeschwächt hat. Diese Unterschiede mögen sich verringert haben, bestehen aber nach wie vor. Hierbei muss ebenfalls berücksichtigt werden, dass 26 % der Befragten keinen einzigen Sexpartner über das Internet erreicht haben, 14 % teilen mit, dass sie „einige“ auf diese Weise kennengelernt haben. Die Frage nach dem Anteil der Sexpartner, die die Befragten über das Internet kennenlernten, wurde im deutschen Fragenanhang gestellt. Die Angaben beziehen sich also auf 74 % aller Befragten in Deutschland. Sie sind aber vermutlich aussagekräftig für alle EMIS-Befragungsteilnehmer. Abbildung 4.5 zeigt, dass der Anteil der MSM, die alle oder die meisten ihrer Sexpartner über das Internet gefunden haben, fast unabhängig ist von der Größe des Wohnorts und sich auf ungefähr die Hälfte der Befragten beläuft. Abbildung 4.6 veranschaulicht, dass in der Gruppe der Befragten mit mehr als 50 Sexpartnern, ein Drittel (32 %) angibt, keinen oder nur einige Sexpartner über das Internet gewonnen zu haben. Von den Männern, die zwei bis fünf Sexpartner im Jahr vor der Befragung hatten, geben 59 % an, dass sie alle oder die meisten dieser Sexpartner über das Internet gefunden haben. Die verbreitete Annahme, dass ein hoher Anteil von Sexpartnern, die über das Internet getroffen wurden, gleichbedeutend ist mit einer hohen Anzahl von Sexpartnern, erweist sich offenkundig als nicht zutreffend. Abbildung 4.7 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Zahl der aufgesuchten Treffpunkte für

Schwule und der Partnerzahl in den zwölf Monaten vor der Befragung. Auch diese Abbildung illustriert, dass das Aufsuchen von Treffpunkten (wie Bars, Clubs, Saunen, Cruising-Orte etc.) nach wie vor eine hohe Relevanz hat, und das Internet als virtuelle Welt die Bedeutung dieser Treffpunkte für das Finden von Sexpartnern möglicherweise eingeschränkt, aber keineswegs aufgehoben hat. Damit soll keineswegs die Bedeutung des Internets für die Lebenswelt schwuler Männer gering veranschlagt werden, unabhängig von der Größe der Gemeinde, in der sie leben.

Abb. 4.5: Anteil der über das Internet gewonnenen Sexpartner in den letzten 12 Monaten nach Wohnortgröße

Basis: SMA

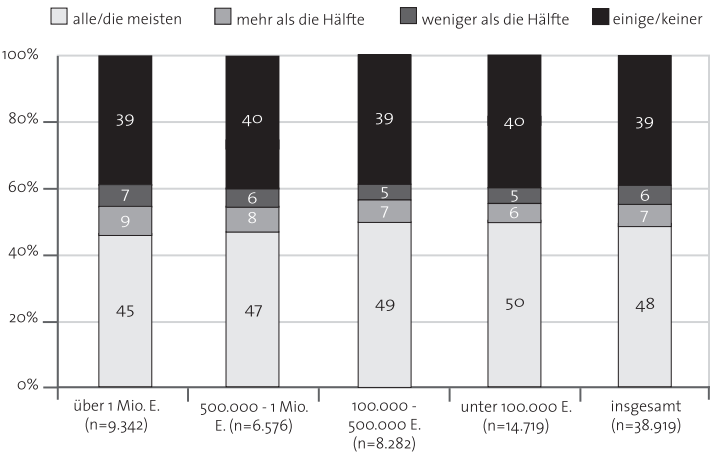


Abb. 4.6: Anteil der über das Internet gewonnenen Sexpartner in den letzten 12 Monaten nach Anzahl männlicher Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: SMA, Befragte mit anderen Partnern

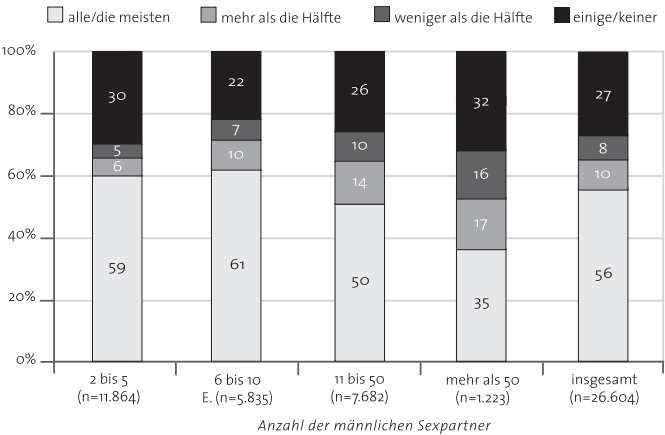
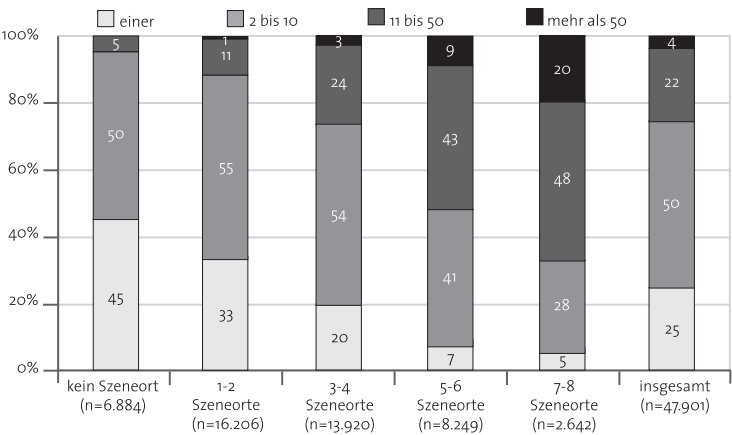


Abb. 4.7: Anzahl männlicher Sexpartner nach Anzahl der besuchten Treffpunkte* in den letzten 12 Monaten

Basis: EMIS, Befragte mit anderen Partnern



* Treffpunkte: a) Schwulenzentrum/-organisation/-gruppe, b) schwules Cafe/schwule Bar, c) schwule Disko/schwuler Club, d) Darkroom/schwuler Sex-Club/öffentliche Sex-Party, e) private schwule Sex-Party, f) Schwulensaua, g) Pornokino, h) Cruising-Orte (Toiletten/Klappen/Parks)

Zeitreihe: Anzahl männlicher Sexpartner

Die Zeitreihe (Abb. 4.8a) zur Anzahl der Sexpartner in den einzelnen Erhebungen zeigt eine Zunahme derer mit mehr als zehn Sexpartnern zwischen 1991 und 1999; dies ist mitbedingt durch die Zunahme des Anteils der über 29-jährigen Befragungsteilnehmer (in diesem Zeitraum) und die Zunahme des Anteils der Einwohner von Millionenstädten (siehe Abb. 2.4a,b; siehe auch Abb. 4.1 und Abb. 4.4). Durch die Vergrößerung der Reichweite der Befragungen seit 2003 und vor allem seit 2007 erhöht sich der Anteil der „szenefremden“ Männer, nicht nur in den Gemeinden mit unter 100.000 Einwohner, sondern auch in den Großstädten mit über 500.000 Einwohnern. Dies führt zu einer Erhöhung des Anteils der MSM mit weniger als elf Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung (Abb. 4.8b).

Abb. 4.8a: Anzahl männlicher Sexpartner im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

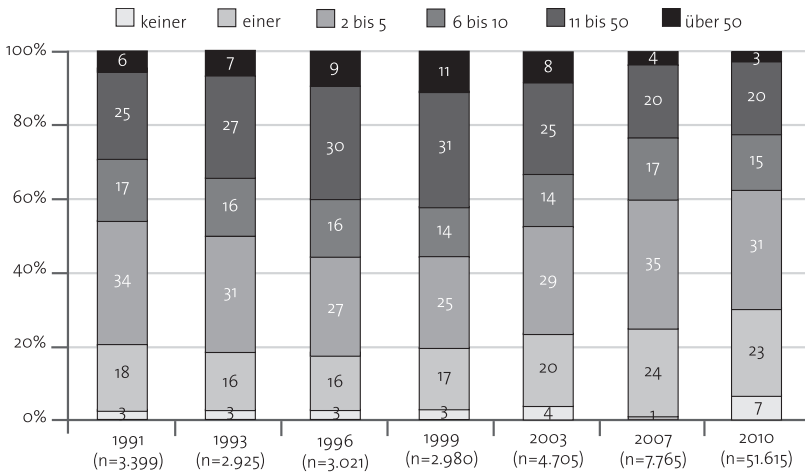
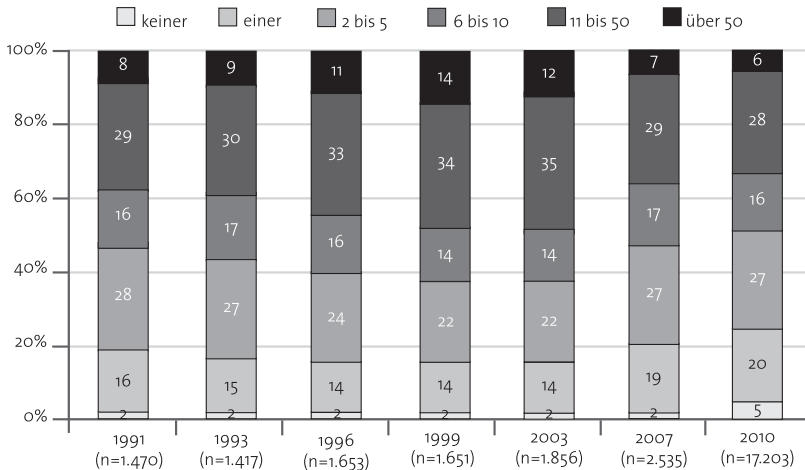


Abb. 4.8b: Anzahl männlicher Sexpartner im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



2. Sexuelle Praktiken

2.1 Sexpraktiken mit anderen Partnern als dem festen Freund

Das europäische Erhebungsinstrument enthielt hinsichtlich der ausgeübten Sexpraktiken die Frage nach Analverkehr innerhalb fester Partnerschaften und detailliertere Fragen zu den mit anderen Partnern gewählten Sexpraktiken. Auf letztere konzentriert sich deshalb zunächst die Darstellung.

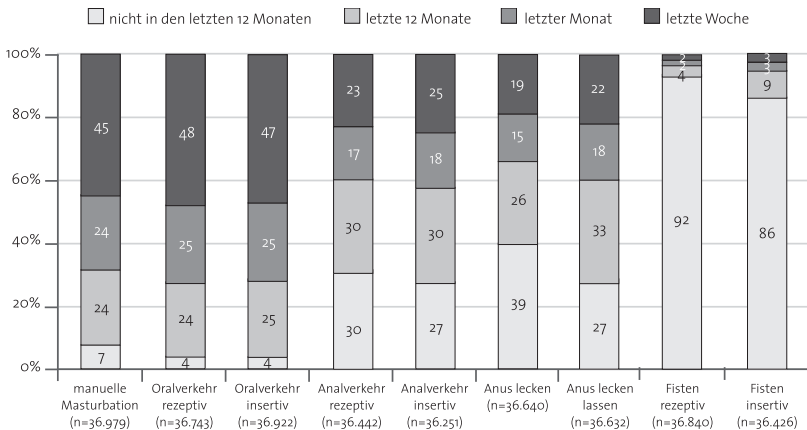
Abbildung 4.9 zeigt, dass mutuelle Masturbation und insertiver und rezeptiver Oralverkehr (wie in allen bisherigen Erhebungen) zu den von fast allen Befragten ausgeübten Sexpraktiken gehören; jeweils über 90 % geben diese an. Fast die Hälfte der MSM mit anderen Partnern praktizierte mutuelle Masturbation und Oralverkehr in der Woche vor der Befragung, ungefähr drei Viertel im Monat vor der Befragung. Insertiver oder rezeptiver Analverkehr wird von zwei Drittel mit anderen Partnern im Jahr vor der Befragung praktiziert, ein Viertel der MSM berichtet von einem insertiven oder rezeptiven analgenitalen Kontakt für die Woche vor der Befragung, etwas weniger als die Hälfte hatte sie im Monat vor der Befragung. „Anus lecken“ und „Anus

lecken lassen“ werden in leicht geringerem Umfang praktiziert, Fisten ist im Vergleich zu allen anderen erhobenen Sexpraktiken die Praktik einer kleinen Minderheit: 15% geben insertives Fisten für das Jahr vor der Befragung an, 8% rezeptives Fisten. Für den Monat vor der Befragung berichteten 6% insertives Fisten und 4% rezeptives Fisten.

Das Eingehen bestimmter Sexpraktiken ist bei vielen MSM abhängig von einer bestimmten Dauer ihre sexuellen Biographie. Im höheren Alter nimmt der Anteil derer, die die bestimmten Sexpraktiken ausüben, z. T. auch wieder ab. So praktizieren zwei Drittel der unter 20-Jährigen insertiven Analverkehr, drei Viertel der 20- bis 59-Jährigen und 55% der über 59-Jährigen. Rezeptiver Analverkehr wird von drei Vierteln der unter 20-Jährigen und der 20- bis 29-Jährigen praktiziert, von zwei Drittel der 30- bis 59-Jährigen und von 59% der über 59-Jährigen (nicht dargestellt). Auch die Praktik des Anus-Leckens ist sehr ungleich nach Altersgruppen verteilt. Sie wird von einem Drittel der unter 20-Jährigen praktiziert und von zwei Drittel der 30- bis 59-Jährigen. Die altersspezifischen Unterschiede bei der Praxis des „Anus lecken lassen“ sind nicht ganz so groß, aber ebenfalls ausgeprägt: 52% der unter 18-Jährigen haben sie ausgeübt, drei Viertel der 30- bis 59-Jährigen.

Abb. 4.9: Sexuelle Praktiken mit anderen Sexpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: EMIS, Befragte mit anderen Partnern



Zeitreihe: Position beim Analverkehr

Die Abnahme von analgenitalen Kontakten unter homo- und bisexuellen Männern (besonders außerhalb fester Partnerschaften) war vor dem Hintergrund der AIDS-Krise kennzeichnend für die 1980er-Jahre (nicht nur in Deutschland) (Bochow 1988, 1989). Die Zunahme der Praxis des Analverkehrs mit Sexpartnern außerhalb fester Partnerschaften seit 1991 signalisiert eine Routinisierung im Umgang mit HIV/AIDS (Bochow 2000d). Diese Routinisierung meint nicht zwingend, dass sich die Habitualisierung des Kondomgebrauchs für alle MSM durchsetzt, und sie umfasst auch mehr Dimensionen als die, die der Begriff gesellschaftliche „Normalisierung“ von HIV/AIDS evoziert (Dannecker 2002).

Abb. 4.10a: Position beim Analverkehr außerhalb fester Partnerschaften im Jahr vor der jeweiligen Befragung

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

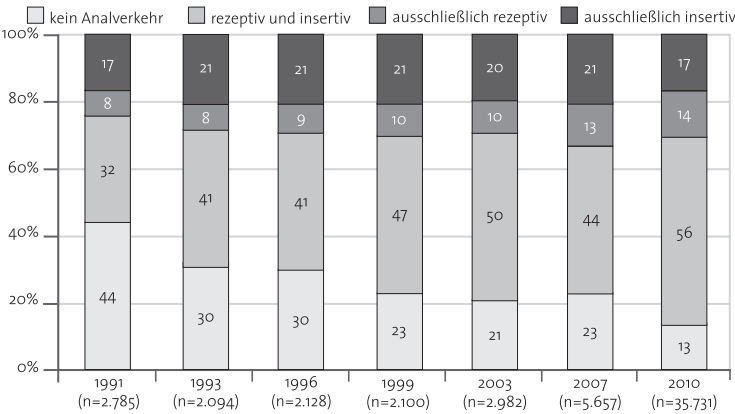
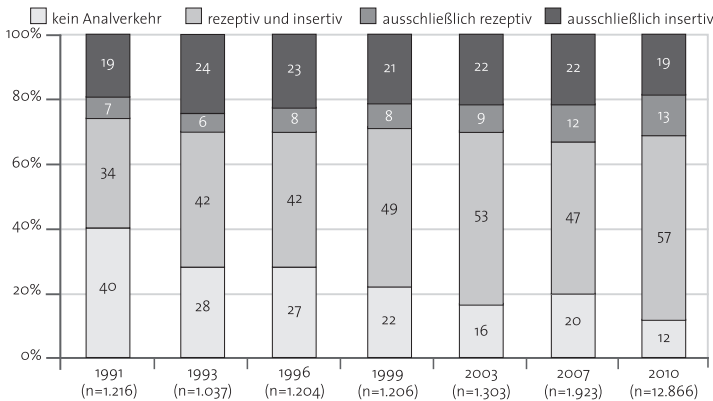


Abb. 4.10b: Position beim Analverkehr außerhalb fester Partnerschaften im Jahr vor der jeweiligen Befragung

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



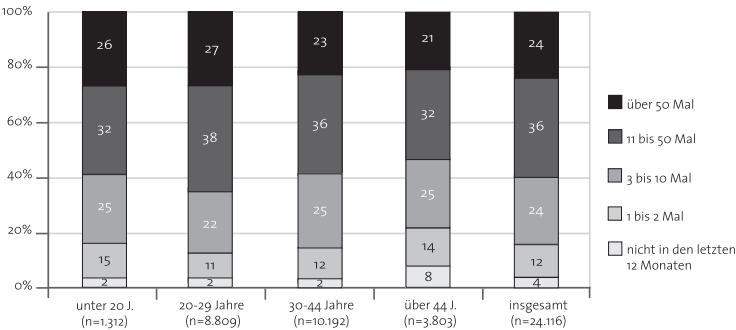
2.2 Analverkehr mit dem festen Freund

76

Bedauerlicherweise wurden die mit dem festen Freund ausgeübten Sexpraktiken im EMIS-Fragebogen nicht detailliert erhoben. Es wurde lediglich nach analgenitalen Kontakten gefragt, allerdings nicht differenziert nach insertivem oder rezeptivem Modus. Deutlich wird, dass Analverkehr zu einem höheren Anteil in festen Beziehungen praktiziert wird. Lediglich 4% der Männer in einer festen Beziehung zum Zeitpunkt der Befragung geben an, keinen Analverkehr mit ihrem Freund im Jahr vor der Befragung gehabt zu haben. Zu analgenitalen Kontakten mit dem festen Freund wurde die Frequenz erhoben. Hier zeigt sich, dass Analverkehr mit dem festen Freund häufiger in den jüngeren Altersgruppen praktiziert wird, auch die unter 20-Jährigen machen keine Ausnahme. Nur 2% der unter 30-Jährigen hatten keinen Analverkehr in ihrer festen Beziehung, dagegen 8% der über 44-Jährigen (Abbildung 4.11). Ob analgenitale Kontakte eingegangen werden, ist auch abhängig von der Dauer der Beziehung. Lediglich 1% der Männer in Beziehungen, die eine Dauer von ein bis vier Jahren aufweisen, hatten keinen Analverkehr mit ihrem festen Partner, dagegen 9% derer, deren Beziehung länger als zehn Jahre andauert. Wenn analgenitale Kontakte erfolgen, ist ihre Frequenz weniger abhängig von der Dauer der Beziehung.

Abb. 4.11: Häufigkeit des Analverkehrs mit dem festen Partner nach Altersgruppen, bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung

Basis: EMIS, Befragte mit festem Partner



2.3 Vaginalverkehr und Analverkehr mit der Partnerin

Wie schon erwähnt, leben 8 % der Befragten in einer Beziehung mit einer Frau. Von diesen hatten 52 % Vaginal- oder Analverkehr (die beiden Sexpraktiken wurden nicht getrennt erhoben) mit einer Partnerin in den zwölf Monaten vor der Befragung, zehn % hatten dies mit *zwei* Sexpartnerinnen und 13 % mit *drei und mehr* Partnerinnen. 2 % der Befragten in einer „offenen“ Beziehung mit einem Mann hatten Vaginal- oder Analverkehr mit einer Partnerin, 1 % mit zwei und mehr Partnerinnen. Von den nicht in einer Beziehung lebenden Männern gaben 5 % *eine* Sexpartnerin an, mit der sie Vaginal- oder Analverkehr hatten, 2 % hatten dies mit *zwei* Partnerinnen und 3 % mit *drei und mehr* Partnerinnen. Andere Sexpraktiken bei Sexkontakten mit Frauen als Vaginal- und Analverkehr wurden nicht erhoben.

77

3. Präventives Verhalten bei Oralverkehr

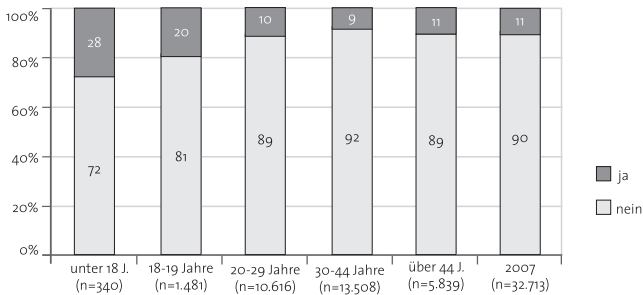
Die Rolle des Kondoms für die Ansteckungsgefahr mit HIV bei oralem Kontakt mit Sperma wird unterschiedlich bewertet (vgl. z. B. CHAPS Partnership 2011: 25, Campo et al. 2006). Der orale Kontakt mit Sperma gilt allerdings gegenüber dem Analverkehr als ein deutlich geringeres Infektionsrisiko für HIV. Die folgende Analyse berücksichtigt ausschließlich negativ oder ungetestete MSM, die für die vergangenen zwölf Monate

andere Sexualpartner als den festen Partner angeben. Es zeigt sich, dass neun Zehntel der Befragten mitteilen, *beim letzten sexuellen Kontakt* mit einem anderen Partner dessen Sperma oral nicht aufgenommen zu haben. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der Erhebung von 2007 ist hier nicht möglich, da in dieser sich die Frage nach oralem Kontakt mit Sperma bei Sexkontakten mit anderen Partnern auf die zwölf Monate vor der Befragung bezog. Dabei wurde oraler Kontakt mit dem Sperma anderer Sexpartner von 66 % verneint.

Im Unterschied zu riskanten ungeschützten analgenitalen Sexkontakten (mit anderen als dem festen Partner, siehe folgender Abschnitt) wird das eher geringe Risiko einer HIV-Infektion durch die orale Aufnahme von Sperma vor allem von jüngeren MSM angegeben. Den höchsten Anteil weist mit 28 % die allerjüngste Gruppe der 14- bis 17-Jährigen auf; bei den 18- bis 19-Jährigen fällt dieser Anteil auf 20 %, bei den 20- bis 29-Jährigen auf 10 %. Abbildung 4.12 zeigt, dass in allen nachfolgenden Altersgruppen der Anteil bei ungefähr einem Zehntel bleibt.

78 **Abb. 4.12: Orale Aufnahme von Ejakulat beim letzten Sex mit einem anderen Partner nach Altersgruppen**

Basis: EMIS, zuletzt HIV-negativ oder ungetestete Befragte, die sexuelle Kontakte mit anderen als dem festen Partner angeben

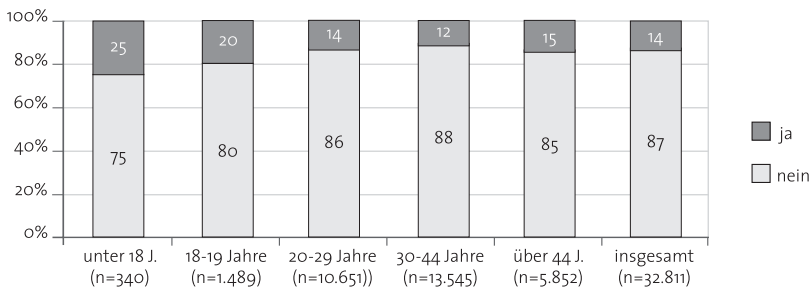


Bei HIV-positiv getesteten Befragten ist der Anteil derer, die beim letzten Sexkontakt mit anderen Partnern nicht deren Sperma oral aufnehmen, mit 79 % niedriger als bei den negativ- oder ungetesteten Männern. Allerdings gibt es außer der HIV-Infektion keine andere STI, deren Übertragungsrisiko sich bei der Aufnahme von Ejakulat (für Hepatitis-B geimpfte) erhöht. Insofern ist die orale Aufnahme von Ejakulat durch bereits HIV-positive Männer mit Hepatitis-B Impfung mit keinem erhöhten Infektionsrisiko verbunden.

Insgesamt geben 87% der HIV-negativ getesteten und Ungetesteten an, beim letzten Sexkontakt nicht in den Mund ihrer Sexpartner ejakuliert zu haben, 13% taten dies. Deutliche altersgruppenspezifische Unterschiede sind auch hier zu beobachten, wie Abbildung 4.13 zeigt. Wie bei rezeptiver Fellatio bestehen diese altersspezifischen Unterschiede auch bei inserativer Fellatio vor allem zwischen den unter 20-Jährigen und den anderen Altersgruppen.

Abb. 4.13: Oralverkehr mit Ejakulation in den Mund des Sexualpartners beim letzten Sex mit einem anderen Partner nach Altersgruppen

Basis: EMIS, zuletzt HIV-negativ oder ungetestete Befragte, die sexuelle Kontakte mit anderen als dem festen Partner angeben



Bei positiv getesteten Befragten beträgt der Anteil derer, die nicht in den Mund ihrer Sexualpartner ejakulierten, 88 %.

Unabhängig vom Lebensalter steht die Höhe des Bildungsabschlusses in einem Zusammenhang mit präventivem Verhalten beim Oralverkehr. In allen Altersgruppen außer der der unter 20-Jährigen berichten fast doppelt so viele ungetestete oder negativ getestete MSM mit Hauptschulabschluss (oder keinem Schulabschluss) über oralen Kontakt mit Sperma beim letzten sexuellen Kontakt mit einem anderen Partner als Abiturienten oder (Fach-) Hochschulabsolventen. In der jüngsten Altersgruppe ist die Differenz zwischen den MSM mit niedrigem und hohem Bildungsniveau nicht so groß, auch hier besteht sie jedoch.

Im Unterschied zu den ungeschützten analgenitalen Kontakten wurden bei den Fragen zur oralen Aufnahme von Sperma oder zur Ejakulation in den

Mund nicht nach dem HIV-Serostatus⁸ des Sexpartners gefragt; somit kann nicht festgestellt werden, in welchen Fällen diese Kontakte ein HIV-Übertragungsrisiko darstellen.

4. Präventives Verhalten bei Analverkehr

4.1 Kondomgebrauch, Erfahrungen und Widerstände

Der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker hat wiederholt drauf hingewiesen, dass sich für einen bedeutsamen Anteil schwuler Männer das Kondom trotz langjährigen Gebrauchs (als mehr oder weniger) störend erweise (Dannecker 2000); die Befragungen im Rahmen dieser Erhebungsreihe bestätigen diese Aussage (siehe Bochow 1997, 2001; Bochow/Wright/Lange 2004; Bochow/Schmidt/Grote 2010). Aus diesem Grunde wurde im deutschen Anhang der EMIS-Erhebung wieder die Frage nach der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung durch ein Kondom beim Analverkehr gestellt: „Oft ist die Ansicht zu hören, Kondome seien beim Sex sehr störend. Halten sie diese Meinung für zutreffend?“. 13 % der ungetesteten und negativ getesteten MSM, die analgenitale Kontakte eingingen, finden, dass dies „völlig zutrifft“ (so die Formulierung einer der möglichen Antworten). 2007 betrug der entsprechende Anteil 15 %. Ein Drittel (36 %; 2007: 41 %) findet, dass dies „teilweise zutrifft“, 41 % finden die Aussage nicht zutreffend (2007: 34 %), 10 % finden die Frage „schwer zu beantworten“ (2007: 11 %). Wenn auch der Anteil bei den unter 20-Jährigen, die sich durch Kondome

80

8 In der medizinischen und sozialwissenschaftlichen HIV-Forschung wird häufig von Serostatus gesprochen. Unter einem positiven Serostatus wird der Nachweis von Antikörpern verstanden, die vom Immunsystem gegen einen bestimmten Erreger gebildet werden. Ist jemand mit HIV infiziert, produziert sein Körper Antikörper gegen das Virus, die im Blut (bzw. im Serum) mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung nachgewiesen werden können, der HIV-Serostatus wird dann positiv. Ist in einer festen Partnerschaft oder im Rahmen eines sexuellen Kontakts ein Sexualpartner mit HIV infiziert und hat somit Antikörper gegen HIV, der andere Partner jedoch nicht, so spricht man von einem diskordanten HIV-Serostatus oder von Serostatus-Diskordanz. Sind beide Partner HIV-infiziert oder sind beide Partner nicht mit HIV infiziert, haben sie einen konkordanten HIV-Serostatus (Serostatus-Konkordanz). Aus Gründen der sprachlichen Verknappung wird im Folgenden immer von Serostatus-Konkordanz die Rede sein, wenn davon ausgegangen wird, dass beide Befragten den gleichen Serostatus haben, und von Serostatus-Diskordanz, wenn davon auszugehen ist, dass einer der Partner infiziert ist und der andere zuletzt einen negativen Antikörpertest hatte (unabhängig davon, ob er auch tatsächlich immer noch negativ ist).

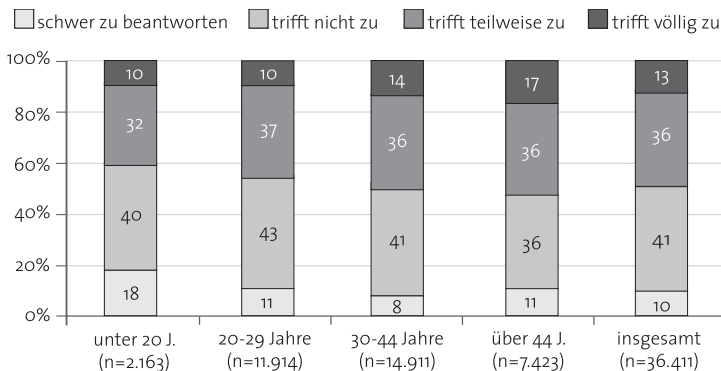
beim Analverkehr (sehr oder teilweise) gestört fühlen mit 42% am niedrigsten und bei den über 44-Jährigen mit 53% am höchsten ist, bleibt der hohe Prozentsatz der MSM in der jüngsten Altersgruppe, die sich durch den Kondomgebrauch beeinträchtigt fühlen, bemerkenswert (Abbildung 4.14); in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen sind es fast die Hälfte der MSM (47%), die sich in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlen. Für die unter 30-Jährigen gilt, dass sie alle mit HIV/AIDS aufgewachsen sind, also seit dem Beginn ihrer sexuellen Biographie unter dem „Kondomgebot“ standen und Zeiten „kondomloser“ Sexualität unter schwulen Männern nicht kannten. Ein zum Teil schwieriger Umgewöhnungsprozess, wie er zumindest für die meisten über 50-Jährigen in den Zeiten von Aids erforderlich war, wurde diesen jüngeren Männern nicht abverlangt. Sie wurden in gewisser Weise sozialisiert mit der Empfehlung zum Kondomgebrauch.

Diesem – trotz aller „Pro-Kondom-Kampagnen“ – weiter bestehendem Unbehagen beim Kondomgebrauch auch in jüngeren Altersgruppen muss in der Präventionsarbeit Rechnung getragen werden.

Abb. 4.14: Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“ nach Altersgruppen

81

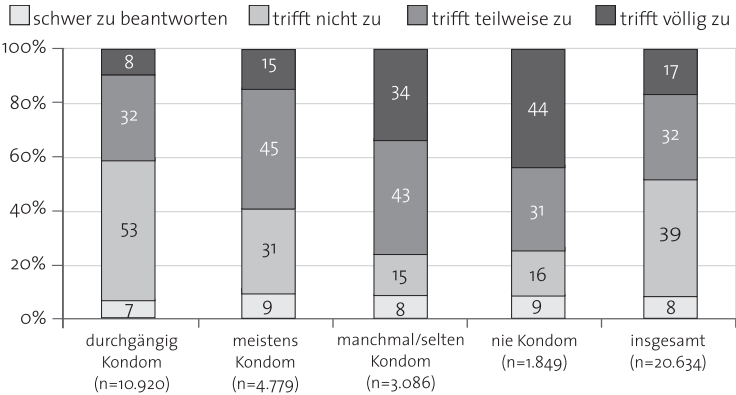
Basis: SMA, ungetestete oder zuletzt negativ getestete Befragte mit Analverkehr



Wie auch schon in den vorangegangenen Befragungen ist unter den Männern, die beim Analverkehr keine Kondome benutzen, der Anteil derer, die sich stark durch das Kondom beeinträchtigt fühlen, am höchsten; unter denen, die durchgängig Kondome benutzen, fühlen sich die wenigsten

beeinträchtigt. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang beim Analverkehr mit anderen als dem festen Partner (Abbildung 4.15). In festen Partnerschaften besteht der gleiche Zusammenhang, allerdings sind die Unterschiede weniger deutlich, vermutlich auch, weil Kondome innerhalb fester Beziehungen seltener zur Anwendung kommen (siehe die folgenden Abschnitte).

Abb. 4.15: Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“ nach Durchgängigkeit des Kondomgebrauchs beim Analverkehr mit anderen Partnern
 Basis: SMA, Befragte mit Analverkehr mit anderen Sexpartnern als dem festen Freund

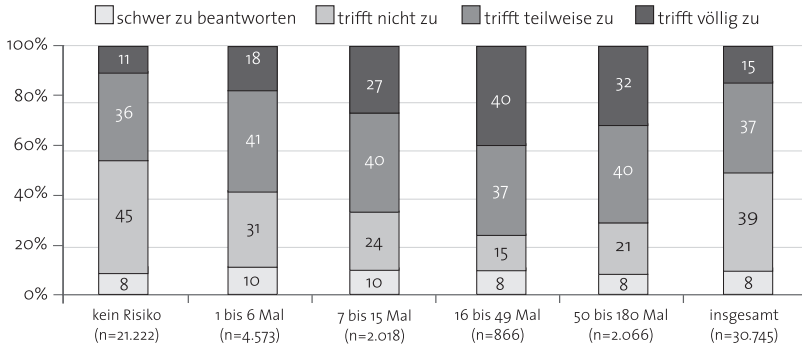


Ein entsprechender Zusammenhang besteht zwischen der Wahrnehmung des Kondoms als Störfaktor und der angegebenen Anzahl ungeschützter analgenitaler Kontakte bei unbekanntem HIV-Serostatus der Sexpartner⁹ (Abb. 4.16).

9 Bei der Berechnung der Anzahl der eingegangenen Risikokontakte beim Analverkehr wurden die folgenden Angaben zusammengefasst: Ungeschützter Analverkehr mit dem primären Partner, mit bekannten und anonymen Sexpartnern, deren Serostatus jeweils unbekannt war.

Abb. 4.16: Einstellungen zur Aussage „Kondome sind beim Sex sehr störend“ nach Häufigkeit ungeschützter analgenitaler Kontakte mit Sexpartnern mit unbekanntem Serostatus, inklusive des festen Partners

Basis: SMA, Befragte mit Analverkehr in den letzten 12 Monaten



Die Tatsache, dass gerade die MSM, die häufiger Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Serostatus haben, dabei auch häufig kein Kondom benutzen, sollte der Prävention zu denken geben; ein erheblicher Teil dieser MSM, für die analgenitale Kontakte psychisch hoch besetzt sind, fühlt sich vom Gebrauch eines Kondoms beeinträchtigt. Eine präventive Empfehlung an diese Gruppe, lieber auf analgenitale Kontakte zu verzichten, wird folgenlos bleiben und eher Widerstände gegen präventive Botschaften erhöhen. Ein erheblicher Teil der Männer, die sich durch Kondome beeinträchtigt fühlen, weicht zur Risikominderung auf die Praktik des Serosorting aus (vgl. Abschnitt 4.8 in diesem Kapitel). Diese MSM sollten eher zu einem effektiven (im Sinne von adäquaten) Serosorting aufgefordert und vor den Gefahren eines „seroquessing“ gewarnt werden. Hintergrund dieser Empfehlung ist auch die Einschätzung, dass es wenig aussichtsreich erscheint, diese Männer wieder zum Gebrauch von Kondomen zu bekehren.

4.2 Kondomgebrauch bei Sexkontakten mit Männern innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften

Der Gebrauch von Kondomen ist außerhalb fester Partnerschaften sehr viel weiter verbreitet, vor allem was seine „Habitualisierung“, also den regelmäßigen Gebrauch, anbelangt. Die Hälfte der Männer (53 %), die analgenitale Kontakte mit Partnern außerhalb fester Partnerschaften hatten, geben an, dabei immer Kondome benutzt zu haben. Weitere 23 % geben an, dies „meistens“ getan zu haben. Ein Viertel (24 %) der Befragten in festen Partnerschaften benutzten „immer“ ein Kondom, 9 % „meistens“ (Abbildung 4.17).

Abb. 4.17: Häufigkeit des Kondomgebrauchs innerhalb und außerhalb fester Partnerschaften in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: SMA (2007), EMIS (2010), Befragte, die Analverkehr praktizieren

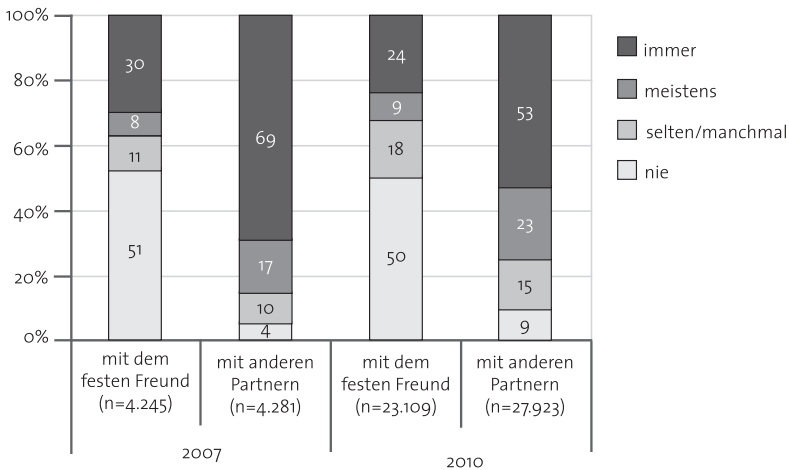


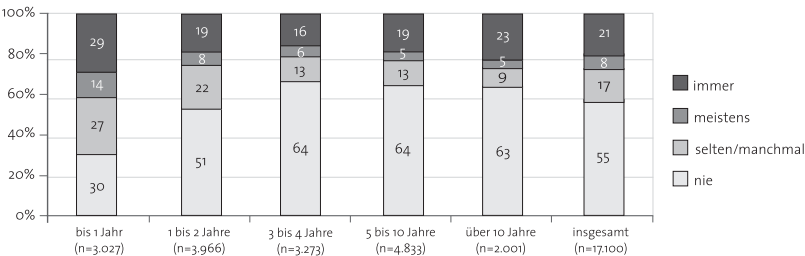
Abbildung 4.17 dokumentiert ebenfalls, dass der (Nicht-)Gebrauch in festen Beziehungen relativ stabil geblieben ist. 2007 benutzen 62% der Befragten nie oder selten ein Kondom beim Analverkehr mit ihrem Partner, 2010 waren dies 68 %. Bei Analverkehr außerhalb fester Beziehungen nimmt der regelmäßige Kondomgebrauch zwischen den Erhebungsjahren 2007 und 2010 ab. Bei analgenitalen Kontakten mit anderen Partnern benutzten 2007 69 % immer ein Kondom, 2010 sind es 53 %. Der Anteil jener, die „meistens“ ein Kondom benutzen, steigt zwar von 17 auf 23 %, es steigt jedoch auch der Anteil jener, die selten oder nie ein Kondom benutzten, von 14 auf 24 %. Ob dies eine Zunahme

von Risikokontakten bedeutet, oder ob der Anteil der Sexpartner steigt, mit denen über den Serostatus kommuniziert und bei gleichem Serostatus auf ein Kondom verzichtet wurde, zeigt Abschnitt IV.5.

Der durchgängige Kondomgebrauch innerhalb fester Beziehungen ist abhängig von der Dauer der Beziehung. Während ein Drittel (30%) der Männer in Beziehungen bis zu einem Jahr angibt, nie ein Kondom zu benutzen, steigt dieser Anteil schon auf 51% bei Männern mit einer Beziehungsdauer von ein bis zwei Jahren an, der Anteil steigt weiter auf 64% bei Männern mit einer Beziehungsdauer von drei bis vier Jahren. Bei noch längeren Beziehungen ändert sich dieser Anteil nicht mehr (Abbildung 4.18). Auf den Gebrauch bzw. Nicht-Gebrauch von Kondomen bei analgenitalen Kontakten innerhalb fester Beziehungen wird im Zusammenhang mit der Analyse eingegangener Risikokontakte wieder einzugehen sein.

Abb. 4.18: Häufigkeit des Kondomgebrauchs innerhalb fester Partnerschaften in den letzten 12 Monaten nach Beziehungsdauer

Basis: EMIS, Befragte mit Analverkehr mit einem festen Partner

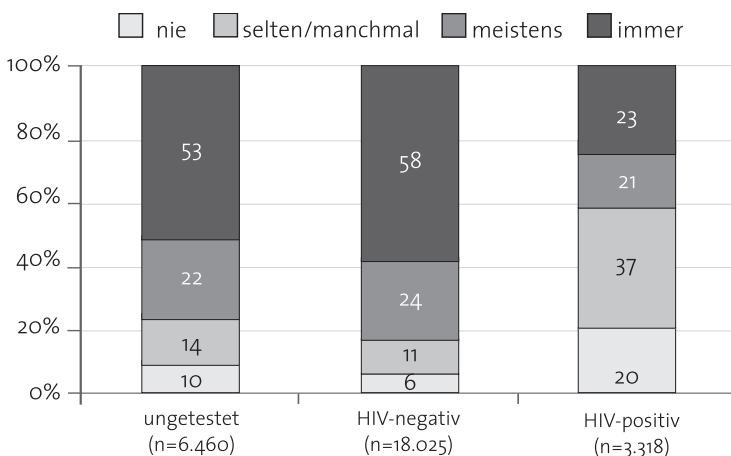


4.3 Kondomgebrauch mit anderen Partnern bei Ungetesteten, negativ und positiv Getesteten

Abbildung 4.19 zeigt, dass zwischen ungetesteten und negativ getesteten Befragten geringe Unterschiede hinsichtlich der Frequenz des Kondomsgebrauchs bei Analverkehr mit anderen Partnern bestehen. Beide Gruppen unterscheiden sich stark von den HIV-positiv Getesteten. Lediglich 23% in dieser Gruppe geben an, bei analgenitalen Kontakten immer ein Kondom zu benutzen, 21% benutzen es „meistens“. Auch hierauf wird in den folgenden Analysen zurückzukommen sein.

Abb. 4.19: Häufigkeit des Kondomgebrauchs bei Analverkehr mit anderen Partnern in den letzten 12 Monaten nach Serostatus

Basis: EMIS, Befragte mit Analverkehr (n= 27.803)



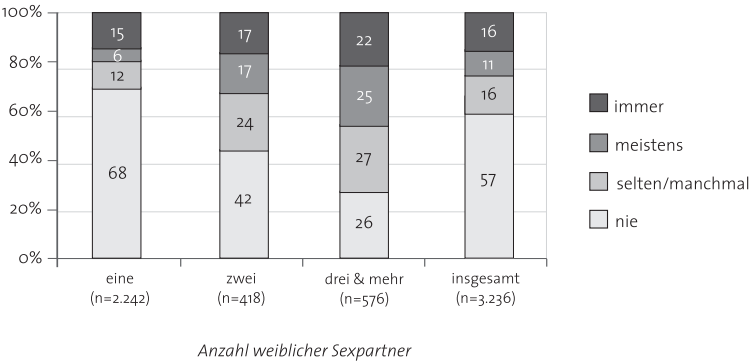
4.4 Kondomgebrauch bei Sexkontakten mit Frauen

Die Gestaltung der Fragen bei Sexkontakten zu Frauen im Erhebungsinstrument erlaubt es leider nicht, zwischen der Lebensgefährtin und anderen Sexpartnerinnen zu differenzieren. Wird mehr als eine Sexpartnerin angegeben, kann aufgrund der Gestaltung des Erhebungsinstrumentes nicht zwischen der Lebensgefährtin und anderen Partnerinnen unterschieden werden. Es kann deshalb hier lediglich über den Kondomgebrauch bei Vaginal- und Analverkehr in Abhängigkeit von der Zahl der Sexpartnerinnen in den zwölf Monaten vor der Befragung berichtet werden.

Zwei Drittel (68%) der MSM in einer Beziehung mit einer Frau, die eine Sexpartnerin angeben, berichten, dass sie bei Vaginal- oder Analverkehr nie ein Kondom benutzen. 15 % geben an, dies immer zu tun. In der gleichen Gruppe geben 42% der Befragten mit zwei Sexpartnerinnen an, dass sie nie ein Kondom benutzen, 17% benutzen immer ein Kondom und weitere 17% meistens. Bei Männern mit drei und mehr Partnerinnen steigt der Anteil derer, die meistens oder immer ein Kondom benutzen, eine Mehrheit benutzt aber auch in dieser Gruppe nie oder selten ein Kondom (Abbildung 4.20).

Abb. 4.20: Kondomgebrauch bei Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung nach Anzahl weiblicher Sexpartner

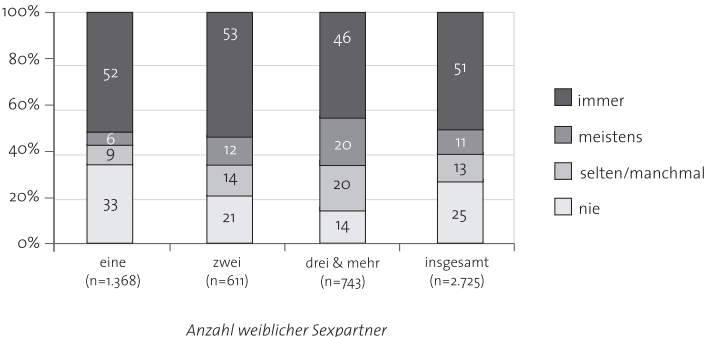
Basis: EMIS, Befragte in einer Beziehung mit einer Frau



Die Hälfte (52%) der Männer ohne Beziehung mit einer Frau oder einem Mann benutzten immer ein Kondom, wenn sie Sexkontakte zu einer Frau hatten, 33% benutzten nie ein Kondom. Geben die Befragten in dieser Gruppe zwei Sexpartnerinnen an, fällt der Anteil derjenigen, die nie ein Kondom benutzen, auf 21% und der Anteil derer, die immer eins benutzten, bleibt mit 53% fast stabil. Bei drei und mehr Sexpartnerinnen fällt noch einmal der Anteil derjenigen, die nie ein Kondom benutzen, auf 14%, der Anteil jener, die es immer benutzen, beträgt 46% (Abbildung 4.21).

Abb. 4.21: Kondomgebrauch bei Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung nach Anzahl weiblicher Sexpartner

Basis: EMIS, Befragte ohne feste Beziehung

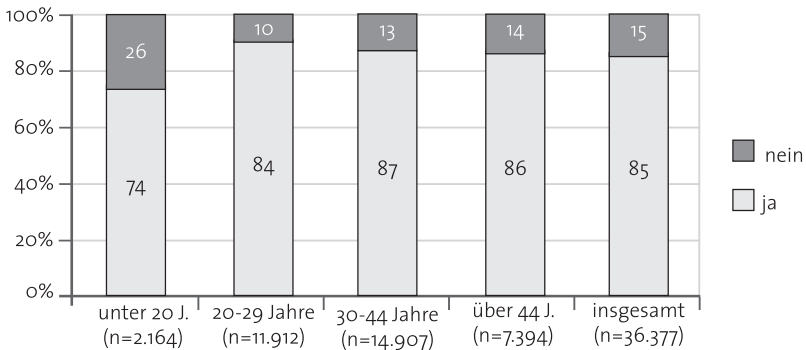


4.5 Verfügbarkeit von Kondomen

Werden ausschließlich Befragte betrachtet, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Analverkehr hatten, zeigt sich, dass 85 % aller Ungetesteten oder negativ Getesteten angeben, ein Kondom „in der Tasche oder zu Hause zu haben“, bei HIV-Positiven sind es 88 %. Diese Frage war Bestandteil des deutschen Fragenanhangs, es wird hier also über drei Viertel der EMIS-Befragungsteilnehmer berichtet.

Abb. 4.22: Vorhandensein eines Kondoms nach Altersgruppen

Basis: SMA, ungetestete oder zuletzt HIV-negativ getestete Befragte mit Analverkehr in den letzten 12 Monaten



Bei den unter 20-Jährigen ist der Anteil jener, die ein Kondom verfügbar haben, deutlich niedriger (Abbildung 4.22). Bei MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss sind Kondome im höheren Umfang vorhanden als bei Männern mit Hauptschulabschluss; der Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Verfügbarkeit von Kondom gilt gleichermaßen für positiv Getestete und negativ Getestete/Ungetestete. Männer mit über 50 Sexpartnern im Jahr haben zu einem höheren Anteil (14 %) keine Kondome zu Hause vorrätig oder in der Tasche als Männer mit weniger als 50 Sexpartnern (10 %).

Teil des europäischen Erhebungsinstruments war die Frage danach, wann zuletzt ein Kondom benötigt wurde, ein solches aber nicht zur Verfügung stand. Bei den Antworten hierauf wurden nur die Angaben zu den zwölf Monaten vor der Befragung berücksichtigt (im Erhebungsinstrument war ebenfalls die Möglichkeit gegeben, Angaben zu den fünf Jahren vor der Befragung und davor zu machen). Die Frage wurde ganz allgemein gestellt,

es kann also nicht geklärt werden, ob ein Kondom bei sich anbahnenden analgenitalen Kontakten mit dem festen Freund oder bei Kontakten mit anderen Sexpartnern fehlte. Insgesamt geben 82 % der Befragten hierzu an, dass sie in den zwölf Monaten vor der Befragung nicht in einer solchen Situation waren; 3 % fehlte ein Kondom in den sieben Tagen davor, 4 % in den letzten vier Wochen und 12 % in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung. MSM mit Hauptschulabschluss beklagen das Fehlen eines Kondoms (21 %) in einem leicht höheren Umfang als MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss (17 %). Stärkere Unterschiede werden sichtbar, wenn diese Angaben zu Alter, Szenezugehörigkeit und zur Zahl der Sexualpartner in Beziehung gesetzt werden. Je mehr Sexpartner für das Jahr vor der Befragung angegeben werden, desto höher ist der Anteil der Männer, die das Fehlen eines Kondoms beklagen. Es ist ein Fünftel der Männer mit zwei bis zehn Sexpartnern, 29 % derer mit elf bis fünfzig Sexpartnern und 35 % derer mit mehr als fünfzig Partnern.

Hatten 18 % der Befragten zu einem bestimmten Zeitpunkt im Jahr vor der Befragung kein Kondom zur Verfügung als sie es brauchten, geben 11 % der Befragten an, dass sie trotz fehlenden Kondoms analgenitale Kontakte eingingen. Auch dieser Sachverhalt wird vor allem von Männern mit über zehn Sexpartnern (17 %), besonders von denen mit über 50 Sexpartnern angegeben (24 %). Unterschiede nach Bildungsniveau sind hier stärker als beim Feststellen des Fehlens eines Kondoms. 22 % der MSM mit Hauptschulabschluss und 9 % der MSM mit Abitur und/oder (Fach-)Hochschulabschluss teilen mit, dass sie analgenitale Kontakte eingegangen sind, obwohl sie kein Kondom dabei hatten.

Konnte in den ersten beiden Erhebungen dieser Befragungsreihe (Bochow 1988, 1989) gezeigt werden, dass sexuell aktivere Männer mit höheren Partnerzahlen offenkundig die Safer-Sex-Empfehlungen der Aidshilfen umfassender befolgten, zeigt sich seit dem Ende der 1990er Jahre ein verändertes Verhalten. Auch die hier präsentierten Daten zeigen, dass ein größerer Anteil der Männer mit höheren Partnerzahlen zumindest leichter in Risikosituationen gerät als jene mit geringen Partnerzahlen. Da Szenenähe und hohe Partnerzahlen miteinander einhergehen, zeigt sich auch bei den MSM, die intensiver die Orte des schnellen Sex und schwuler Geselligkeit frequentieren, ein höherer Anteil von Befragten, die das Fehlen eines Kondoms mitteilen. Unter 30-Jährige geben zu einem leicht höheren Anteil das Fehlen eines Kondoms an (20 %) als Männer ab 30 (16 %). Die Situation oder die Situationen, in der/denen das Kondom fehlte, konnte im

Rahmen der Befragung nicht erhoben werden. Es lässt sich somit nicht klären, ob z. B. Befragte nicht mit einem sexuellen Kontakt gerechnet und deshalb kein Kondom dabei hatten, oder ob sich im Fehlen eines Kondoms eine gewisse Aversion gegen seinen Gebrauch ausdrückt. Dem Fehlen eines Kondoms kann zwar an (kommerziellen) Orten für schnellen Sex entgegengewirkt werden, indem die Eigentümer von Bars und Saunen Kondome (und Gleitmittel) vor Ort bereitstellen, Bars und Saunen sind aber gewiss nicht die einzigen Orte, an denen das Fehlen eines Kondoms festgestellt wurde.

4.6 Zum sicheren Kondomgebrauch

90

Mit der Frage, ob ein Kondom bei insertivem Analverkehr in den zwölf Monaten vor der Befragung mal geplatzt oder abgerutscht ist, knüpfte die EMIS-Befragung an deutsche Befragungen (wie auch in anderen Ländern) in den 1990er-Jahren wieder an; die Fragen wurden 1999 und später nicht mehr gestellt, da die Antworten immer sehr ähnlich waren. Das Ergebnis von 2010 ist vergleichbar mit Ergebnissen der deutschen Befragungen in den 1990er Jahren. Fast neun Zehntel der MSM, die ein Kondom benutzten (88%), geben an, dass ihnen ein solches Missgeschick nicht passierte; 9 % teilen mit, dass dies einmal erfolgte, weitere 2 %, dass dies mehrmals erfolgte. 1 % kann sich an einen solchen Vorfall nicht mehr erinnern. Unterschiede zeigen sich nicht, wenn das Bildungsniveau der Befragten berücksichtigt wird. Der einzige deutliche Zusammenhang, der beobachtet werden kann, ist plausiblerweise der zwischen Partnerzahl und Kondomvorfall. 12 % der MSM mit elf bis 50 Partnern im Jahr vor der Befragung geben einen solchen Kondomvorfall an, 3 % in dieser Gruppe passierte es mehr als einmal. 18 % der MSM mit mehr als 50 Partnern teilen ein Kondommissgeschick mit, 7 % in dieser Gruppe widerfuhr es mehrmals.

Im Zusammenhang mit dem Kondomgebrauch wurde nach den Umständen gefragt, die das Platzen oder Abrutschen eines Kondoms mitbewirken können. Hier wurden dann jene, die ein Kondom bei Analverkehr in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung benutzten, gefragt, ob ein bestimmter Sachverhalt auf sie zutraf. Wie Tabelle 4.3 zeigt, gibt fast ein Drittel der Kondombenutzer an, dass sie ein Kondom ohne Gleitmittel gebrauchten, mehr als ein Drittel benutzten Speichel als Gleitmittel, 15 % verwendeten nicht genug Gleitmittel, ebenfalls 15 % benutzten dasselbe Kondom bei einem insertiven Analverkehr,

auch wenn dieser länger als eine halbe Stunde dauerte und ein Zehntel benutzte fetthaltige Gleitmittel. Tabelle 4.3 ist zu entnehmen, dass die Gruppe von Befragten mit der höchsten Partnerzahl – mehr als 50 unterschiedliche Sexpartner – gleichzeitig die höchsten Anteile von MSM aufweist, die das Kondom nicht sachgemäß gebrauchen. Der einzig bedeutsame Zusammenhang, der sich hier zudem zeigt, ist der zwischen Bildungsniveau und Kondomgebrauch. In der Gruppe der Männer mit Hauptschulabschluss zeigen sich die höchsten Anteile derer, die ein Kondom ohne Gleitmittel verwendeten (41%), und derer, die ein fetthaltiges Gleitmittel benutzten (20%).

Tab. 4.3: Kondomgebrauch nach Anzahl männlicher Sexpartner bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung
Basis: EMIS, Befragte mit anderen Partnern

	Anzahl männlicher Sexpartner in den letzten 12 Monaten					
	einer	2 bis 5	6 bis 10	11 bis 50	mehr als 50	insgesamt
Kein Gleitmittel benutzt	1.201 25,4%	2.699 27,2%	1.540 27,2%	2.350 29,8%	411 34,1%	8.201 27,9%
Speichel als Gleitmittel benutzt	1.086 23,2%	2.986 30,2%	2.027 35,9%	3.760 47,9%	712 59,4%	10.571 36,1%
Vorm Überziehen Gleitmittel in das Kondom getan	280 6,0%	493 5,0%	344 6,1%	548 7,0%	117 9,9%	1.782 6,1%
Nicht genug Gleitmittel auf der Außenseite des Kondoms benutzt	511 11,0%	1.162 11,9%	788 14,1%	1.513 19,4%	323 27,2%	4.297 14,8%
Zu kleines oder zu großes Kondom benutzt	312 6,7%	594 6,1%	425 7,6%	673 8,7%	155 13,1%	2.159 7,5%
Analverkehr für länger als 1/2 Stunde gehabt, ohne das Kondom zu wechseln	610 13,1%	1.318 13,5%	833 14,9%	1.415 18,2%	283 23,7%	4.459 15,4%
Gleitmittel auf Ölbasis (Baby-Öl, Vaseline, Feuchtigkeitscreme) mit Latex-Kondom benutzt	443 9,6%	997 10,3%	584 10,5%	790 10,2%	172 14,7%	2.986 10,4%
n	4.443	10.249	6.541	11.049	2.173	34.455

Es erscheint nicht nur notwendig, in zukünftigen Präventionskampagnen noch einmal auf die Voraussetzungen eines sachgemäßen Kondomgebrauchs hinzuweisen. Es bleibt erforderlich, nicht fetthaltige wasserlösliche oder silikonhaltige Gleitmittel preiswerter anzubieten.

Eine 100-ml-Flasche silikonhaltiges Gleitgel kostet im Versand der DAH ca. zwölf Euro, ein wasserlösliches Gleitgel in einer 125-ml-Packung ca. sieben Euro; möglicherweise könnte ein Preis unter fünf Euro die Kaufbereitschaft fördern (in Supermärkten sind Gleitgele etwas preiswerter, da der DAH-Versand Portokosten in den Preis einrechnet). Somit sind die wasserlöslichen Gleitmittel zwar preiswerter, silikonhaltige Gleitmittel sind jedoch ergiebiger. Es wird geschätzt, dass für einen insertiven analgenitalen Kontakt mindestens sieben bis acht Milliliter verbraucht werden, ein silikonhaltiges Gleitgel in einer 125-ml-Packung würde also für lediglich 13 Anwendungen reichen (Mitteilung vom Versandleiter der DAH).

4.7 „Negotiated Safety“

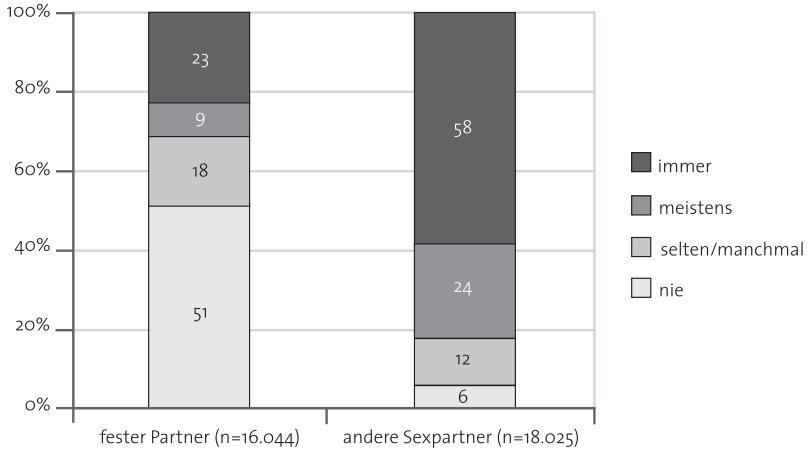
Das Konzept „ausgehandelter Sicherheit“ (Negotiated Safety) besteht aus zwei zentralen Elementen: Beide Partner innerhalb einer Beziehung sind (möglichst zeitnah) konkordant HIV-negativ getestet. Sexualkontakte mit anderen Partnern orientieren sich an der Safer-Sex-Norm des Kondomgebrauchs. Unter diesen Bedingungen können Partner innerhalb einer Partnerschaft auf das Kondom verzichten (siehe Holt/Ellard 2011). Werden die Angaben zum Kondomgebrauch in dieser Perspektive betrachtet, so zeigt sich, dass das Konzept der ausgehandelten Sicherheit eine verbreitete Risikomanagement-Strategie zu sein scheint.

Das Konzept der ausgehandelten Sicherheit betrifft „offene“ Partnerschaften. In Abbildung 4.23 wurden alle Partnerschaften abgebildet, die zum Zeitpunkt der Befragung bestanden, da das Erhebungsinstrument von 2010 nicht ausdrücklich zwischen „offenen“ und „monogamen“ Beziehungen unterschieden hat. Zur Steigerung der Übersichtlichkeit wurden in der Abbildung nur alle negativ getesteten Befragten berücksichtigt und der Kondomgebrauch dieser Männer in festen Beziehungen und mit anderen Sexpartnern als dem festen Freund in den zwölf Monaten vor der Befragung verglichen. Es zeigt sich, dass innerhalb fester Beziehungen die Hälfte der negativ getesteten Männer bei Analverkehr immer vom Kondomgebrauch absieht, lediglich 23 % benutzen durchgängig ein Kondom und 9 % meistens. Fast zwei Drittel (58 %) der negativ getesteten Männer benutzen bei analgenitalen Kontakten mit anderen Partnern als dem festen Freund durchgängig ein Kondom, ein Viertel (24 %) meistens; 6 % gebrauchen nie ein Kondom. In

den Kapiteln V und VI wird detaillierter auf den Kondomgebrauch in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus und vom Serostatus des Sexpartners eingegangen werden.

Abb. 4.23: Kondomgebrauch bei Analverkehr in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: EMIS, HIV-negativ getestete Befragte (n=34.069)



4.8 „Serosorting“

Die Strategie des „Serosorting“ wird als Versuch einer Risikominderung bei ungeschützten analgenitalen Kontakten seit Langem diskutiert. Negativ getestete Männer suchen sich als Sexpartner ebenfalls negativ Getestete, um vom Kondomgebrauch abzusehen; analog gehen positiv Getestete vor. Die Kategorie des Serosorting wird für analgenitale Kontakte außerhalb fester Beziehungen verwandt. Angestoßen wurde diese Diskussion durch australische und US-amerikanische Sozialwissenschaftler (zusammenfassend vgl. Kippax/Race 2003, Parsons et al. 2005 und Holt/Ellard 2011). Kritisiert wurde in der Folge, dass die Kategorie des Serosorting (auch die des „seropositioning“, hierzu mehr im folgendem Abschnitt) als „Risikominderungsstrategie“ zunächst von Sozialwissenschaftlern nach der Analyse ihrer Daten a posteriori entwickelt wurde. Françoise Lert und Gilles Pialoux haben in ihrem Bericht für das französische Gesundheitsministerium (Lert/Pialoux 2010) z. B. hinterfragt, ob es sich

bei verschiedenen präventiven Praktiken jeweils um bewusste präventive Akte als solche handele, oder ob die beobachteten und mit bestimmten Kategorien klassifizierten sexuellen Interaktionen nicht eher deren besonderem Kontext oder bestimmten sexuellen Präferenzen geschuldet seien. Unter Rückgriff auf einige australische Studien kommen sie allerdings zu dem Schluss, dass diese Risikominderungsstrategien nicht notwendig illusionär und mindestens zum Teil präventiv wirksam seien (Lert/Pialoux 2010: 160–162).

Ob Strategien des Serosorting eingeschlagen wurden, kann auf Basis des EMIS-Datensatzes für den letzten sexuellen Kontakt mit einem anderen Partner als dem festen Freund in den zwölf Monaten vor der Befragung annäherungsweise überprüft werden. Da nicht explizit nach Strategien des Serosorting gefragt wurde, muss berücksichtigt werden, dass auch in den Zusammenhängen, in denen es scheint, dass Serosorting erfolgte, dies nicht zwingend als bewusste intentionale Strategie eingeschlagen wurde.

Zwei Drittel (67 %) der Befragten geben an, dass sie im Jahr vor der Befragung mindestens einen sexuellen Kontakt mit einem Partner hatten, der nicht ihr fester Freund war. Fast die Hälfte (43 %) der Männer in dieser Gruppe ging bei ihrem letzten Sexualkontakt mit einem anderen Partner keine analgenitalen Kontakte mit diesem Mann ein; 38 % hatten bei diesem letzten Sexkontakt Analverkehr und benutzten ein Kondom. 8 % der Männer geben an, dass sie auf ein Kondom verzichteten; sie gingen davon aus, dass ihr Sexpartner wie sie selbst negativ getestet sei. 3 % der Männer ging davon aus, dass ihr Sexpartner ebenfalls positiv ist und verzichteten auf ein Kondom. Weitere 8 % der Männer benutzten kein Kondom und kannten nicht den Serostatus ihres Sexpartners bzw. ihren eigenen. 1 % der Männer teilen mit, dass sie kein Kondom benutzen, obwohl sie annahmen, dass ihr Partner einen anderen Serostatus hatte als sie selbst.

Zunächst scheint ein Anteil von 81 % derer, die keine analgenitalen Kontakte eingingen oder ein Kondom gebrauchten, sehr hoch zu sein. Hervorgehoben werden muss, dass dies den letzten sexuellen Kontakt mit einem anderen Partner als dem festen Freund betrifft. Bezogen auf die letzten zwölf Monate vor der Befragung ist der Anteil der MSM, die Serosorting als Risikominderungsstrategie praktizierten, vermutlich höher. Deshalb lohnt eine nähere Analyse der Begleitumstände des Serosorting.

Unter den 8 % negativ Getesteten, die ungeschützten Analverkehr mit einem Partner mit (vermutetem oder kommuniziertem) gleichem negativen Serostatus eingingen, geben vier Fünftel an, dass ihr letzter Test mit negativem

Ergebnis in den zwölf Monaten vor der Befragung erfolgte. Beim verbleibendem Fünftel liegt das letzte negative Testergebnis innerhalb der fünf Jahre vor diesen zwölf Monaten oder noch länger zurück. Dies dürfte eine unsichere Basis für ein effektives Serosorting darstellen. Es kommt hinzu, dass lediglich 40 % der Männer bei der Frage, worüber sie ihre Einschätzung des Testergebnisses ihres Sexpartners beziehen, angeben, vor dem oder während des Sexkontaktes mit ihren Partner über ihr konkordant negatives Testergebnis kommuniziert zu haben. Dies bedeutet, dass ein Teil der Männer, die Serosorting spontan oder als Strategie praktizierten, eher „Seroguessing“ als Serosorting praktizierten.

Werden die MSM näher betrachtet, die zu einem Serosorting gar nicht in der Lage waren, weil sie ihren eigenen Serostatus oder den ihres Partners nicht kennen (8 %) und jene, die einen ungeschützten Analverkehr mit einem Partner mit anderem Serostatus angeben (1 %), zeigen sich kaum Unterschiede, wenn der Beziehungsstatus, das Alter oder das Bestehen eines Migrationshintergrundes berücksichtigt werden. Deutliche Unterschiede zeigen sich, wenn der sozioökonomische Status berücksichtigt wird. Bei Befragten mit niedrigem Bildungsniveau und Einkommen (monatliches Nettoeinkommen unter 1.500 €) ist der Anteil jener mit ungeschütztem Analverkehr ohne Kenntnis des eigenen und/oder des Serostatus des Partners mehr als doppelt so hoch (14 %) als bei Befragten mit hohem Einkommen (6 %; monatliches Nettoeinkommen über 3.000 € oder Hochschulabschluss). Unter MSM mit mehr als 10 Sexpartnern und jenen, die Partydrogen konsumierten, ist der Anteil derer mit Risikokontakten ebenfalls deutlich höher als bei Männern mit niedrigeren Partnerzahlen und MSM, die keinen Partydrogenkonsum angeben. Der Anteil von MSM, die ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit einem anderen Serostatus beim letzten analgenitalen Kontakt angeben, steigt ebenfalls mit der Partnerzahl, mit der Zahl der besuchten Szenorte und mit dem Konsum von Partydrogen. Auf den Serostatus bezogenes Verhalten unter (vermeintlich) negativ gestesteten Sexpartnern wird (beim letzten Sexkontakt mit einem anderen Partner) zu einem höheren Anteil von MSM mit einem niedrigen Bildungsniveau und Einkommen praktiziert (12 %) als von MSM mit hohem Bildungsniveau und Einkommen (6 %). Der Anteil der Männer ohne Analverkehr beim letzten Sexkontakt nimmt ab mit der Zunahme der Partnerzahlen: ungefähr die Hälfte der MSM mit geringeren Partnerzahlen (weniger als sechs) ging keine analgenitalen Kontakte ein, lediglich 28 % der Männer mit mehr als 50 Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung.

4.9 „Seropositioning“

„Seropositioning“ hat sich als Begriff im angloamerikanischen Sprachraum für eine Strategie der Risikominderung bei Kondomverzicht eingebürgert, die vorsieht, dass positiv getestete Männer bei analgenitalen Kontakten sich auf den rezeptiven Part beschränken und negativ Getestete auf den insertiven Part (zu einem Überblick vgl. Holt/Ellard 2011; außerdem siehe Kippax/Race 2003, Parsons et al. 2005). Das Risikokalkül in dieser Strategie setzt voraus, dass das Infektionsrisiko geringer ist, wenn positiv Getestete nur den rezeptiven Part bei Analverkehr übernehmen und negativ Getestete weniger „riskiert“ sind, wenn sie sich auf den insertiven Part beschränken und somit die Aufnahme des Spermas ihres positiven Partners im Rektum vermeiden. Ob diese Strategie sich überhaupt risikomindernd auswirkt, wenn sie nicht begleitet wird von einer nicht nachweisbaren Viruslast des positiven Partners, mag hier dahin gestellt bleiben. Überprüft werden soll in diesem Zusammenhang lediglich, ob beim letzten Sexkontakt mit einem anderen Partner Konstellationen zu beobachten sind, die auf eine Strategie des „Seropositioning“ hindeuten. Da nach dieser nicht explizit gefragt wurde, kann zwischen den Befragten die ein „spontanes Seropositioning“ vornahmen und jenen, die es als Strategie praktizierten, nicht unterschieden werden. Im Abschnitt über Serosorting haben wir negativ Getestete, die ungeschützten Analverkehr mit von ihnen als ebenfalls negativ getestet wahrgenommenen Sexpartnern hatten, eingeschlossen in die Gruppe der Befragten, die möglicherweise Serosorting als Strategie betrieben. Die Wahrscheinlichkeit, dass negativ Getestete (oder sich als nicht infiziert Einschätzende) mit negativ Getesteten (oder zumindest als solche Wahrgenommene) Sexkontakte haben, ist in Deutschland groß, selbst wenn Serosorting nicht Teil einer Risikominderungsstrategie ist, da die große Mehrheit der MSM negativ getestet ist. Aus diesem Grund ist der Anteil der Befragten, die hier als Serosorting Praktizierende dargestellt werden, möglicherweise überschätzt; nicht gesondert berücksichtigt wird dabei der Anteil der Befragten, die aufgrund einer sozialen Nähe zu ihren Sexpartnern einfach annahmen, dass diese auch ungetestet waren. Eine ähnliche Logik könnte bei vielen Befragten unterstellt werden, die nicht HIV-positiv sind und nur insertiven ungeschützten Analverkehr praktizieren, unabhängig vom Serostatus ihres Partners. Dies kann durchaus „Seropositioning“ als Risikominderungsstrategie zur Grundlage haben, es muss aber nicht der Fall sein. „Seropositioning“ als bewusste Strategie ist weniger

bekannt und auch weniger verbreitet als Risikominderungsstrategie. Die Wirksamkeit von „Seropositioning“ als Strategie, um HIV-Übertragungen zu verringern, wird weithin bestritten. Aus diesen Gründen konzentrieren wir uns in der Analyse auf analgenitale Kontakte von Sexpartnern, die sich als serodiskordant wahrnehmen; bei diesen ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass der Übernahme der insertiven oder der rezeptiven Position eine strategische Überlegung zugrunde liegt. Uns ist bewusst, dass dieser Ansatz, im Gegensatz zur Analyse der Serosorting-Strategien, möglicherweise den Anteil jener unterschätzt, die „Seropositioning“ praktizieren.

Es zeigt sich, dass 0,3% der Männer (n= 109), sich als negativ Getestete oder Ungetestete bei ihrem letzten ungeschütztem Sexkontakt mit einem anderen Sexpartner auf den insertiven Part bei Analverkehr mit einem Partner beschränkten, den sie als positiv getestet wahrnahmen. 0,2% (n= 79) beschränkten sich als positiv Getestete auf den rezeptiven Part bei einem als negativ getestet wahrgenommenen Sexpartner. 2,2% negativ getestete MSM beschränkten sich auf ungeschützten insertiven Analverkehr ohne auf den Serostatus des Partners zu achten (oder können sich an dessen Serostatus nicht erinnern). 0,9% blieben als positiv Gestestete rezeptiv ohne auf den Serostatus des Partners zu achten (oder können sich nicht erinnern). Da unklar ist, wie groß der Anteil der Befragungsteilnehmer ist, die in den beschriebenen Gruppen „Seropositioning“ als Strategie einschlugen und zudem die Fallzahlen in den Gruppen klein sind, soll diese kurze Beschreibung hier genügen. Detailliertere quantitative und auch qualitative Erhebungen können hier vermutlich weiterführen.

97

4.10 „Withdrawal“

Als dritte Strategie der Risikominierung, die von einigen MSM angewendet wird, wurde die Technik des „withdrawal“ beobachtet, die einen Rückzug des Penis aus dem Anus des Partners vor der Ejakulation bezeichnet; bei Vaginalverkehr ist dies eine seit langem praktizierte Strategie von heterosexuellen Paaren mit dem Ziel der (damit keineswegs garantierten) Empfängnisverhütung. Statt den stark mit Empfängnisverhütung konnotierten Begriff des „Coitus interruptus“ zu gebrauchen, soll hier der englische Begriff des „withdrawal“ benutzt werden. Diese Strategie wird von manchen serodiskordanten Sexpartnern als Risikominderung begriffen, auch dann, wenn

der Serostatus von einem der Sexpartner nicht bekannt ist und der rezeptive Partner bei Analverkehr nicht positiv getestet ist. Die Wirksamkeit dieser Risikominderungsstrategie wird zum einen in Frage gestellt, da HIV schon im Präejakulat (Lusttropfen) enthalten sein kann, zum anderen, da nicht auszuschließen ist, dass der insertive Partner, der einen „withdrawal“ plant, diesen nicht rechtzeitig umsetzt. Dennoch gibt es Hinweise, dass „withdrawal“ das Risiko einer HIV-Infektion reduzieren kann. Einige Studien verweisen darauf, dass manche MSM „withdrawal“ als „safer“ wahrnehmen als im Anus ihres Partners zu ejakulieren und die Praktik einem Kondomgebrauch vorziehen (zusammenfassend Parsons et al. 2005 und Holt/Ellard 2011).

Die Befragungsteilnehmer wurden nicht direkt danach gefragt, ob sie „withdrawal“ als Risikominderungsstrategie praktizierten. Es wurde jedoch erhoben, ob der insertive Partner bei seinem letzten Sexkontakt mit einem anderen Partner als dem festen Freund ein Kondom benutzt hat, und wenn dies nicht der Fall war, ob es beim ungeschützten Analverkehr zu einer Ejakulation im Anus des Partners kam. Auch Männer, die beim letzten Sexkontakt rezeptiv waren, wurden nach dem Ejakulationsverhalten des Partners befragt. Auf Basis der Antworten auf diese Fragen, die zudem die Antwortmöglichkeit des Nicht-Erinnerns und das Item „darüber habe ich nicht nachgedacht“ enthielten, kann allerdings nur vorsichtig geschätzt werden, welcher Anteil der Befragten auf die Strategie des „withdrawal“ zurückgriff. Da viele Männer es als sexuell erregend empfinden, wenn sie den Akt der Ejakulation des Partners und sein Sperma sehen, können die beobachteten Anteile derer, die „withdrawal“ in verschiedenen Konstellationen praktizierten, eine Überschätzung der MSM, die „withdrawal“ als Bestandteil einer Risikominderungsstrategie vornahmen, darstellen.

Bevor auf die Anteile der Befragten, die „withdrawal“ in bestimmten Untergruppen praktizierten, eingegangen wird, soll ein Überblick gegeben werden zu allen Männern, die dies für ihren letzten Sexkontakt angeben. Um es zu wiederholen: 43 % hatten keinen Analverkehr bei ihrem letzten Sexkontakt, 38 % teilen mit, dass er mit einem Kondom erfolgte. 47 % derer, die berichten, dass ihr letzter Analverkehr ungeschützt erfolgte, praktizierten „withdrawal“, 53 % ejakulierten im Anus des Partners.

Unter Ungetesteten und negativ Getesteten zeigt sich, dass die Anteile der Befragten mit Ejakulation im Anus des Partners und derer, die „withdrawal“ praktizierten, sehr ähnlich sind. Unter negativ Getesteten, die ungeschützten rezeptiven Analverkehr mit insertiven Partnern praktizierten, bei denen sie von einem negativen Serostatus ausgingen, berichten 52 %, dass ihr

Partner nicht ejakulierte, während 47% mitteilen, dass ihr Partner in ihnen ejakulierte. Für ungetestete Befragte zeigten sich ähnliche Anteile in den beschriebenen Konstellationen. Dies gilt auch für ungeschützten Analverkehr, bei denen der Serostatus von einem Partner nicht bekannt ist, und der andere Partner negativ getestet oder ungetestet ist.

Ob die vergleichbaren Anteile der Sexpartner mit „withdrawal“ und mit Ejakulation im Anus im Sinne eines Zufallsergebnisses zu werten und das beschriebene Verhalten deshalb nicht als intendierte Risikominderung zu interpretieren ist, oder ob ein bedeutsamer Anteil derer, die „withdrawal“ praktizierten, dies aus strategischem Kalkül taten, kann hier nicht entschieden werden.

Der Anteil von Befragten, die „withdrawal“ praktizieren, nahm in bestimmten Konstellationen ab, wenn beide Partner ungeschützten Analverkehr beim letzten Sex hatten. Dies gilt zum Beispiel für negativ getestete Befragte, die einen Sexkontakt mit einem Partner mit unbekannten Serostatus hatten. Nur 41% in dieser Gruppe praktizierten „withdrawal“ im Vergleich zu 55%, die im Anus des Partners ejakulierten. Analoges gilt für ungetestete Befragte, deren letzter Sexkontakt mit Partnern mit ungeklärten Serostatus stattfand (34% vs. 66%). Ungetestete MSM, die ungeschützten insertiven Analverkehr mit als negativ getestet wahrgenommenen Partnern praktizierten, waren die einzige Untergruppe, die „withdrawal“ zu einem deutlich höheren Anteil berichteten als Ejakulation im Anus des Partners. Die Fallzahlen von ungetesteten oder negativ getesteten MSM, die ungeschützten Analverkehr mit positiven Sexpartnern hatten, sind so gering, dass aus den Daten keine Strategien abgeleitet werden können.

Sind beide Sexpartner positiv getestet, ist der Anteil derer die „withdrawal“ angeben, deutlich niedriger als der Anteil derer mit Ejakulation im Partner. Dies verweist jedoch eher auf eine Strategie des Serosorting denn auf „withdrawal“; letzteres ist als Strategie sehr viel weniger verbreitet. Übernehmen positiv getestete Befragte den rezeptiven Part und Ungetestete oder negativ Gestestete den Insertiven, erfolgt „withdrawal“ in lediglich einem Drittel der Fälle, Ejakulation im positiv getestetem Partner demzufolge in zwei Dritteln der Fälle. Dies verweist eher auf Strategien des „Seropositioning“.

Die dargestellten Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit, nicht nur die Strategien des „withdrawal“, sondern auch die des „serosorting“ und des „seropositioning“ in zukünftigen Erhebungen mit detaillierteren Fragen zu berücksichtigen.

5. Häufigkeit von Risikokontakten

Seit 1996 wurde in dieser Erhebungsreihe die Häufigkeit ungeschützter analgenitaler Kontakte mit Sexpartnern erhoben, deren HIV-Testergebnis unbekannt oder diskordant war. Hierbei wurde jeweils zwischen dem festen (primären) Partner, Partnern, die der Befragte schon vor dem Sexualkontakt kannte, und unbekannten Partnern unterschieden. Im Rahmen des EMIS-Fragebogens wurden Risikokontakte mit dem festen Partner oder mit anderen Sexpartnern ebenfalls erhoben, allerdings mit anderen Antwortkategorien. Um eine Kontinuität und vor allem eine Vergleichbarkeit mit den deutschen Erhebungen zwischen 1996 und 2007 zu wahren, wurden im deutschen Anhang zum europäischen EMIS-Fragebogen die früheren Fragen zu Risikokontakten wiederholt. Dieses „doppelte“ Abfragen ermöglicht zugleich zu überprüfen, ob beide Frageformate zu ähnlichen oder stärker abweichenden Ergebnissen führen. Die folgende Darstellung basiert auf den Antworten der Befragten, die auch den deutschen Frageanhang beantwortet haben (n= 40.178). In einem weiteren Abschnitt werden diese Ergebnisse mit den Antworten auf die Fragen zu Risikokontakten im EMIS-Fragebogen (n= 54.387) verglichen.

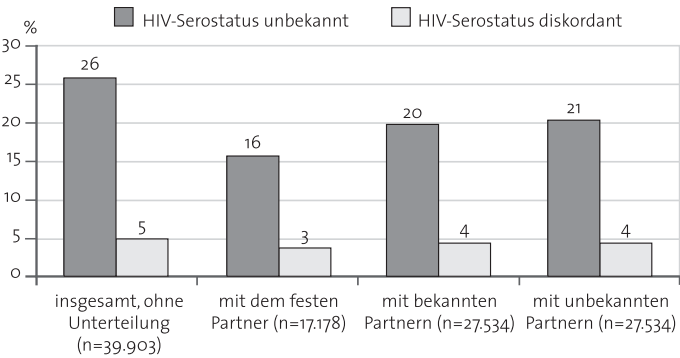
100

Wie in den vorangegangenen Erhebungen ist der Anteil derer, die zu diesen zentralen Fragen keine Angaben machen wollten, sehr gering. Lediglich 0,7 % (n= 275) derer, die den deutschen Fragenanhang ausgefüllt haben, haben die Frage nach ungeschützten analgenitalen Kontakten mit Sexpartnern, deren HIV-Testergebnis unbekannt war, nicht beantwortet. Bei der Frage nach ungeschützten analgenitalen Kontakten mit Sexpartnern mit anderem Serostatus beläuft sich dieser Anteil auf 2,6 % (n= 1060).

Von den Teilnehmern an der deutschen Zusatzerhebung bejahten 26 % (2007: 25%) die Frage, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung ungeschützte analgenitale Kontakte zu Männern hatten, deren HIV-Testergebnis sie nicht kannten. 5 % (2007: 3 %) gaben ungeschützten Analverkehr (UAV) mit Männern mit einem anderen Serostatus an. In Abbildung 4.24 werden die Anteile der eingegangenen Risikokontakte nach Beziehungstatus dargestellt: Fester Partner, bekannte Sexpartner, vor dem Sexkontakt unbekannte Sexpartner.

Abb. 4.24: Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr in den letzten 12 Monaten

Basis: SMA, Befragte mit festem Partner bzw. mit anderen Sexpartnern.

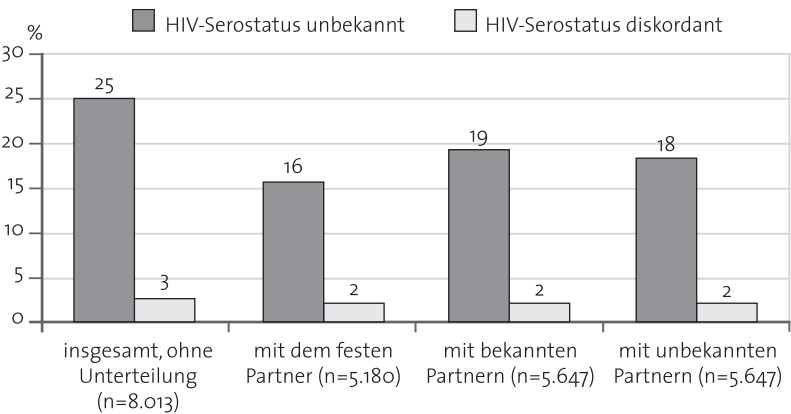


Wird ein Vergleich mit den Ergebnisse der SMA-Befragung von 2007 vorgenommen, zeigt sich, dass die Anteile der Befragten, die Risikokontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus eingehen, ungefähr gleich hoch geblieben sind. Die Anteile der Risikokontakte mit Partnern mit diskordantem Serostatus haben sich bei Sexkontakten mit bekannten oder vorher unbekannten Partnern allerdings verdoppelt (Abbildung 4.25).

101

Abb. 4.25: Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr in den letzten 12 Monaten

Basis: SMA (2007), Befragte mit festem Partner bzw. mit anderen Sexpartnern



In Abschnitt IV.4.2 wurde gezeigt, dass innerhalb fester Partnerschaften Kondome beim Analverkehr sehr viel seltener zur Anwendung kommen als bei sexuellen Kontakten zu anderen Partnern. Es bleibt hervorzuheben, dass ein bedeutsamer Anteil der MSM, die in einer festen Beziehung sind, nicht wissen, ob sie den gleichen Serostatus haben wie ihr Partner, da sie entweder selbst nicht getestet sind oder ihr Partner. Dies gilt für 19 % der Männer in einer festen Beziehung, die neben ihrem Partner noch andere Sexpartner hatten; in festen Beziehungen, in denen sexuelle Kontakte nur zum Partner in den zwölf Monaten vor der Befragung vorkamen, sind es 14 %. In „offenen“ Beziehungen liegt bei 10 % der Paare eine Serostatusdiskordanz vor, d. h. einer der Partner ist negativ, der andere positiv getestet. In Beziehungen, bei denen sexuelle Kontakte nur zum festen Partner bestanden, sind dies 5 %.

Die in Abbildung 4.25 gezeigten 16 % in einer festen Beziehung, die angeben, ungeschützten Analverkehr mit ihrem festen Partner zu haben, dessen Testergebnis sie nicht kennen, sind als Befragte mit „Risikokontakten“ einzustufen. Der Anteil der Männer mit dieser Art von Risikokontakten unterscheidet sich nicht erheblich von „Risikokontakten“ mit Sexpartnern außerhalb fester Beziehungen, seien diese nun vorher bekannte oder unbekannte Partner.

Von den Männern mit Risikokontakten in festen Beziehungen geben lediglich 30 % sporadische Risikokontakte (ein bis vier in den zwölf Monaten vor der Befragung) an, mehr als die Hälfte (56 %) geben wöchentliche oder monatliche Risikokontakte an. Dagegen machen sporadische Risikokontakte bei den Befragten, die solche mit anderen bekannten oder vorher unbekannten Partnern eingingen, die große Mehrheit aus (Abbildung 4.26): 72 % der Männer mit Risikokontakten geben ein bis vier Risikokontakte mit Partnern, die sie kannten, im Jahr vor der Befragung an, es sind 71 % der Männer bei Partnern, die sie vor dem Sexkontakt nicht kannten. Die entsprechenden Anteile der Häufigkeiten ungeschützten Analverkehrs mit serodiskordanten Sexualpartnern unterscheiden sich – relativ gesehen – nur unwesentlich von Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Serostatus (siehe Abbildung 4.27). Auch diese Risikokontakte ereignen sich wesentlich häufiger innerhalb fester Partnerschaften als außerhalb. Festgehalten werden muss, dass die Angaben zu Risikokontakten mit Partnern mit unbekanntem Serostatus von insgesamt 10.273 Männern stammen, die zu Risikokontakten mit Partnern mit anderem Serostatus von 2.018 Männern. Die beiden Gruppen unterscheiden sich somit stark, was ihre Größenordnung angeht.

Abb. 4.26: Verteilung der Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs (UAV) bei Befragten mit UAV

Basis: SMA, Befragte mit UAV bei unbekanntem HIV-Serostatus des Sexpartners (n= 10.273)

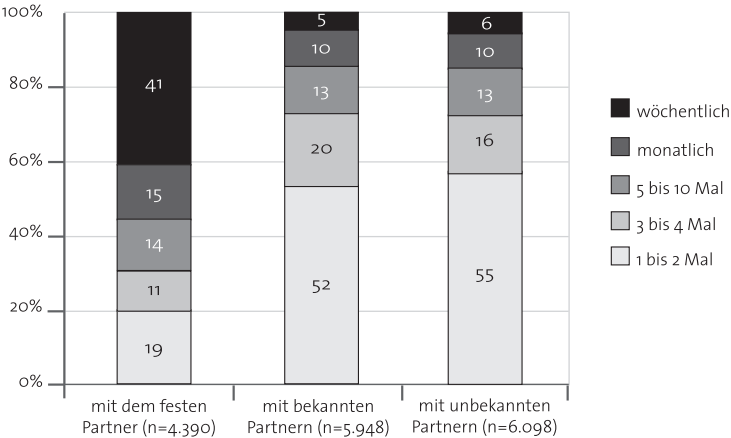
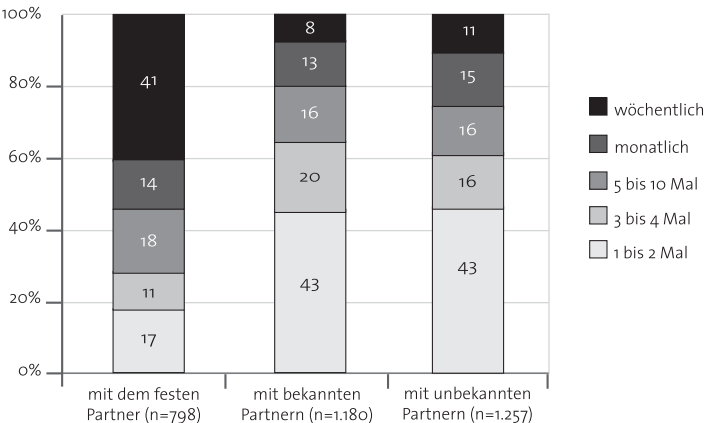


Abb. 4.27: Verteilung der Häufigkeit ungeschützten Analverkehrs (UAV) bei Befragten mit UAV

103

Basis: SMA, Befragte mit UAV bei diskordantem HIV-Serostatus des Sexpartners (n= 2.018)

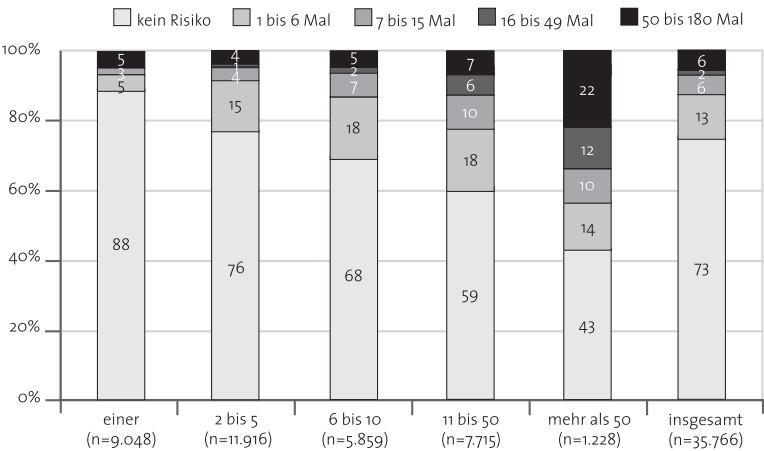


Die absolute Häufigkeit ungeschützter analgenitaler Kontakte hängt jedoch nicht nur vom Beziehungsstatus ab, sondern auch in hohem Maße von der Anzahl der Sexpartner. Für Abbildung 4.28 wurden die Angaben zu

UAV bei unbekanntem HIV-Testergebnis mit dem festen Freund, bekannten und unbekannten Sexpartnern zusammengefasst. Während der Anteil der Befragten ohne Risikokontakte von 88 % bei einem Sexpartner auf 43 % bei mehr als 50 Sexpartnern fällt, vervierfacht sich der Anteil der Männer mit mehr als 50 Risikokontakten von 5 % (ein Sexpartner) auf 22 % (mehr als 50 Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung).

Abb. 4.28: Ungeschützter Analverkehr ohne Kenntnis des HIV-Serostatus nach Anzahl der Sexpartner

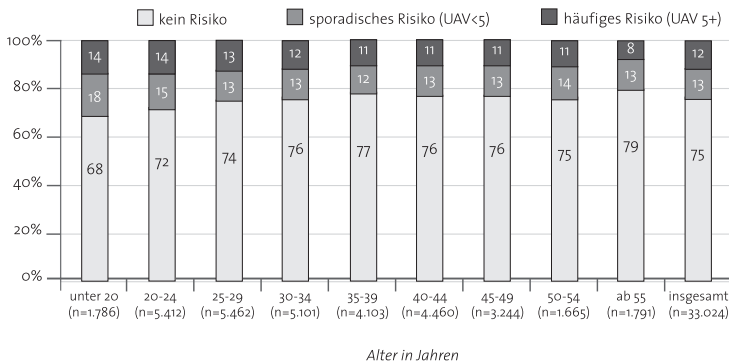
Basis: SMA, Befragte mit mind. einem Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung



Werden alle auf Analverkehr bezogenen Risikokontakte (UAV mit Partnern mit unbekanntem und diskordantem Serostatus) zusammengefasst, zeigt sich für ungetestete und negativ getestete Befragte, dass 75 % dieser Männer keinen so definierten Kontakt angeben. Werden ein bis vier Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung als „sporadisch“ definiert, so geben 13 % der MSM in dieser Gruppe sporadische Kontakte an, 12 % häufigere Risikokontakte. In Abbildung 4.29 sind diese Anteile nach Altersgruppen dargestellt. Ab dem Alter von etwa 25 Jahren bis zum Alter von etwa 55 Jahren sind diese Anteile eher konstant.

Abb. 4.29: Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Altersgruppen

Basis: SMA, Negativ- bzw. ungetestete Befragte

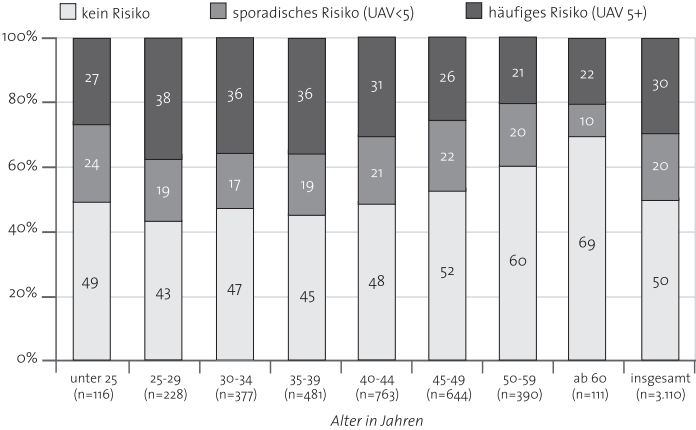


Es fällt auf, dass die unter 25-Jährigen und vor allem die unter 20-Jährigen niedrigere Anteile von MSM aufweisen, die keine Risikokontakte angeben. Die Anteile der MSM in diesen Altersgruppen mit sporadischen und mit häufigeren Risikokontakten sind am höchsten, auch wenn die Differenzen zu den Altersgruppen zwischen 25 und 34 nicht sehr hoch sind. Anzumerken ist, dass bei den unter 20-Jährigen ein bedeutsamer Anteil der Risikokontakte mit dem festen Freund stattfindet. Auch wenn das Alter des Partners nicht erhoben wurde, kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der festen Freunde gleichaltrig ist, die Wahrscheinlichkeit demnach gering ist, dass diese infiziert sind. Unter 20-Jährige haben zudem eine geringere Anzahl von anderen Sexpartnern als über 20-Jährige (siehe auch Bochow 2000b).

HIV-positive Befragte gehen mehr Risiken ein als negativ oder ungetestete. Dieses Ergebnis bestätigt die Resultate früherer Erhebungen und ist kongruent mit den Ergebnissen zum Kondomgebrauch. 20 % der HIV-Positiven geben sporadische Risikokontakte an, 30 % häufigere.

Aufgrund der Größe der Stichprobe ist es erstmalig möglich, auch für die Gruppe der positiv getesteten MSM eine nach Alter differenzierte Darstellung vorzunehmen (Abbildung 4.30). Da bei den unter 20-Jährigen lediglich acht Befragte positiv sind, wurde eine Gruppe von unter 25-jährigen Männern gebildet. Diese Gruppe entspricht in Risikoverhalten (im Unterschied zu den negativ und ungetesteten Männern) eher dem Durchschnitt aller positiv Getesteten, was den Anteil der Männer ohne Risikokontakte, mit sporadischen und häufigeren Risikokontakten anbelangt. Die Altersgruppen der 25- bis 39-Jährigen weisen die höchsten Anteile von Männern mit häufigeren Risikokontakten auf.

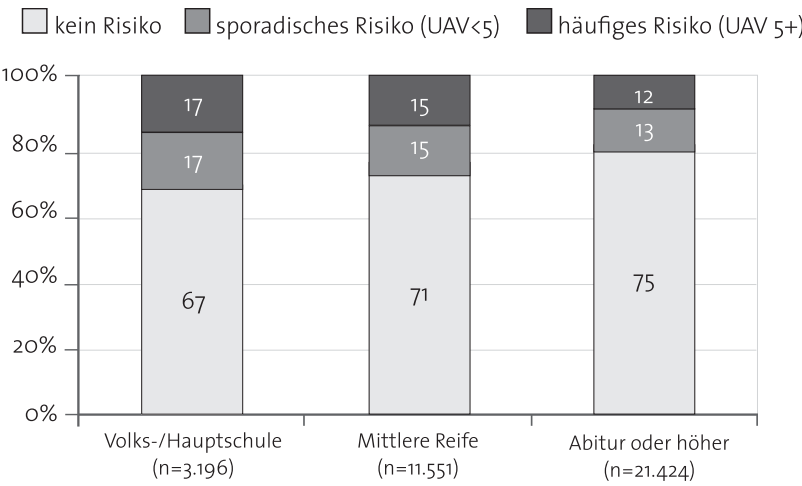
Abb. 4.30: Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Altersgruppen
 Basis: SMA, Positiv Getestete



Werden HIV-positive MSM einerseits und negativ und ungetestete MSM andererseits getrennt betrachtet, ergeben sich für beide Gruppen hinsichtlich der Wohnortgröße kaum Unterschiede im Risikoverhalten.

106

Abb. 4.31: Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Bildungsniveau
 Basis: SMA (n= 36.171)

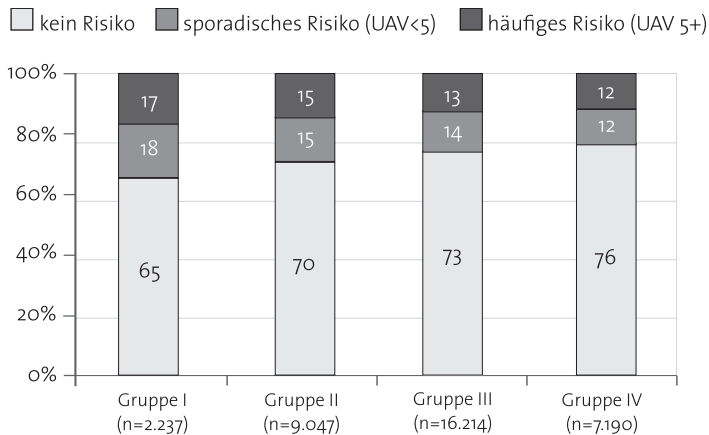


Unterschiede sind jedoch festzustellen in Hinblick auf den höchsten Bildungsabschluss und auf den sozioökonomischen Status. Zwei Drittel der Befragten mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) geben an, dass sie keine Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung hatten, es sind drei Viertel (75%) unter den Befragten mit Abitur oder (Fach-) Hochschulabschluss. 17% der MSM mit Hauptschulabschluss und 12% derjenigen mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss geben häufigere Risikokontakte an (Abbildung 4.31). Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn der sozioökonomische Status, gemäß den vier gebildeten Gruppen (vgl. Kapitel II) betrachtet wird (Abbildung 4.32). Gruppe I umfasst die Befragten mit dem niedrigsten Status (monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €), Gruppe IV umfasst die Befragten mit dem höchsten Status (monatliches Nettoeinkommen mehr als 3.000 € oder Hochschulabschluss). Es zeigen sich ähnliche Unterschiede wie beim höchsten Bildungsabschluss. Die MSM in Gruppe I weisen den niedrigsten Anteil jener ohne Risikokontakte auf (65%), die MSM in Gruppe IV (76%) den höchsten. Bei den Befragten in Gruppe I zeigt sich der höchste Anteil an Männern mit häufigeren Risikokontakten (17%), bei jenen in Gruppe IV der niedrigste (12%).

107

Abb. 4.32: Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach sozio-ökonomischem Status

Basis: SMA, Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten (n= 34.688)

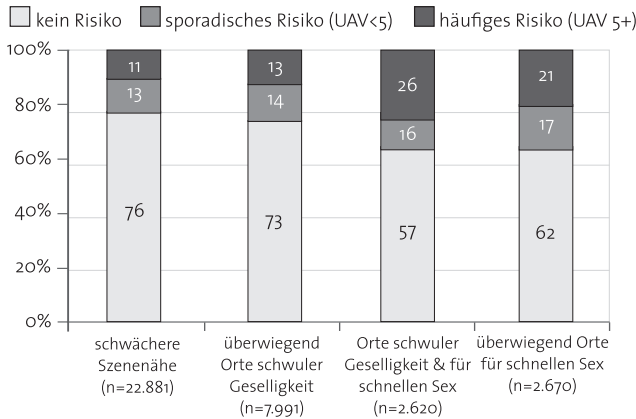


Diesem schichtspezifischen Risikoverhalten ist nicht isoliert im Rahmen der HIV/AIDS-Prävention für MSM zu begegnen. Das Leben in prekären sozialen Verhältnissen strukturiert den Erwartungs- und Aufmerksamkeitshorizont der betroffenen Individuen. Die Gesundheitsvorsorge bei Angehörigen der unteren Schichten folgt einer anderen – auch einer anderen zeitlichen – Logik als die der Mittelschichten und der Oberschicht. Die kognitiven, zeitlichen und materiellen Ressourcen, die Gesundheitsorientierungen bestimmen, sind vergleichbar mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, die eine Teilhabe am kulturellen Reichtum der Gesellschaft ermöglichen (siehe Bochow 2000a, Bochow 2000c, Bourdieu 1984, Lampert/Mielck 2008, Mielck 2005). Soziale Ungleichheit hat weitreichende Auswirkungen auf schichtspezifische gesundheitliche Ungleichheit. Ihr Abbau ist nur gesamtgesellschaftlich anzugehen und nicht isoliert in einem Teilbereich von Public Health (öffentliche Gesundheit), wie ihn die HIV/AIDS-Prävention darstellt.

Auch die intensivere Frequentierung von Orten für schnellen Sex (Saunen, Pornokinos, Sexpartys, Darkrooms, Cruising-Orte) steht in einem Zusammenhang mit der Frequenz eingegangener Risikokontakte (vgl. Abbildung 4.33). Die Gruppe der Männer mit weniger ausgeprägter Szenenähe weist den höchsten Anteil an Befragten ohne Risikokontakte auf und den niedrigsten Anteil mit häufigeren Risikokontakten. Die Männer, die intensiver Orte schwuler Geselligkeit und für schnellen Sex aufsuchen, weisen den niedrigsten Anteil von MSM ohne Risikokontakte und den höchsten mit häufigeren Risikokontakten auf.

Abb. 4.33: Verteilung der Häufigkeit von Risikokontakten nach Szenefrequenzierung

Basis: SMA, Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten (n=36.162)

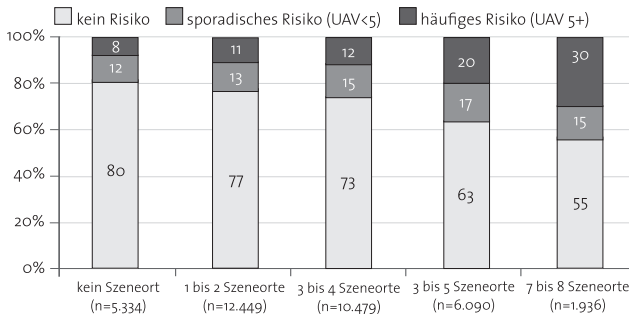


Wird aus der Anzahl der in den letzten zwölf Monaten besuchten Szeneorte ein additiver Index gebildet, zeigt sich eine ähnliche Tendenz in fast „linearer“ Form: Je mehr Treffpunkte der Schwulenszene aufgesucht werden, desto höher ist der Anteil derer mit Risikokontakten (Abbildung 4.34).

109

Abb. 4.34: Häufigkeit von Risikokontakten nach Frequentierung von Szeneorten*

Basis: SMA, Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten (n=36.288)



* Treffpunkte: a) Schwulenzentrum/-organisation/-gruppe, b) schwules Cafe/schwule Bar, c) schwule Disko/schwuler Club, d) Darkroom/schwuler Sex-Club/öffentliche Sex-Party, e) private schwule Sex-Party, f) Schwulensauna, g) Pornokino, h) Cruising-Orte (Toiletten/Klappen/Parks)

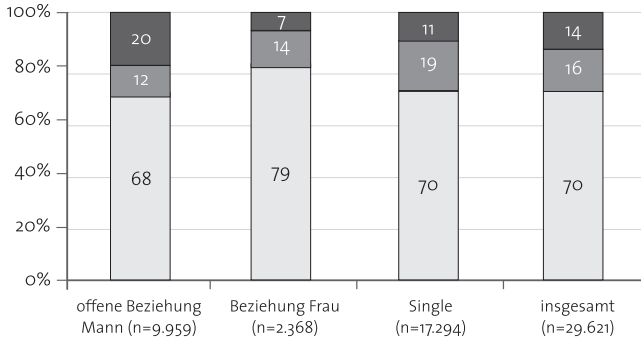
Der Zusammenhang zwischen dem häufigeren Aufsuchen einer Vielfalt von Szenetreffs und einem erhöhten Risikoverhalten zeigt sich hier zum wiederholten Mal im Laufe der SMA-Befragungen (wenngleich dieser Zusammenhang in früheren Befragungen vor allem zwischen dem Aufsuchen von Orten für schnellen Sex und erhöhtem Risikoverhalten bestand). Szeneorte als Orte des Risikos darzustellen, verbietet sich im Rahmen des lebensstilbejahenden Konzepts struktureller Prävention (Beißwenger/Höpfner 1998). Diskutiert werden sollte in diesem Zusammenhang jedoch, inwieweit die Interventionsformen aufsuchender Szenearbeit (im Sinne der Vor-Ort-Arbeit), wie sie in verschiedenen deutschen Schwulenmetropolen (u.a. Berlin, Hamburg, München, Köln) seit Längerem praktiziert wird, verbessert und intensiviert werden können.

Abbildung 4.35 veranschaulicht das Risikoverhalten der Befragten, wenn ihr Beziehungsstatus berücksichtigt wird (Männer, die als einzigen Sexpartner ihren festen Freund nennen, wurden hier ausgeklammert). Im Vergleich zu den Befragten, die in einer festen Beziehung mit einem Mann leben und jenen, die keine feste Beziehung haben, geben Männer in einer festen Beziehung mit einer Frau den niedrigsten Anteil an Risikokontakten an. MSM in dieser Gruppe weisen mit 7% einen deutlich niedrigeren Anteil an häufigeren Risikokontakten auf als Männer in einer „offenen“ Beziehung (20%) und Männer, die als Single leben (11%). Der Anteil sporadischer ungeschützter analgenitaler Kontakte ist mit 14% bei Männern, die in einer Beziehung mit einer Frau leben etwas höher als bei Männern, die einen festen Partner haben (12%); insgesamt weist die Gruppe der mit einer Frau lebenden Männer jedoch mit 79% den höchsten Anteil an Befragten ohne Risikokontakte im Rahmen dieses Vergleichs auf.

Abb. 4.35: Häufigkeit von Risikokontakten in den 12 Monaten vor der Befragung nach Beziehungsstatus (ohne Männer in „monogamen“ Partnerschaften mit einem Mann)

Basis: SMA, Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten

□ kein Risiko ■ sporadisches Risiko (UAV<5) ■ häufiges Risiko (UAV 5+)



Der überdurchschnittlich hohe Anteil von Befragten ohne Risikokontakte in der Gruppe der MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, und ihr unterdurchschnittlicher Anteil von Befragten mit häufigeren Risikokontakten lassen es als fraglich erscheinen, ob diese Gruppe von „bisexuellen Männern“ wirklich als „bisexual bridge“, die zur Verbreitung von HIV in der heterosexuellen Bevölkerung beiträgt, angesehen werden kann, wie es oft befürchtet wurde (siehe auch Mercer et al. 2009). Detailliertere Studien in diesem Kontext erscheinen erforderlich.

111

6. Zum Vergleich der Erfassung von Risikokontakten im EMIS-Erhebungsinstrument und im deutschen Fragebogenanhang

Im vorhergehenden Abschnitt wurde das Ausmaß mitgeteilter Risikokontakte auf der Basis der Angaben im deutschen Anhang des EMIS-Erhebungsinstruments analysiert. Dies erfolgte aus einem doppelten Grund. Das Eingehen von Infektionsrisiken wurde im traditionellen deutschen Erhebungsinstrument zum einen differenzierter erfasst, vor allem auch was die Frequenz der eingegangenen Risikokontakte anbelangt. Zum anderen sollte ein direkter Vergleich mit den vorhergehenden Befragungen – insbesondere der von 2007 – ermöglicht werden. Von Interesse ist es nun, zu analysieren, welches Ausmaß

an „risk-taking“ über das neu entwickelte EMIS-Erhebungsinstrument beobachtet werden kann und inwieweit sich die unterschiedliche Erhebungsart auf das Ausmaß der festgestellten Risikokontakte auswirkt.

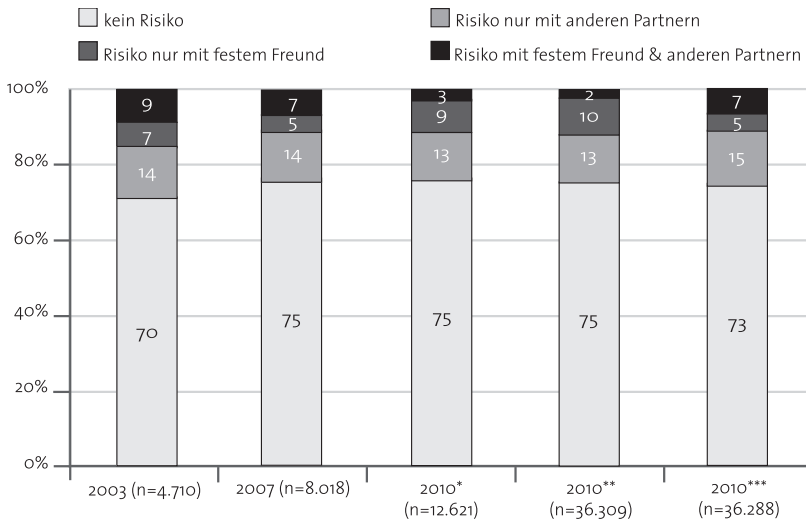
Die im Rahmen des EMIS-Erhebungsinstruments eingesetzten Fragen zum Eingehen von Infektionsrisiken (oder von Transmissionsrisiken bei HIV-positiven Befragten) konzentrieren sich auf das Vorkommen analgenitaler Kontakte, die Serostatuskonkordanz zwischen den Befragten und ihren Sexpartnern und die Frequenz des Kondomgebrauchs bei analgenitalen Kontakten. Während Männer in einer festen Beziehung nach ihrem Serostatus und nach der Serostatuskonkordanz mit ihrem Partner gefragt wurden, wurden Männer mit Sexkontakten außerhalb von Beziehungen danach gefragt, ob sie den Serostatus ihres Sexpartners vor analgenitalen Kontakten mit diesem thematisiert haben oder schon vor dem Kontakt in Erfahrung gebracht hatten. Alle MSM, die keinen durchgängigen Kondomgebrauch bei analgenitalen Kontakten mit Sexpartnern mit unbekanntem Serostatus angaben, seien dies nun der feste Freund oder andere Sexpartner, wurden als Befragte mit Risikokontakten eingestuft. Das EMIS-Erhebungsinstrument erlaubt es ebenfalls, Risikokontakte innerhalb fester Partnerschaften und mit anderen Partnern zu erheben, bei denen ein diskordanter Serostatus der Sexpartner vorlag. Auch diese gingen in die Analyse des „risk-takings“ ein. Sicherlich sind falsche Annahmen zur Übereinstimmung des Serostatus sowohl in einer festen Beziehung wie auch bei sexuellen Kontakten mit anderen Sexpartnern denkbar; in vielen qualitativen Studien ist dies dokumentiert worden (vgl. z. B. Adam 2005, Adam 2006, Bochow 2011, Keogh et al. 2006, Lerch 2007, Richters/Hendry/Kippax 2003, Slavin/Richters/Kippax 2004). Die Kontexte unzutreffender Annahmen über den Serostatus des Sexpartners können allerdings detaillierter und adäquater nur im Rahmen qualitativer Studien analysiert werden.

Abbildung 4.36 zeigt, dass die unterschiedlichen Fragenformate im neuen EMIS-Erhebungsinstrument und in den SMA-Befragungen nicht zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Die Frequenz von Risikokontakten kann mit dem EMIS-Fragebogen nicht festgestellt werden. Es können jedoch die Risikokontakte mit dem festen Partner und anderen Sexpartnern unterschieden werden. Abbildung 4.36 differenziert zwischen den Angaben der Befragten, die nur den EMIS-Fragebogen ausgefüllt haben (n= 12.621), und den Angaben der Befragten, die sowohl den EMIS-Fragebogen wie den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben. Die Angaben zum Eingehen von Risikokontakten im EMIS-Fragebogen und im deutschen Anhang wurden verglichen.

Es zeigt sich, dass 73 % der Befragten im deutschen Anhang angeben, keine Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung eingegangen zu sein, im Rahmen des EMIS-Frageformats sind es 75 %, die keine Risikokontakte mitteilen. Die Ergebnisse divergieren demnach kaum.

Abb. 4.36: Risikokontakte mit festen und anderen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung nach Erhebungsjahr

Basis: SMA (2003), SMA (2007), EMIS/SMA (2010) , Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten



* Befragte, die den Zusatzfragebogen nicht ausgefüllt haben (EMIS-Variablen)

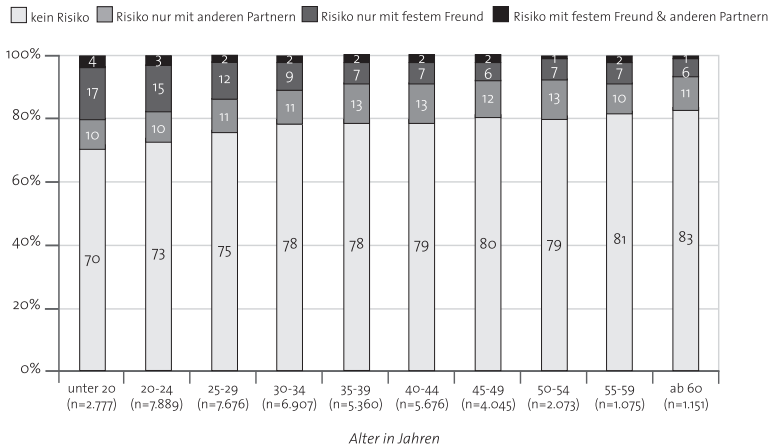
** Befragte, die den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (EMIS-Variablen)

*** Befragte, die den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (Variablen deutsche Erhebungsreihe)

Die anhand der Angaben im deutschen Frageanhang festgestellten Zusammenhänge werden bestätigt, wenn diese mit den Angaben im Rahmen des EMIS-Erhebungsinstruments verglichen werden. Das Eingehen von Risikokontakten ist unabhängig von der Größe des Wohnorts. Unterschiede bestehen im Hinblick auf Bildungsniveau, Intensität der Szenefrequentierung, Anzahl der Sexpartner und Alter. Negativ und ungetestete Befragte mit Hauptschulabschluss gehen zu einem höheren Umfang Infektionsrisiken ein (28 %) als jene mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss (22 %).

Abb. 4.37: Risikokontakte mit festen und anderen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS, HIV-negative und ungetestete Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten (n=44.629)

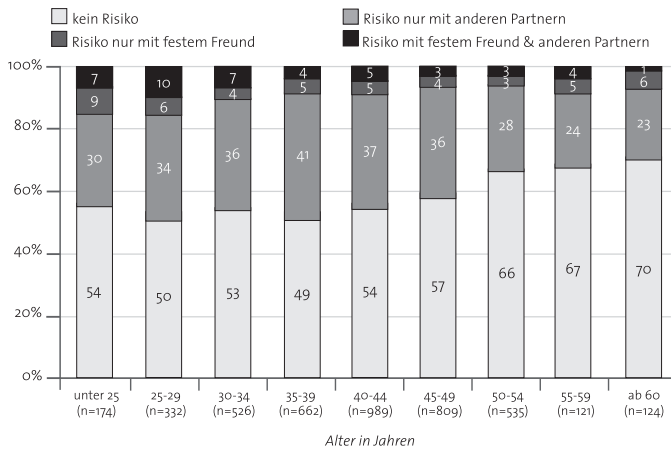


114

Befragte, die intensiver Orte für schnellen Sex frequentieren, gehen zu einem höheren Anteil Risikokontakte ein als Befragte mit einem schwächeren Szenebezug. MSM mit mehr als zehn Sexpartnern geben zu einem deutlich höheren Anteil Risikokontakte an als Befragte mit geringeren Partnerzahlen. Schließlich zeigt Abbildung 4.37 einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Alter und Risikokontakten wie der in Abbildung 4.29 dokumentierte: Die unter 25-Jährigen weisen unter Ungetesteten und negativ Gestesteten die höchsten Anteile von Risikokontakten auf. Sie weisen gleichzeitig die höchsten Anteile an MSM auf, die angeben, ungeschützte analgenitale Kontakte ausschließlich mit dem festen Freund eingegangen zu sein. In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass unter 25-Jährige, vor allem unter 20-Jährige die Altersgruppen mit den niedrigsten Partnerzahlen und dem geringsten Anteil an positiv Getesteten sind. Abbildung 4.38 zeigt einen ähnlichen (wenn auch schwächeren) Zusammenhang bei positiv Gestesteten auf. Das Eingehen von Transmissionsrisiken ist bei HIV-positiven MSM stärker ausgeprägt als das Eingehen von Infektionsrisiken bei ungetesteten und negativ getesteten Befragten, unter 40-Jährige geben zu einem höheren Anteil Transmissionsrisiken an als MSM ab 40. Unter 30-Jährige weisen die höchsten Anteile von Befragten auf, die Transmissionsrisiken mit ihrem festen Partner eingingen.

Abb. 4.38: Risikokontakte mit festen und anderen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS, HIV-positive Befragte, die Sexkontakte mit männlichen Partnern hatten (n=4.090)

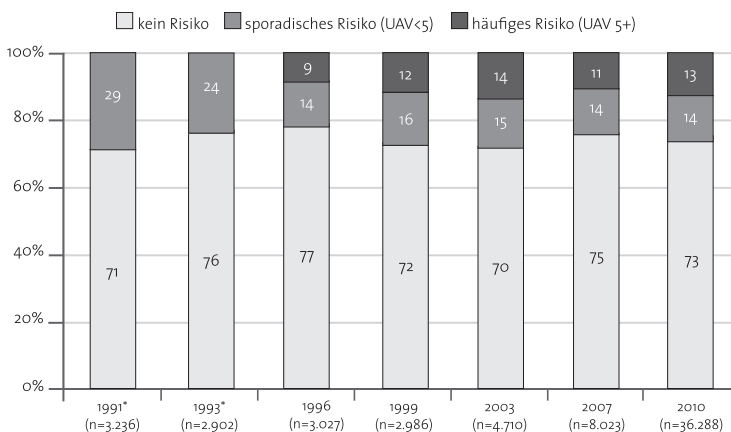


Zeitreihe: Risikokontakte

Mit Ausnahme des Risikoverhaltens von unter 20-Jährigen sind seit Mitte der 1990er-Jahre in jeder Erhebung die gleichen Tendenzen zu beobachten. Männer mit höheren Partnerzahlen und einem häufigeren Drogenkonsum (siehe Abschnitt IV.8) – beides kommt zumeist einer größeren Szenenähe gleich – gehen in höherem Umfang Infektions- bzw. Transmissionsrisiken ein als MSM mit geringeren Partnerzahlen und geringerem (oder keinem) Drogenkonsum. Insgesamt bleibt der Anteil von MSM ohne Risikokontakte (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder anderem Serostatus) auf beeindruckende Weise stabil. Werden die Gesamtstichproben zwischen 1991 und 2010 berücksichtigt, schwankt der Anteil der Befragten ohne Risikokontakte zwischen 70 und 77%, der Anteil jener mit sporadischen Risikokontakten schwankt zwischen 14 und 16% (im Zeitraum von 1996 bis 2010), der Anteil jener mit häufigeren Risikokontakten (mehr als vier Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung) zwischen 9 und 14% (Abb. 4.39a). Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, wenn die bisher beschriebenen soziodemografischen Änderungen in den Stichproben seit 1991 berücksichtigt werden. Abbildung 4.39b dokumentiert, dass Befragte über 24 Jahre und in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern nicht in höherem Umfang Risikokontakte eingehen.

Abb. 4.39a: Häufigkeit von Risikokontakten im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

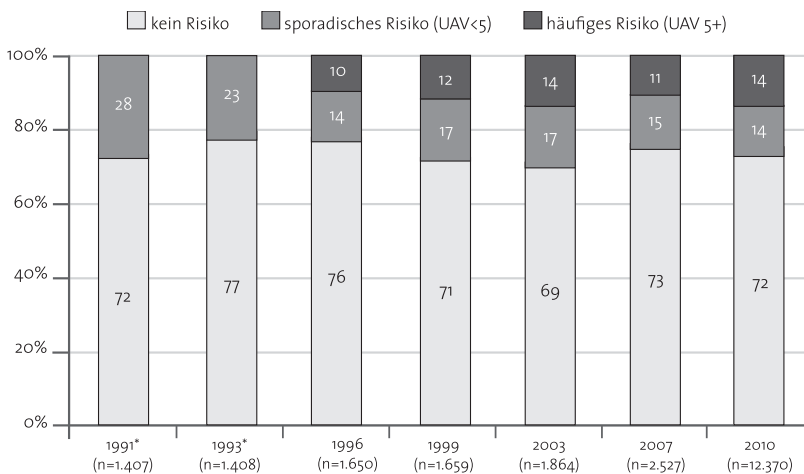


* sporadisches und häufiges Risiko nicht getrennt erhoben

116

Abb. 4.39b: Häufigkeit von Risikokontakten im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



* sporadisches und häufiges Risiko nicht getrennt erhoben

7. Bereiche sexueller Interaktion

Einem Analysemodell, das für den SMA-Bericht 2007 entwickelt wurde, (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 64–73) folgend, wurde für die Analyse der SMA-Daten von 2010 eine Variable gebildet, die von einem Netzwerkmodell von sexuellen Kontakten inspiriert ist. Sexuelle Netzwerke sind für die Ausbreitungsdynamik sexuell übertragbarer Infektionen von zentraler Bedeutung. In diesem Netzwerkmodell ist jedes Individuum ein Punkt und jeder sexuelle Kontakt zwischen zwei Individuen die Verbindungslinie zwischen diesen beiden Punkten. Netzwerke von MSM sind besonders „eng geknüpft“, da die Verbindung in dieser hypothetischen Perspektive zwischen allen Punkten möglich ist, während in Netzwerken heterosexueller Menschen jeder einzelne Punkt nur mit etwa der Hälfte aller anderen Punkte verbunden werden kann. In einem Netzwerk von MSM ist daher die Wahrscheinlichkeit, sich mit einem sexuell übertragbaren Erreger zu infizieren, auch bei gleicher Zahl unterschiedlicher Partner höher als in einem heterosexuellen Netzwerk (Schmidt/Marcus/Hamouda 2007).

Individuen, die außerhalb jeglicher Netzwerke stehen, die also sexuelle Kontakte nur mit einer Person innerhalb einer monogamen Beziehung oder nur mit Personen haben, deren einziger sexueller Partner wiederum sie selbst sind, gehen hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen kein Risiko ein.

Neben der Partnerzahl ist insbesondere die räumlich-zeitliche Nähe sexueller Kontakte zu unterschiedlichen Partnern entscheidend für die Ausbreitungsdynamik sexuell übertragbarer Infektionen; zum einen, weil viele STI- und insbesondere HIV – im akuten Stadium eine hohe Erregerzahl und somit hohe Infektiosität aufweisen, zum anderen, weil – etwa im Rahmen einer Sex-Party – wenige Infizierte in kurzer Zeit mehrere ihrer Sexualpartner anstecken können, bevor bei ihnen selbst eine Diagnose gestellt und eine Therapie eingeleitet werden kann. Eine hohe räumlich-zeitliche Nähe sexueller Kontakte ist vor allem da gegeben, wo Sex in Gruppen stattfindet oder Sexualpartner in schneller Folge gewechselt werden. Dies kann für Orte wie Saunen, Sexpartys sowie für Bars mit großen Darkrooms angenommen werden. Schließlich ist auch das Internet geeignet, sexuelle Netzwerke aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Unter anderem aus diesem Grund wird das Internet von vielen Autor(inne)n als möglicher Motor der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen angesehen (vgl. Bochow/Grote 2009, Bochow/Grote/Schmidt 2009).

Mit diesen Überlegungen wurde eine Netzwerkvariable mit drei Ausprägungen entwickelt: Kern, Intermediärbereich und Randbereich. Aufgrund der Stichprobengewinnung sowie der Anonymität der Daten konnten weder 2007 noch 2010 real existierende Netzwerke abgebildet werden. Die beschriebenen Bereiche werden deshalb „Bereiche sexueller Interaktion“ genannt. Auf diese Weise können Bereiche mit unterschiedlichen durchschnittlichen (nicht individuellen) Risiken für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen (inklusive HIV) abgebildet und somit unterschiedliche Aktionsfelder für gruppenspezifische Präventionsarbeit markiert werden. Befragte ohne sexuelle Partner in den zwölf Monaten vor der Befragung stehen (bezogen auf diesen Zeitraum) außerhalb sexueller Interaktionsmöglichkeiten und haben kein Risiko.

(1) Befragte mit nur einen Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung haben wahrscheinlich keinen Anschluss an sexuelle Netzwerke; da aber unklar ist, wie viele weitere sexuelle Kontakte dieser Partner hat, muss offen gelassen werden, ob doch eine Verknüpfung besteht. Sie wurden daher dem *Randbereich* sexueller Interaktionen zugeordnet. Befragte, die zwei bis fünf Sexpartner hatten *und* angaben, *keine* Orte zur schnellen Anbahnung von Sexkontakten – wie Sexpartys, Darkrooms, Schwulensaunen oder Pornokinos – in den sechs Monaten vor der Befragung aufgesucht zu haben *und* keinen ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder anderem HIV-Serostatus in den zwölf Monaten vor der Befragung angaben, wurden ebenfalls dem Randbereich zugeordnet. Diese Befragten bilden die Gruppe mit *niedrigem Risiko*. Dies ist keineswegs als Vorschlag zu verstehen, diese Orte zu meiden, um das Risiko einer Infektion mit HIV oder einem anderen sexuell übertragbaren Erreger zu verringern. Die Unterscheidung zwischen den drei Bereichen hat einen deskriptiven (beschreibenden) und keinen normativen Zweck.

(2) Befragte mit mehr als zehn Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung und mindestens einem Risikokontakt (ungeschützter Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus), die zudem mehr als einen Ort zur schnellen Anbahnung von Sexkontakten in den vier Wochen vor der Befragung aufgesucht oder mehr als die Hälfte ihrer Sexpartner über das Internet gefunden haben, wurden dem *Kernbereich* zugeordnet. Dies ist die Gruppe mit dem *höchsten Risiko* für eine STI- oder HIV-Übertragung.

(3) Alle übrigen Befragte fallen in eine Gruppe mit *mittlerem Risiko* (auch solche, für die ggf. manche der Angaben fehlen). Sie bilden die *intermediäre* Gruppe innerhalb der sexuellen Interaktionsbereiche.

Der HIV-Serostatus ist (wie auch 2007) bewusst nicht in die Bereichsdefinition eingeflossen, da eine HIV-Infektion wesentlich in Zusammenhang mit Partnerzahl und ungeschütztem Analverkehr steht und bei Einbeziehung des HIV-Serostatus in die Bereichsdefinition keine HIV-Inzidenzen und -Prävalenzen sinnvoll abgeschätzt werden können.

Wie in Tabelle 4.4 dargestellt, entfallen 9 % der Befragten auf den so definierten Kernbereich, von dem vermutet werden kann, dass hier relativ viele STI übertragen werden, inklusive HIV.

Tab. 4.4: Bereiche sexueller Interaktion Basis: SMA, Befragte, die Sex in den letzten 12 Monaten gehabt haben					
		2007		2010	
Bereich	Risiko	n	gültige %	n	gültige %
Kern	hoch	574	7,1	3.186	8,8
Intermediärbereich	mittel	3.878	47,9	18.645	51,6
Rand	niedrig	3.643	45	14.333	39,6
insgesamt		8.095	100,0	36.164	100,0

Obwohl sich die Berechnungsgrundlage zu den verschiedenen Bereichen sexueller Interaktion aufgrund der differierenden Erhebungsart zwischen der Erhebung von 2007 und 2010 leicht unterscheidet, bleiben die für beide Erhebungen ermittelten Größenordnungen der einzelnen Bereiche sehr ähnlich.

40% der Befragten (2007: 45%) befinden sich am Rand sexueller Interaktionsbereiche. Sie haben vergleichsweise wenig Sexualpartner (61% nur einen einzigen), sie nutzen Orte, an denen Sex mit mehreren Männern gleichzeitig möglich ist, allenfalls gelegentlich und haben keinen ungeschützten Analverkehr mit anderen Sexpartnern, deren Serostatus unbekannt oder diskordant ist. Hier dürften nur wenige STI- und noch weniger HIV-Übertragungen stattfinden. 52 % der Befragten befinden sich im Intermediärbereich (2007: 48 %) und 9 % im Kernbereich (2007: 7%).

Die Bereiche sexueller Interaktion, wie sie hier definiert wurden, sind in der vorliegenden Stichprobe kaum beeinflusst von sozialer Schicht oder Bildungsniveau. Einzig in der Gruppe der Befragten mit einem Nettoeinkommen von über 3000€ oder einem Hochschulabschluss (Gruppe IV in der gebildeten Schicht-Variable) ist der Anteil jener, die sich im Randbereich sexueller Interaktionen befinden mit 33 % geringer und im Kernbereich mit 11 % höher als in den anderen sozioökonomischen Gruppen.

Deutliche Unterschiede lassen sich feststellen im Hinblick auf Altersgruppen und auf die Größe des Wohnorts. Befinden sich noch 53 % der unter 20-Jährigen im Randbereich und 5 % im Kernbereich, so sind 29 % der über 44-Jährigen im Randbereich und 10 % im Kernbereich (Abbildung 4.40). Es ist wenig überraschend, dass doppelt so viele MSM in Millionenstädten (13%) dem Kernbereich zuzuordnen sind als in Orten mit unter 100.000 Einwohnern (6%). Dies ist aufgrund der Definition des Kernbereichs, zu der auch der Besuch von Orten des schnellen Sex gehörte, plausibel. Hervorzuheben ist jedoch, dass in den Millionenstädten 33 % der Befragten dem Randbereich zuzurechnen sind; es sind 44 % in den Gemeinden unter 100.000 Einwohnern (Abbildung 4.41). Es zeigen sich hier Unterschiede in den Lebensstilen von MSM, die nicht zurückzuführen sind auf unterschiedliche Wohnortgrößen oder Altersgruppen. Ebenso wie es keinen einheitlichen Lebensstil in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern gibt, ist auch kein einheitlicher „Lifestyle“ von MSM in den Millionenstädten anzutreffen. In dieser Perspektive ist es plausibel, dass die mit zunehmendem Alter zu beobachtende Verringerung der Anteile der Befragten, die dem Randbereich sexueller Interaktion zuzurechnen sind, unabhängig ist von der Größe des Wohnorts.

Abb. 4.40: Bereiche sexueller Interaktion nach Altersgruppen
Basis: SMA, Befragte, die Sex in den letzten 12 Monaten gehabt haben

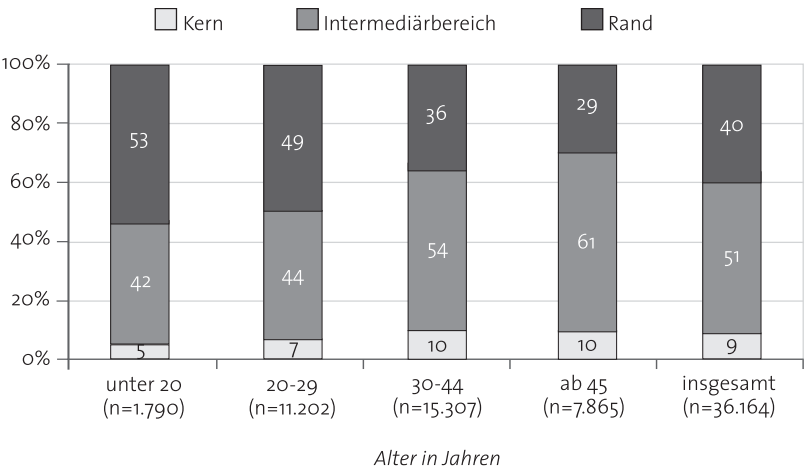
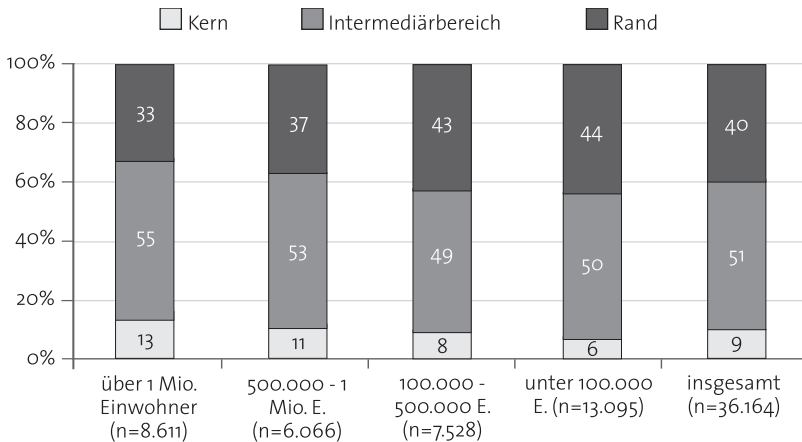


Abb. 4.41: Bereiche sexueller Interaktion nach Wohnortgröße

Basis: SMA, Befragte, die Sex in den letzten 12 Monaten gehabt haben



Auch die Unterschiede, die sich in den drei Bereichen im Hinblick auf den HIV-Serostatus zeigen, sind erheblich. 31% der MSM im Randbereich sind ungetestet, 4% HIV-positiv getestet. 27% der Befragten im Kernbereich sind positiv getestet, bemerkenswert ist, dass 16% der MSM in diesem Bereich ungetestet sind. Die höchsten Anteile der nicht Getesteten im Kernbereich finden sich in den jüngeren Altersgruppen. 60% der unter 20-Jährigen und 23% der 20- bis 29-Jährigen sind nicht getestet, dagegen 11% der 30- bis 44-Jährigen und 12% der über 44-Jährigen.

Da ein Großteil der HIV-Übertragungen im Zusammenhang mit Analverkehr steht, ist ein Vergleich der mit anderen als dem festen Partner eingegangen analgenitalen Kontakte von Interesse. Es zeigt sich, dass 21% der dem Randbereich zugeordneten MSM für die vier Wochen vor der Befragung insertive analgenitale Kontakte angeben und 22% rezeptive Kontakte; 45% der MSM im intermediären Bereich hatten in diesem Zeitraum insertive und 41% rezeptive analgenitale Kontakte, im Kernbereich geben 70% der MSM insertive und 65% rezeptive analgenitale Kontakte in den vier Wochen vor der Befragung an. Unter Absehung von allen präventiven Vorkehrungen kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass aufgrund der höheren Frequenz des Analverkehrs eine „theoretische“ Risikoexposition im Kernbereich sexueller Interaktion am höchsten ist.

Der häufigere Konsum von Partydrogen (wie z. B. Ecstasy, Amphetamine,

Crystal; LSD oder Kokain) ist, wie der folgende Abschnitt zeigen wird, assoziiert mit einer bestimmten Szenenähe und dem Aufsuchen von verschiedenen Orten, die gut geeignet sind für die Anbahnung von Sexkontakten. Es ist deshalb plausibel, dass Partydrogen in deutlich höherem Umfang im Kernbereich (15 % der MSM in diesem Bereich) in den vier Wochen vor der Befragung konsumiert wurden, dagegen von 3 % derer im Randbereich. Beim Konsum von Poppers zeigen sich noch größere Unterschiede: 53 % der MSM im Kernbereich konsumierten Poppers in den vier Wochen vor der Befragung, 10 % im Randbereich. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch beim Konsum von Viagra und anderer Substanzen dieses Typs (Kernbereich: 25 % und Randbereich 2 % in diesem Zeitraum). Beim Konsum von Cannabis sind die Unterschiede weniger ausgeprägt (Kernbereich 34 %, Randbereich 20 % in diesem Zeitraum).

Dass die Zugehörigkeit zum Kernbereich sexueller Interaktion mit höheren HIV-Infektionsrisiken verbunden ist, zeigt sich, wenn rezente HIV-Diagnosen berücksichtigt werden. Der Anteil der von den MSM im Kernbereich für die Jahre 2009 und 2010 (Januar bis August) mitgeteilten HIV-Infektionen übersteigt mit 31 % aller für diesen Zeitraum angegebenen HIV-Diagnosen den Anteil der Befragten im Randbereich (17 %) deutlich. Dem Kernbereich sind 9 % der Befragten zugeordnet, dem Randbereich 40 %.

MSM, die diesem Kernbereich zuzuordnen sind, sollten individuelle Beratung zu Übertragungswegen (und entsprechenden Schutzmöglichkeiten) und vor allem zu Symptomen angeboten werden, und zwar nicht nur zu Übertragungswegen und Symptomen der HIV-Infektion, sondern insbesondere auch hinsichtlich anderer STI, da Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern häufig der HIV-Infektion zeitlich vorangehen und unbehandelte STI das Risiko für eine Infektion mit HIV deutlich erhöhen (siehe auch Kapitel VII dieses Berichts).

Weitere, insbesondere qualitative Forschungsprojekte wären sinnvoll, um ein besseres Verständnis der situativ und lebensgeschichtlich bedingten Kontexte von vermeintlich oder tatsächlich effektiven individuellen Risikoverringerungsstrategien zu gewinnen; auch Informationen zu unterschiedlichen individuellen Konzepten von (sexueller) Gesundheit wären auf diese Weise zu erhalten.

Zwei Berufsgruppen sind in ihrer Bedeutung für den Zugang zu dieser Personen-Gruppe hervorzuheben: Dies sind zum einen Akteure der „Vor-Ort-Prävention“, die kontextnah auf der Verhaltensebene intervenieren (aufsuchende Präventionsarbeit). Die andere Berufsgruppe ist die der HausärztInnen. Letztere werden beim Verdacht auf eine neu aufgetretene sexuell übertragbare Infektion (zumindest

von MSM) mit hoher Wahrscheinlichkeit als erste aufgesucht – und nicht Beratungsstellen zu HIV und AIDS bzw. Gesundheitsämter. Insofern wäre es sinnvoll, wenn eine dergestalt fokussierte sexuelle Anamnese Eingang in die Routineuntersuchung der HausärztInnen finden könnte (siehe auch Bochow/Schmidt/Grote 2010: 70), um über die genannte Beratung hinaus nicht nur einen HIV-Test anzubieten, sondern auch – nicht nur HIV-Positiven, sondern allen MSM, die dem Kernbereich zugeordnet werden können – regelmäßig und gezielt Screening-Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen.

8. Drogenkonsum und Risikoverhalten

Drogenkonsum bei MSM wurde im Rahmen dieser Erhebungsreihe (in Anlehnung an das französische Vorbild Enquête Presse Gay, eine Follow-Up-Befragung von MSM, die in Frankreich seit 1985 durchgeführt wird) erstmals 1996 abgefragt. In der EMIS-Befragung wurde ebenfalls der Alkoholkonsum erhoben und zwar, wie auch bei vielen anderen Items des Fragebogens nach einer Skala, die den letzten Zeitpunkt erhob, zu dem der Konsum einer der im Fragebogen vorgegebenen Substanzen erfolgte (innerhalb von 24 Stunden vor dem Ausfüllen des Fragebogens, innerhalb der Woche, des Monats etc. davor). Über die erhobenen Daten zum Alkoholkonsum soll am Ende dieses Abschnitts kurz berichtet werden, zunächst soll jedoch schwerpunkthaft auf den Konsum von Poppers, psychoaktiven sowie erektionsfördernden Substanzen eingegangen werden.

Die Liste der im EMIS-Erhebungsinstrument abgefragten Substanzen ist etwas ausführlicher als die in Deutschland 2007 und 2003 eingesetzte, für die Auswertung erfolgte eine zu 2007 analoge Aufteilung nach Partydrogen und anderen Substanzen (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 80–81). Als „Partydrogen“ wurden zusammengefasst: Ecstasy („E“, MDMA), Amphetamine (Speed), Crystal (Meth), Mephedron (Mep, Miau), GHB/GBL (Liquid Ecstasy), Ketamin (Special K), LSD (Acid) und Kokain. Als nicht der Gruppe der „Partydrogen“ zugehörig wurden Heroin und Crack klassifiziert, der Konsum von Viagra (bzw. Cialis, Levitra und ähnlichen Substanzen) und Anabolika wird hier gesondert betrachtet, wie auch der Konsum von Cannabis und Poppers (Amylnitrit oder Butylnitrit). Die Antwortbereitschaft war wie auch in früheren Befragungen sehr groß, weniger als 1% der Befragten verweigerten jegliche Antwort auf Fragen zum Drogenkonsum. Für kaum eine der abgefragten Substanzen konnte eine

Bildungs- und Schichtabhängigkeit festgestellt werden. Als einkommensabhängig erwies sich (wie schon 2007) einzig der Konsum von Poppers, obwohl diese Substanz vergleichsweise günstig zu erhalten ist. Zusammenhänge sind jedoch hinsichtlich des Lebensalters, der Wohnortgröße, der „Szenenähne“ sowie der Anzahl der Sexpartner festzustellen.

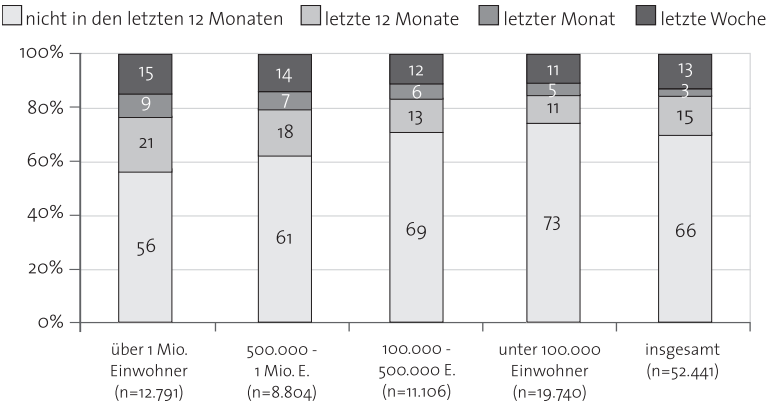
Die mit einigem Abstand von den meisten Befragten konsumierte Substanz war (wie auch in früheren Erhebungen) Poppers. Insgesamt 34 % gaben den Konsum von Poppers in den zwölf Monaten vor der Befragung an (2007: 29%), darunter 13 % in der Woche vor der Befragung und 7 % im Monat davor (leichte Abweichungen zu den in den Abbildungen angegebenen Prozentsätzen ergeben sich durch Rundungen). Der Konsum von Poppers hängt mehr als jede der anderen Substanzen von der Anzahl der Sexualpartner ab. 10 % der MSM mit einem Sexpartner konsumierten Poppers in den vier Wochen vor der Befragung, 26 % derer mit sechs bis zehn Sexpartnern, hingegen 62 % derer mit mehr als 50 Sexpartnern (im Jahr vor der Befragung). Im Gegensatz zu anderen Substanzen ist der Konsum von Poppers eng mit dem sexuellen Akt, insbesondere mit Analverkehr (AV), verknüpft. 10 % der MSM ohne analgenitale Kontakte konsumierten Poppers in den vier Monaten vor der Befragung, 20 % derer mit ausschließlich insertivem AV, 24 % derer mit ausschließlich rezeptiven AV und 34 % derer mit insertivem und rezeptivem AV. Poppers führt bei Inhalation nicht nur zu einem schnellen Rauschgefühl, sondern über eine Entspannung der glatten Muskulatur auch zu einer Entspannung und Weitung des inneren Schließmuskels, beim Analverkehr mit noch wenig vertrauten Partnern von einiger Bedeutung.

Die Substanz unterliegt dem Arzneimittelgesetz und wird daher unter einem anderen Etikett (z. B. „Aromaduftstoff“) in kleinen Flaschen in Sexhops, Pornokinos oder über das Internet vertrieben (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 82). Poppers wird am häufigsten in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern, besonders in den Millionenstädten (Abbildung 4.42), konsumiert, Orte mit einer entwickelten Infrastruktur für schnellen Sex, die eine schnelle Kontaktaufnahme mit einer Vielzahl von Sexpartnern ermöglicht.

Als problematisch erscheint, dass 53 % derjenigen, die Viagra in den letzten vier Wochen vor der Umfrage einnahmen, ebenfalls Poppers in diesem Zeitraum konsumierten (4 % aller Befragten); von den Befragten, die Viagra in der letzten zwölf Monaten einnahmen, konsumierten 44 % Poppers im Monat vor der Umfrage und 20 % im Jahr davor. Die gleichzeitige Einnahme kann einen lebensbedrohlichen Blutdruckabfall zur Folge haben.

Abb. 4.42: Konsum von Poppers in den 12 Monaten vor der Befragung nach Wohnortgröße

Basis: EMIS



Die nach Poppers am häufigsten konsumierte Substanz ist Cannabis, deren Konsum 18% aller Befragten angeben (2007 waren es 17%). Der entsprechende Anteil für Viagra (und ähnliche Substanzen) beträgt 13%, hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg zum 2007 beobachteten Anteil von 9%. 6% der Befragten konsumierten jeweils Speed und/oder Kokain, 5% Ecstasy (Abbildung 4.43). Abbildung 4.44 zeigt, dass die von den meisten Befragten konsumierten Substanzen ebenfalls die ist, bei denen ein erheblicher Anteil der Konsumenten mitteilt, dass der Konsum in der Woche vor der Befragung erfolgte; dies gilt für Poppers, Cannabis, Viagra (und ähnliche Substanzen), und Speed. Werden (wie oben beschrieben), alle Partydrogen zusammengefasst, zeigt sich, dass 29% der Partydrogenkonsumenten eine von diesen in der Woche vor der Befragung konsumierte, weitere 19% im Monat davor. Während 10% der Befragten Partydrogen in den zwölf Monaten vor der Befragung konsumierten, taten dies ungefähr 3% aller Befragten in der Woche vor der Befragung und weitere 2% im Monat davor.

Abb. 4.43: Anteil der Befragten, die in den 12 Monaten vor der Befragung die folgenden Substanzen konsumiert haben

Basis: EMIS (n= 54.387)

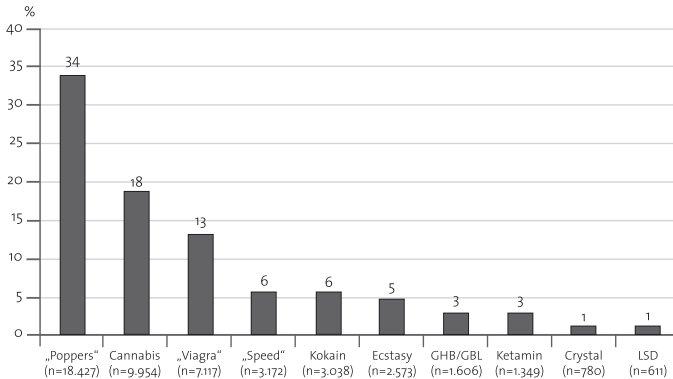
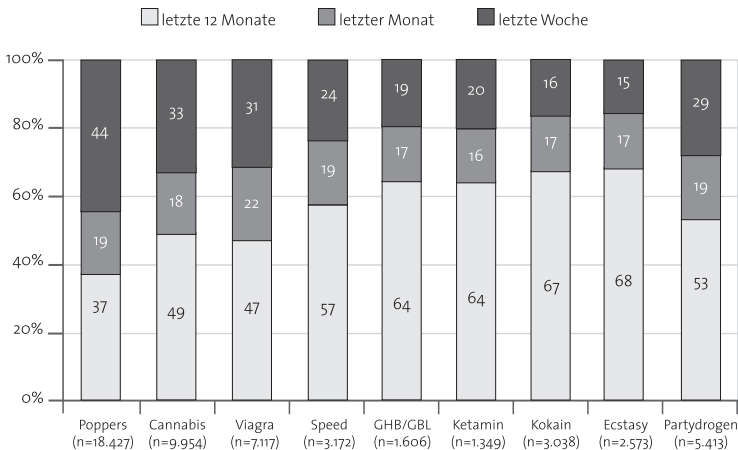


Abb. 4.44: Substanzgebrauch in den 12 Monaten vor der Befragung nach Zeitraum des letzten Konsums

Basis: EMIS, Befragte mit Drogenkonsum

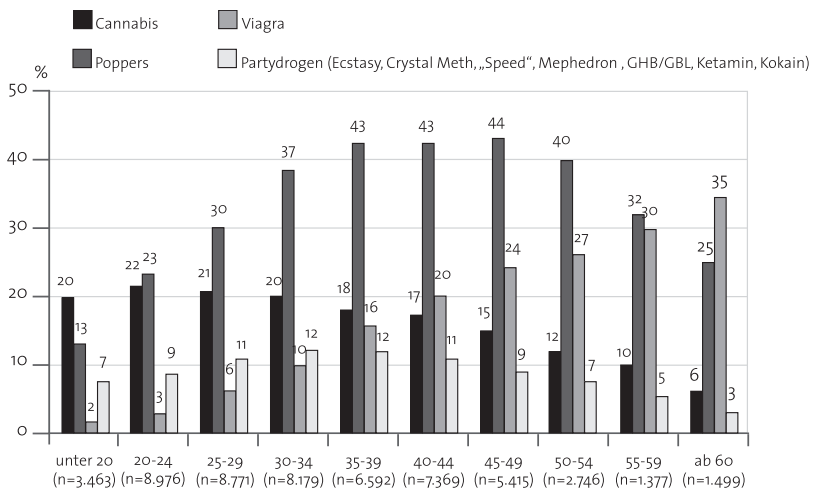


Bei unter 20-Jährigen ist Cannabis die am meisten konsumierte Droge, in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen sind es Cannabis und Poppers. Von der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen an ist Poppers die am meisten konsumierte Droge. Der Anteil der MSM, die sie konsumierte steigt von 30 % in dieser Altersgruppe auf 37 % in der nächsten Altersgruppe und auf 43 % bei

den 35- bis 44-Jährigen an; die 45- bis 49-Jährigen verzeichnen mit 44 % den höchsten Anteil an Poppers-Konsumenten, erst bei den über 49-Jährigen geht dieser Anteil wieder zurück (Abbildung 4.45). Die höchsten Anteile der Partydrogen-Konsumenten sind in den Altersgruppen zwischen 25 und 44 zu finden, dagegen erhöhen sich die Anteile der Viagra-Konsumenten kontinuierlich von 3 % bei den 20- bis 24-Jährigen auf 35 % bei den über 59-Jährigen; dies ist nicht weiter überraschend. Bemerkenswert ist vielmehr, dass schon 10 % der 30- bis 34-Jährigen den Konsum von Viagra (und vergleichbaren Substanzen) angeben. Bis zum Alter von 39 Jahren ist Cannabis neben Poppers die am häufigsten konsumierte Substanz, ab dem Alter von 40 Jahren übertrifft der Anteil der Viagra-Konsumenten (20 %) den Anteil der Cannabis-Konsumenten.

Abb. 4.45: Drogenkonsum in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS (n=54.387)



Fast alle genannten Substanzen werden im höheren Umfang konsumiert, wenn eine intensivere Frequentierung bestimmter Szeneorte erfolgt. Auch wenn die bloße Anzahl der aufgesuchten Treffs der Schwulenszene in den zwölf Monaten vor der Befragung berücksichtigt wird, nimmt der Anteil des Substanzkonsums zu, unabhängig vom Charakter der besuchten Treffs

(Abbildung 4.46 und Abbildung 4.47). Dies gilt vor allem für Poppers, Viagra und Partydrogen, aber auch für Anabolika. Es gilt ebenfalls für Cannabis, obwohl für diese Substanz nicht notwendigerweise ein Szene-Setting vorliegen muss, da Cannabis auch häufig solitär oder im privaten Freundeskreis konsumiert wird. Allerdings sollte hier berücksichtigt werden, dass Cannabis als Substanz häufig im geselligen Rahmen als entspannende Vorbereitung und Einstimmung auf sexuelle Kontakte konsumiert wird (vor allem auch für rezeptiven Analverkehr).

Abb. 4.46: Drogenkonsum in den 12 Monaten vor der Befragung und Frequentierung schwuler Szeneorte

Basis: EMIS (n= 54.150)

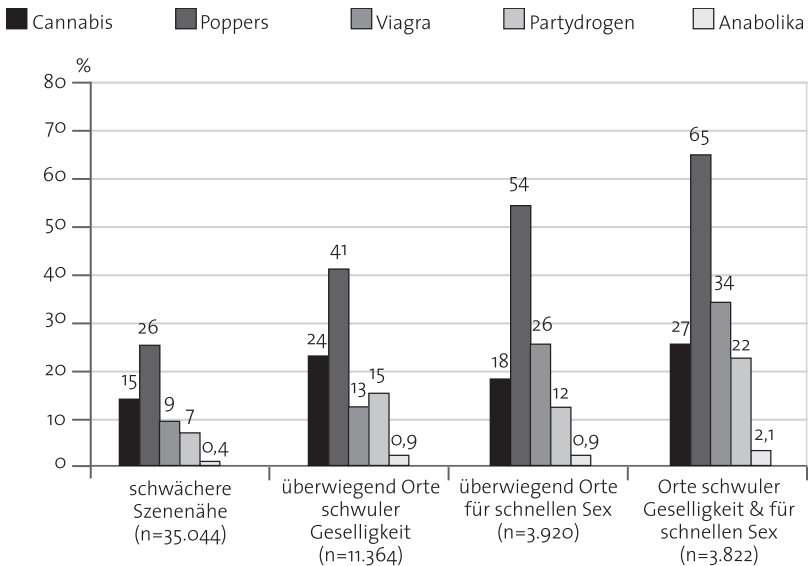
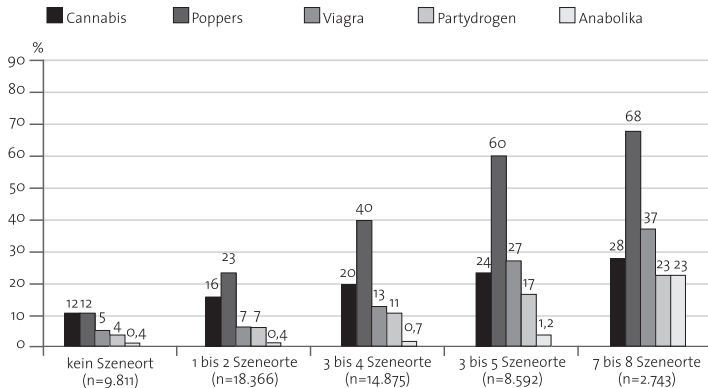


Abb. 4.47: Drogenkonsum in den 12 Monaten vor der Befragung nach Anzahl der besuchten Szeneorte* in den letzten 4 Wochen

Basis: EMIS (n= 54.387)



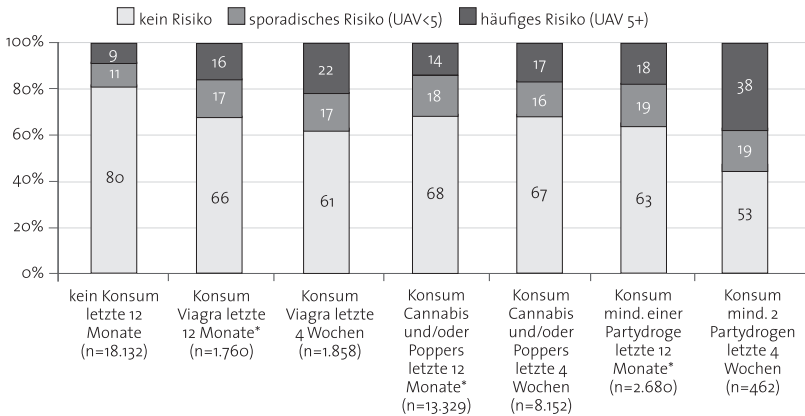
* Treffpunkte: a) Schwulenzentrum/-organisation/-gruppe, b) schwules Cafe/schwule Bar, c) schwule Disko/schwuler Club, d) Darkroom/schwuler Sex-Club/öffentliche Sex-Party, e) private schwule Sex-Party f) Schwulensauna, g) Pornokino, h) Cruising-Orte (Toiletten/Klappen/Parks)

129

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellen Risikokontakten. Der Zusammenhang ist ausgeprägter beim Konsum von Partydrogen als beim Konsum von Poppers oder Cannabis. Aus vorangegangenen Erhebungen ist bekannt, dass HIV-positive Männer fast alle genannten Substanzen zu einem höheren Anteil und häufiger konsumieren als andere Befragte. Unter den Ungetesteten und negativ Getesteten MSM, die keine der genannten Drogen im Jahr vor der Befragung konsumierten, geben 80 % keinen ungeschützten Analverkehr mit Sexpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus an. Unter den Befragten, die mindestens eine der genannten Partydrogen konsumiert haben, fällt dieser Anteil auf 63 %, der Anteil fällt auf 53 % bei den Befragten, die in den vier Wochen vor der Befragung mindestens zwei der als Partydrogen klassifizierten Substanzen konsumiert haben (vgl. Abbildung 4.48). Eine analoge Tendenz zeigt sich beim Konsum von Viagra (und ähnlichen Substanzen). Unter positiv Getesteten ist – bei einem höheren Niveau des Eingehens von Übertragungsrisiken (in Absetzung von Infektionsrisiken) – ein ähnliches mit dem Substanzgebrauch einhergehendes Risikoverhalten zu beobachten (vgl. Abbildung 4.49).

Abb. 4.48: Eingehen von Risikokontakten in den 12 Monaten vor der Befragung nach Substanzkonsum

Basis: SMA, Negativ- und Ungetestete (n=33.024)

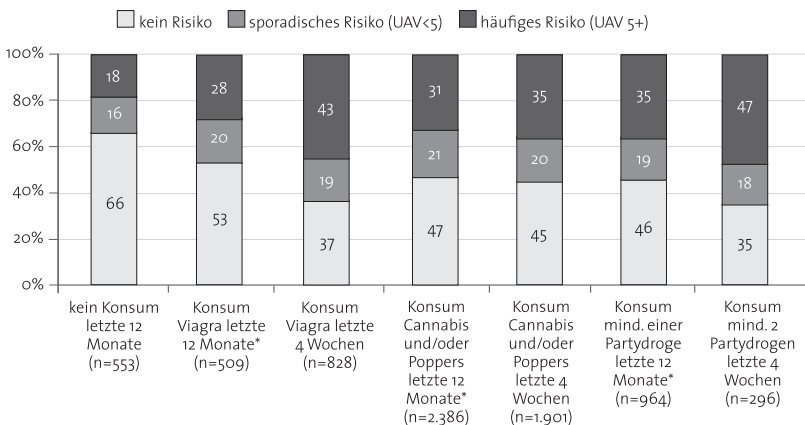


* ohne letzte 4 Wochen

130

Abb. 4.49: Eingehen von Transmissionsrisiken in den 12 Monaten vor der Befragung nach Substanzkonsum

Basis: SMA, Positiv-Getestete (n= 3.110)



* ohne letzte 4 Wochen

Mit den vorliegenden Daten ist nicht zu klären, ob als eine der Auswirkungen des Drogenkonsums auch die verstärkte Bereitschaft zu ungeschütztem Analverkehr zu sehen ist, oder ob sowohl der Drogengebrauch wie auch das

Eingehen ungeschützter analgenitaler Kontakte Ausdruck einer insgesamt höheren Risikobereitschaft bei den drogenkonsumierenden Befragten ist; einige Interviews zu den Kontexten von HIV-Infektionen bei schwulen Männern in Berlin legen nahe, dass sich beides nicht ausschließt (Bochow 2011: 45–135).

Die risikoreicher gelebte Sexualität der Befragten, die psychoaktive Substanzen konsumieren, kann dazu führen, dass sie sich häufiger mit HIV infizieren. Vor dem Konstruieren monokausaler Erklärungsmuster sei jedoch gewarnt. Die psychischen Belastungen der Diagnose HIV-Infektion können ebenso wie die körperlichen Belastungen der HIV-Infektion und ihrer Behandlung zum Konsum psychoaktiver Substanzen führen. Neben der stimmungsaufhellenden Wirkung vieler „Partydrogen“ sei hier insbesondere der schmerzlindernde und appetitanregende Effekt von Cannabis hervorgehoben.

Unter den abgefragten Substanzen befanden sich ebenfalls Heroin und Crack. Diese wurden aufgrund statistischer Faktorenanalysen nicht den Partydrogen zugeordnet. Da nur ein äußerst geringer Anteil unter den Befragten ihren Konsum mitteilt, sei auf diese beiden Substanzen nur sehr kurz eingegangen: 0,3% der Befragten konsumierten Heroin in den vier Wochen vor der Befragung, weitere 0,2% im Jahr davor; die entsprechenden Anteile der Crack-Konsumenten sind 0,2 und 0,4%. Befragte mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen weisen einen vierfach höheren Anteil von Konsumenten (Heroin) auf; einen mehr als doppelt so hohen bei Crack.

Erstmals wurde 2010 in einer MSM-Befragung in Deutschland nicht nur nach dem Konsum von psychoaktiven Substanzen gefragt, sondern auch danach, ob den Konsumenten dieser Konsum „Sorgen bereite“ (so die Formulierung im Fragebogen). Die Antworten auf die Frage wurden nach Sero-status getrennt ausgewertet. Es zeigt sich, dass unter den negativ und nicht getesteten Befragten, die mindestens zwei Partydrogen in den vier Wochen vor der Befragung konsumierten, 27% mitteilen, dass sie sich Sorgen um ihren Drogenkonsum machen, dieser Anteil sinkt auf zwölf% bei jenen, deren Partydrogenkonsum länger zurückliegt. Auch 20% derjenigen mit Cannabis-Konsum in den vier Wochen vor der Befragung zeigen sich besorgt, hingegen 5% derjenigen, bei denen der Cannabiskonsum länger zurückliegt. Diese Anteile liegen niedriger bei den positiv Getesteten, die, wie hervorgehoben, zu höheren Anteilen psychoaktive Substanzen konsumieren als negativ Getestete. Auch unter positiv Getesteten machen sich allerdings die MSM mehr Sorgen, die Partydrogen und Cannabis mehr zuspreehen als diejenigen, deren Substanzkonsum länger zurückliegt. Welches der genauere

Hintergrund dieser Sorgen ist und welche Schlussfolgerungen die Befragten für sich daraus ziehen, kann mit den Daten dieser Erhebung nicht geklärt werden. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Eingehen von Infektionsrisiken und der Problematisierung des eigenen Drogenkonsums. Jene (Ungetestete und negativ Getestete), die besorgt sind, gehen mehr Infektionsrisiken ein als jene, die nicht besorgt sind.

Ergänzend zu den Fragen zum Konsum von Substanzen, die üblicherweise als Drogen bezeichnet werden, wurde – wie schon erwähnt – 2010 auch nach dem Konsum von Alkohol gefragt. Fast die Hälfte der Befragten (46 %) gibt an, ein alkoholhaltiges Getränk in den 24 Stunden vor der Befragung genossen zu haben. Da der Konsum von Wein und Bier in Deutschland sehr weit verbreitet ist, ist dies zunächst nicht überraschend. Interessant sind jedoch einige Differenzen, die sich bei Berücksichtigung des Alters, der Szenefrequentierung, der Zahl der Sexualpartner und des sozioökonomischen Status ergeben. Es zeigt sich mit zunehmendem Alter ein stetiger Anstieg des Anteils der Befragten mit Alkoholkonsum in den 24 Stunden vor der Befragung. Der Anteil liegt bei den unter 18-Jährigen bei 29 %, er steigt auf 43 % bei den 20- bis 29-Jährigen und ist am höchsten bei den über 59-Jährigen mit 57 %. Kurz zurückliegender Alkoholkonsum hat den geringsten Anteil in der Gruppe der Befragten mit niedrigem Bildungsniveau und Einkommen (39 %) (monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €) und den höchsten Anteil in der Gruppe mit höchsten Bildungsniveau und Einkommen (55 %; monatliches Nettoeinkommen höher als 3.000 € und/oder Hochschulabschluss). Wie zu erwarten, steht der (sexuelle) Lebensstil im Zusammenhang mit einem kurz zurück liegendem Alkoholkonsum. Unter den Befragten mit mehr als zehn Sexpartnern und unter jenen, die Orte der schwulen Subkultur intensiver frequentieren, ist der Anteil derer mit Alkoholkonsum in den letzten 24 Stunden höher als unter denjenigen, die weniger szenenah leben und weniger Sexpartner haben. 14 % der Alkoholkonsumenten teilen mit, dass sie sich über ihren Alkoholkonsum Sorgen machen. Unterschiede im Eingehen von Infektionsrisiken zwischen dieser Gruppe und jenen, die keine Sorgen äußern, sind allerdings gering, im Gegensatz zum oben dargestellten Gebrauch anderer Substanzen.

In Querschnittsuntersuchungen dieser Art werden im Wesentlichen nur eine eher geringe Anzahl individueller Faktoren erfasst und weniger der soziale Kontext. Riskantes Verhalten – sei es der Konsum psychosozialer Substanzen oder das Eingehen ungeschützter analgenitaler Kontakte – wird durch individuelle lebensgeschichtlich bedingte Faktoren (vgl. Bochow 2011) und durch unterschiedliche

soziale Kontexte beeinflusst. Präventive Strategien, die auf Drogenkonsum bei MSM abzielen, sind kaum in der Lage, auf die lebensgeschichtlich bedingten individuellen Faktoren einzuwirken (mit Ausnahme der im Rahmen der HIV/ AIDS-Prävention aufgebauten Beratungsangebote). Präventive Interventionen wie die Vor-Ort-Arbeit können jedoch den Versuch unternehmen, auf die sozialen Kontexte des Drogenkonsums in den Schwulen-Szenen einzugehen.

Zeitreihe: Drogenkonsum

Seit 1996 wurde der Konsum ausgewählter Drogen in das Erhebungsinstrument aufgenommen. In den Erhebungen von 1996 bis 2007 wurde die Frequenz des Konsums erhoben (gar nicht in den 12 Monaten vor der Befragung, 1 bis 2 Mal, gelegentlich, häufiger, regelmäßig); 2010 wurde der Zeitpunkt des letztmaligen Konsums der jeweiligen Substanz erhoben. Zur Berechnung der Zeitreihe wurden für die Erhebungsjahre 1991 bis 2007 „gar nicht“ und „1 bis 2 Mal“ zusammengefasst und als nicht erfolgter Konsum der jeweiligen Substanz gewertet; dies schränkt die Vergleichbarkeit mit 2010 ein. Insgesamt scheint der Konsum verschiedener Substanzen bemerkenswert stabil zu sein (Abb. 4.50a und Abb. 4.50b). Festgestellt werden kann ein Rückgang des Cannabis-Konsums nach 2003. Differenziertere Analysen bleiben einer eigenen Publikation vorbehalten und sollen hier unterbleiben.

Abb. 4.50a: Konsum unterschiedlicher Substanzen im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

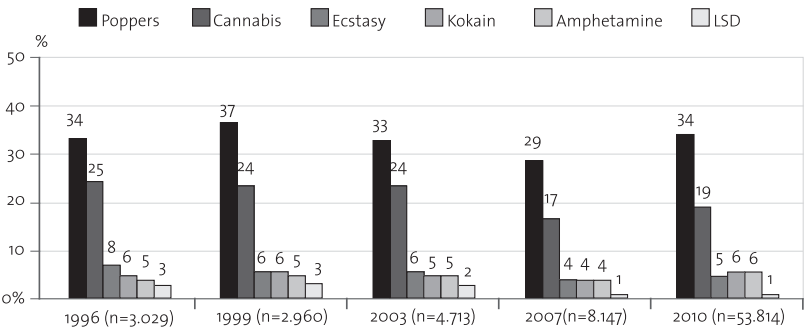
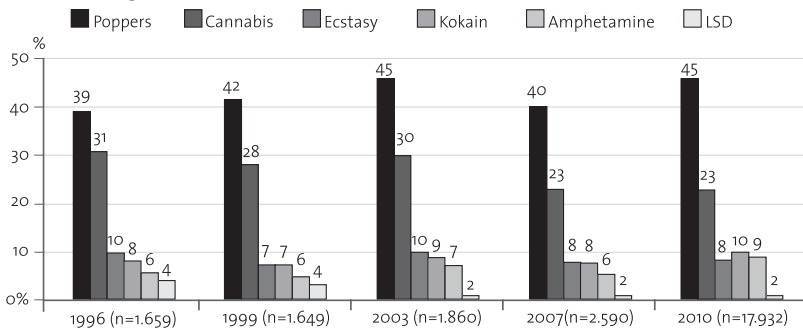


Abb. 4.50b: Konsum unterschiedlicher Substanzen im Jahr vor der jeweiligen Befragung im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



9. Sex für Geld

Neben soziodemographischen Merkmalen wie junges Alter oder geringes Bildungsniveau werden auch besondere Merkmale im Lebensstil (wie prostitutive Sexualkontakte) für ein bestimmtes Risikoverhalten verantwortlich gemacht. Vor diesem Hintergrund wurden 1991 und 1996 in der deutschen Befragungssreihe erhoben, ob die Befragten in den letzten zwölf Monaten für sexuelle Dienstleistungen bezahlt haben oder wurden. Auch in der EMIS-Erhebung von 2010 wurden diese Fragestellungen aufgegriffen. Erhoben wurde, ob die Befragten „für Sex bezahlt“ haben oder „von einem Mann für Sex bezahlt“ wurden.

9.1 Männer, die für Sex bezahlt haben

Etwas über 7% der Befragten geben an, dass sie in den zwölf Monaten vor der Erhebung in Deutschland für Sex bezahlt haben: die meisten von ihnen taten dies nur 1 bis 2 Mal (4,4% aller Befragten), 2,3% bezahlten 3 bis 10 Mal für Sex und 0,7% mehr als 10 Mal. Die Gruppe der Befragten, die mehr als 10 Mal für Sex zahlten, kann aufgeteilt werden in die Untergruppe jener Männer, die elf bis 50 Mal für Sex zahlten (0,6%, 295 Männer) und jene, die dies mehr als 50 Mal taten (0,1%, 34 Männer). Dank der großen Samplegröße stellen selbst niedrige Prozentanteile Fallzahlen dar, die eine differenziertere Analyse ermöglichen. Zunächst soll jedoch dargestellt werden, inwieweit sich die MSM, die für Sex zahlten, von denen unterscheiden, die dies nicht taten.

Tab. 4.5: Befragte, die in den 12 Monaten vor der Befragung für Sex bezahlt haben, nach Altersgruppen (in %)
Basis: EMIS

	unter 20 J. (n=2.816)	20-29 Jahre (n=16.292)	30-44 Jahre (n=20.674)	über 44 J. (n=10.275)	insgesamt (n=50.057)
nie	99	98	92	85	93
1-2 Mal	0,4	1,4	5,3	8,2	4,4
3-10 Mal	0,1	0,5	2,6	5,2	2,3
11-50 Mal	0,1	0,1	0,5	1,6	0,6
mehr als 50 Mal	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Befragten, die gelegentlich oder öfter für Sex zahlen (Tab. 4.5). Es sind dies 15% der über 44-Jährigen, 8% der 30- bis 44-Jährigen und 2% der 20- bis 29-Jährigen. Wie in der früheren Erhebung in Deutschland wird damit das in der Schwulen-Szene verbreitete Stereotyp widerlegt, dass vorwiegend ältere homosexuelle Männer für sexuelle Dienstleistungen zahlen. Allerdings zahlen über 30-Jährige und besonders über 44-Jährige deutlich häufiger für Sex als unter 30-Jährige. Insgesamt besteht die Gruppe jener, die mehr als zehn Mal im Jahr für Sex zahlten aus 329 Männern, dies sind 0,6% von allen Befragten, die die Frage beantworteten. Bei Männern, die häufiger als zehn Mal für Sex zahlten, kann davon ausgegangen werden, dass dies zu ihrem sexuellen Lebensstil gehört. Die Frage nach Sex für Geld berührt auch gegenwärtig noch eine tabuierte Dimension sexueller Lebensstile. Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass in diesem Zusammenhang ein bestimmtes „underreporting“ vorliegt, kann vermutet werden, dass die Gruppe der MSM, die mindestens einmal im Monat oder häufiger auf sexuelle Dienstleistungen zurückgreift, klein ist; es könnte auch sein, dass diese Männer zu einem geringeren Anteil als andere an dieser Art von Erhebung teilnehmen. Zu den in der gay community verbreiteten Stereotypen gehört auch, dass vor allem die Männer für Sex zahlen, die auf anderem Weg keinen Sexpartner finden. Für viele MSM scheint das Gegenteil der Fall zu sein. Während lediglich 7% der Männer mit zwei bis fünf Sexpartnern für Sex zahlten, taten dies 11% der Männer mit 11 bis 50 Sexpartnern und 12% der Männer mit mehr als 50 Sexpartnern. In diesen beiden Gruppen befindet sich auch eine Mehrheit der Männer, die mehr als zehn Mal für Sex zahlten. MSM mit höheren Partnerzahlen weisen eine größere Szenenähe auf (einen Gutteil ihrer Sexpartner rekrutieren sie an den Orten für schnellen Sex), so auch die Männer, die (häufiger) für Sex zahlten. MSM mit höheren Partnerzahlen konsumieren, wie berichtet,

in höherem Umfang Partydrogen, Poppers, Cannabis und Viagra. Mit der Ausnahme von Poppers gilt dies auch für Männer, die für Sex zahlten, vor allem für die, die dies häufiger taten. Ein Großteil der MSM, die (häufiger) für Sex zahlen, unterscheidet sich in bestimmten Merkmalen somit nicht wesentlich von anderen Befragten mit einem „szeneaffinen Lebensstil“, zu dem höhere Partnerzahlen und Drogenkonsum gehören. Allerdings ist auch eine Untergruppe von Männern festzustellen, die sich in gewisser Distanz zu Schwulenszenen befinden und die für Sex zahlen. Es sind Befragte, deren soziales Umfeld (Familie, Freunde und Kollegen) nichts von ihrer Homosexualität weiß; diese greifen zu einem größeren Umfang (10 %) auf sexuelle Dienstleistungen zurück als Männer, bei denen der größte Teil des sozialen Umfelds über ihre Homosexualität informiert ist (6 %).

11 % der Männer, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, griffen auf sexuelle Dienstleistungen zurück, 9 % der Männer in einer „offenen“ Beziehung mit einem Mann und 8 % der Befragten ohne Beziehung mit einer Frau oder einem Mann. MSM in einer Beziehung zu einer Frau zahlten auch häufiger für sexuelle Dienstleistungen als andere Befragte.

Das Bezahlen von sexuellen Dienstleistungen ist plausiblerweise auch abhängig vom Einkommen. 14 % der Männer mit hohem Einkommen (monatliches Nettoeinkommen mehr als 3.000 € oder Hochschulabschluss) zahlten für Sex, 6 % der Männer mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau (monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €).

Befragte, die für Sex zahlen, gehen zu einem höheren Anteil (34 %) ungeschützte analgenitale Kontakte mit Sexpartnern mit unbekanntem Serostatus (die nicht der feste Freund sind) ein als Befragte ohne prostitutive Sexkontakte (21 %). Dieser höhere Anteil von Risikokontakten ist unabhängig davon, wie oft für Sex gezahlt wurde. Es lässt sich allerdings nicht feststellen, welcher Anteil der Risikokontakte im Rahmen bezahlter Sexkontakte stattfand.

Vor dem Hintergrund, dass 97 % der Befragten überhaupt nicht oder nur ein bis zwei Mal in den zwölf Monaten vor der Befragung für Sex gezahlt haben, erscheint es wenig sinnvoll, in Präventionskampagnen die kleine Gruppe von Männern, die häufiger für Sex zahlten, als gesonderte Zielgruppe anzusprechen. Jene, die häufiger für Sex zahlen, haben einen „szeneaffinen“ Lebensstil, der verbunden ist mit überdurchschnittlich vielen Sexpartnern und einem häufigeren Drogenkonsum. Die Männer, die häufiger für Sex zahlen, sollten demzufolge in der Prävention so angesprochen werden wie die MSM, die als besonders sozial und sexuell aktiv zum Kernbereich sexueller Interaktion gehören.

9.2 Männer, die sich für Sex bezahlen ließen

Betrachtet man den Personenkreis, der für sexuelle Dienstleistungen bezahlt wurde, so wird deutlich, dass es sich nur bei einer Minderheit um Callboys oder Stricher, die von ihren Einnahmen leben, handeln kann. Insgesamt 5% der Befragten geben an, Geld für Sex in den zwölf Monaten vor der Befragung bekommen zu haben. Bei fast der Hälfte (2,3%) war dies mit einem bis zwei Mal nur sehr sporadisch der Fall, bei weiteren 1,4% kam dies drei bis zehn Mal vor. Diese Einnahmen sind allenfalls als Gelegenheitseinkünfte anzusehen. Selbst bei den Männern, die angeben, elf bis 50 Mal Geld für Sex bekommen zu haben (0,7%), können die Einkünfte lediglich als Nebenerwerb angesehen werden. 0,3% (163 Männer) haben mehr als 50 Mal Sex für Geld angeboten, allenfalls in dieser Gruppe können sich Callboys oder Stricher befinden (zur Unterscheidung von Callboys und Strichern siehe Bochow 2000a: 177–179).

Tab. 4.6: Befragte, die in den 12 Monaten vor der Befragung für Sex Geld bekamen, nach Altersgruppen (in %)
Basis: EMIS

	unter 20 J. (n=2.823)	20-29 Jahre (n=16.315)	30-44 Jahre (n=20.681)	über 44 J. (n=10.257)	insgesamt (n=50.076)
nie	87	93	97	98	95
1-2 Mal	6,7	3,4	1,5	0,9	2,3
3-10 Mal	3,9	2,2	1,0	0,4	1,4
11-50 Mal	1,3	1,1	0,1	0,2	0,7
mehr als 50 Mal	0,8	0,5	0,2	0,1	0,3

Es überrascht nicht, dass vor allem unter 30-Jährige angeben, Geld für Sex sporadisch oder häufiger bekommen zu haben. Es sind dies 13% der unter 20-Jährigen und 7% der 20- bis 29-Jährigen. Werden nur die Männer betrachtet, die Geld für Sex erhielten, so zeigt sich, dass 15% der Männer, die Geld für Sex erhielten, jünger als 20 Jahre sind, weitere 50% befinden sich in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen, 28% in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen, 10% sind älter als 44 Jahre (hier nicht tabellarisch dargestellt). Diese Altersverteilung widerlegt ebenfalls ein Stereotyp in der Schwulenszene, dass nur Männer bis Mitte 20 attraktiv genug für das Anbieten sexueller Dienstleistungen sind. Bemerkenswert ist, dass sich die Altersverteilung bei den Männern, die mehr als 10 Mal im Jahr Geld für sexuelle Dienstleistungen erhielten, wenig von dieser Altersverteilung unterscheidet: 12% in

dieser Gruppe sind jünger als 20 Jahre, 53 % befinden sich in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen, 29 % in der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen und 6 % in der Altersgruppe der über 44-Jährigen.

Sowohl für MSM, die für Sex zahlten, wie für die, die für Sex bezahlt wurden, gilt, dass sie sich vor allem in der Gruppe der Männer mit höheren Partnerzahlen befinden. Für die Männer, die häufig für Sex bezahlt wurden, ist eine hohe Partnerzahl selbstverständlich. Festzuhalten bleibt, dass auch Männer mit höheren Partnerzahlen (elf und mehr) zu einem höheren Anteil sporadisch (weniger als elf Mal im Jahr) Geld für sexuelle Dienstleistungen erhielten. Die zumindest gelegentliche Annahme von Geld für Sex scheint wie auch das gelegentliche Zahlen für Sex zum Lebensstil einer bestimmten Gruppe von schwulen Männern zu gehören. Zu diesem Lebensstil gehört für viele der Konsum von Partydrogen und anderen Substanzen. Männer, die Geld für sexuelle Dienstleistungen bekamen, konsumieren zu einem deutlich höheren Anteil Cannabis, Poppers und Viagra als Männer, die kein Geld für Sex erhielten. Es wurde schon gezeigt, dass ein Zusammenhang besteht zwischen einer höheren Zahl von Sexpartnern, dem Gebrauch von Partydrogen und anderen Substanzen und dem Eingehen von Risikokontakten. Dieser Zusammenhang zeigt sich wieder bei Männern, die Geld für Sex erhielten und zwar ausgeprägter als bei Männern, die für Sex zahlten. Das Eingehen von Risikokontakten nimmt mit der Anzahl bezahlter Sexkontakte zu. Ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus (die nicht der feste Freund waren) werden von 21 % der Männer angegeben, die nicht für Sex bezahlt wurden. Der Anteil steigt auf 41 % bei den Befragten, die ein oder zwei Mal Geld für Sex erhielten, er steigt auf 49 % bei den Befragten, die drei bis 50 Mal für sexuelle Dienstleistungen honoriert wurden und auf 60 %, die mehr als 50 Mal Geld erhielten. Auch hier muss festgehalten werden, dass nicht geklärt werden kann, ob diese Risikokontakte im Rahmen von prostitutiven Kontakten oder anderen Sexkontakten erfolgten.

Befragte in einer „offenen“ Beziehung mit einem Mann, solche, die eine Beziehung zu einer Frau haben und Männer ohne Beziehung unterscheiden sich nicht, was die Häufigkeit anbelangt, in der sie Geld für sexuelle Dienstleistungen erhielten.

Es überrascht nicht, dass Befragte mit einem niedrigen Einkommen und niedrigem Bildungsniveau sich häufiger für sexuelle Dienstleistungen bezahlen ließen (8 %) als solche mit hohem Bildungsniveau und höherem

Einkommen (2%). 8% der MSM mit einem Migrationshintergrund (bezogen auf das Geburtsland der Eltern und dem eigenen), der auf Länder in Osteuropa, im Nahen Osten, in Asien und Afrika verweist, erhielten Geld für Sex, dagegen 4% der Deutschstämmigen und 5% der MSM mit einem Migrationshintergrund, der auf Länder in West- und Nordeuropa und Nordamerika verweist.

Als Schlussfolgerung für die Prävention lässt sich eine ähnliche Empfehlung wie die weiter oben gegebene für Männer, die für Sex zahlen, formulieren. Vor allem MSM, die häufiger Geld für Sex erhielten (2,4%), sind aufgrund ihres „zeneaffinen“ Lebensstils als Teil dieser Szenen anzusprechen. Die große Mehrheit der Männer, die Geld für Sex nahmen, taten dies in einer Frequenz, die nahelegt, sie nicht zur Gruppe der Callboys zuzurechnen. Für die beiden Gruppen der Callboys und der Stricher (vgl. Bochow 2000a: 177–236; Gusy et al. 1994) steht es außer Frage, dass spezialisierte Präventionsangebote sinnvoll sind. Die beiden Gruppen wurden mit dieser Befragung allerdings kaum erreicht, auch wenn es nicht auszuschließen ist, dass sich einzelne Callboys beteiligten.

10. Sexkontakte im Ausland

139

In den drei Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg bildeten sich in (West-) Europa und in Nordamerika, später auch in vielen Mittelmeerländern und asiatischen Ländern bei schwulen Männern besonders beliebte Urlaubsorte heraus. In der alten Bundesrepublik war dies sehr früh Westerland, in Griechenland wurde Mykonos in den 1970er Jahren ein beliebtes Reiseziel, in Spanien z. B. Sitges und Las Palmas de Gran Canaria, in den USA bestimmte Orte in Kalifornien und Florida. Seit den 1980er-Jahren gesellten sich Destinationen in Marokko, Tunesien und Thailand dazu. Es entwickelte sich zudem ein schwuler Städtetourismus. Ein seit den 1950er-Jahren in (West-)Deutschland besonders beliebtes städtisches Reiseziel war Amsterdam, nicht nur wegen der geographischen Nähe, sondern auch wegen des für deutsche Schwule vor 1980 sehr viel liberaleren Klimas in den Niederlanden. Mit den immer preiswerteren Flugangeboten kamen u. a. New York und San Francisco, Rio und Bangkok als beliebte Metropolen für europäische Schwule dazu. Waren gewisse Reiseziele in den 1970er-Jahren noch Geheimtipps, entwickelte sich immer mehr ein von der Tourismusindustrie aktiv befördertes Segment von Urlaubsreisen für Schwule. Seit einer Reihe von Jahren werben viele europäische Metropolen wie u. a. London, Paris, Barcelona, Berlin ganz explizit mit

ihren Attraktionen für ein schwules Reisepublikum. Vor diesem Hintergrund war es naheliegend, in der EMIS-Umfrage auch nach Auslandsreisen zu fragen und vor allem danach, ob Sexkontakte mit Partnern aus dem entsprechenden Urlaubsland stattgefunden haben.

4 % der Befragten berichten, dass in den vier Wochen vor der Befragung während einer Auslandsreise ein Kontakt mit einem ausländischen Sexpartner eingegangen wurde, bei weiteren 14 % erfolgte dies im Jahr vor der Befragung. 23 % geben an, dass ein oder mehrere Sexkontakte im Ausland davor stattfanden, 60 % aller Befragten hatten noch nie einen solchen sexuellen Kontakt im Ausland. Der Anteil von 4 % Befragten mit Sexkontakten im Ausland in den vier Wochen vor der Befragung mag hoch erscheinen, er erklärt sich z. T. dadurch, dass die EMIS-Befragung in den Sommermonaten Juni/Juli/August durchgeführt wurde.

Tabelle 4.7 zeigt die Länder (oder Ländergruppen), in denen der sexuelle Kontakt erfolgte. Spanien vereint auf sich fast ein Viertel (23,5 %) der Nennungen in der Liste der angegebenen Reiseziele. Es folgen die USA und Kanada, Frankreich, Österreich, die Schweiz und die Niederlande. Unter den außereuropäischen Reisezielen dominieren Thailand, Brasilien sowie süd- und ostasiatische Länder, die zu einer Gruppe zusammengefasst wurden. Erhoben wurde auch der Szeneort (oder Kontext), an dem ein Erstkontakt mit dem Sexpartner erfolgte. Fast ein Drittel (30 %) der Sexkontakte wurde über Internetportale für MSM angebahnt, 12 % in einer Disko, 11 % in einer Sauna für MSM, 10 % an einem Cruising-Ort, 8 % jeweils in einem Café oder einer Bar für Schwule bzw. auf einer öffentlichen Sex-Party, einem Sexklub für Schwule oder im Darkroom einer Bar (Tabelle 4.8).

Tab. 4.7: Besuchte Urlaubsländer, in denen Sexkontakte in den 12 Monaten vor der Befragung erfolgten
Basis: EMIS

	n	%
Spanien	2.023	23,5
USA und Kanada	719	8,3
Frankreich	567	6,6
Österreich	451	5,2
Schweiz	410	4,8
Niederlande	403	4,7
Thailand	402	4,7
Großbritannien	387	4,5
Italien	363	4,2
skandinavische Länder	245	2,8
Belgien und Luxemburg	201	2,3
Türkei	174	2,0
Griechenland	172	2,0
Tschechische Republik	150	1,7
Brasilien	133	1,5
Australien und Neuseeland	116	1,3
Israel	115	1,3
Ungarn	110	1,3
Polen	106	1,2

Ländergruppen		
andere süd-, ost-, zentralasiatische Länder	380	4,4
andere EU-Länder	285	3,3
andere süd- u. mittelamerikanische Länder	229	2,7
andere europäische Länder	138	1,6
Naher Osten	137	1,6
andere afrikanische Länder	118	1,4
Nordafrika (Algerien, Marokko, Tunesien)	87	1,0
n insgesamt	8.621	100,0

Tab. 4.8: Orte der Kontaktaufnahme
Basis: EMIS

	n	%
Schwulenzentrum/ Schwulenorganisation/ Schwulengruppe	37	0,4
schwules Café/schwule Bar	702	7,7
schwule Disko/schwuler Club	1.098	12,1
Darkroom/schwuler Sex- Club/öffentliche schwule Sex-Party	755	8,3
private schwule Sex-Party	81	0,9
Schwulensauna	1.004	11,0
Pornokino	151	1,7
Cruising-Ort	898	9,9
Webseite für schwule/ bisexuelle Männer	2.730	30,0
woanders	1.644	18,1
n insgesamt	9.100	100,0

Sexuelle Kontakte bei Auslandsaufenthalten sind unter den Befragten sehr ungleich verteilt. Deutlich wird ein Zusammenhang mit dem Bildungsniveau und dem Einkommen. Während 75 % der Männer mit niedrigem Einkommen und Bildungsniveau (monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €) noch nie einen Sexkontakt im Ausland hatten, sind dies 40 % der Männer mit hohem Einkommen (monatliches Nettoeinkommen mehr als 3.000 € oder Hochschulabschluss). Im Jahr vor der Befragung wird ein solcher Kontakt von 8 % in der ersten und von 29 % in der letzten Gruppe angegeben. Die Bedeutung des Einkommens wird sichtbar, wenn Auslandsaufenthalte mit Sexkontakten auf das Alter bezogen werden. Über 29-Jährige geben diese zu einem höheren Anteil an als unter 30-Jährige. Dies ist mit Sicherheit auf die höheren Einkommen in den Altersgruppen ab 30 zurückzuführen. Deutlich wird auch, dass Auslandsreisen mit sexuellen Kontakten zu einem bestimmten (sexuellen) Lebensstil gehörten. Lediglich 18 % der MSM mit mehr als 50 Sexpartnern im Jahr vor der Befragung geben für ihre gesamte Biographie überhaupt keine Auslandsaufenthalte mit Sexkontakten an, bei MSM mit zwei bis fünf Sexpartnern sind dies 67 %. In der Gruppe der Männer mit der höchsten Partnerzahl geben allein für die vier Wochen vor der Befragung 17 %

einen Sexkontakt im Ausland an, in der Gruppe mit der niedrigen Partnerzahl sind es 2%. MSM mit rezenten Sexkontakten im Ausland konsumieren in höherem Umfang Partydrogen, Viagra und Cannabis (nur Poppers macht hier eine Ausnahme) und frequentieren intensiver Orte für schnellen Sex. Es wurde schon erwähnt, dass positive Männer zu einem höheren Anteil analgenitale Kontakte eingehen und mehr Sexpartner haben. Sie stellen auch die Gruppe mit dem höchsten Anteil an Sexkontakten im Ausland dar. 7% der positiv Getesteten geben diese für die vier Wochen vor der Befragung an, weitere 23% für die zwölf Monate davor, nur 28% hatten noch nie Sexkontakte im Ausland; dies geben 55% der negativ Gestesteten und 79% der Ungetesteten an.

Männer mit rezenten Sexkontakten im Ausland gehen zu einem höheren Anteil ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus ein. Dies gilt sowohl für negative und ungetestete wie auch für positiv Getestete gleichermaßen. Da ein Großteil der angegebenen Risikokontakte vermutlich in Deutschland erfolgte und diese nicht getrennt von denen im Ausland eingegangenen analysiert werden können, sei hier nur darauf verwiesen.

MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, geben in einem sehr viel geringerem Umfang Auslandsreisen mit Sexkontakten an als Männer ohne Beziehung mit einem Mann oder einer Frau. Die höchsten Anteile an Sexkontakten im Ausland geben Männer an, die in einer offenen Beziehung leben.

Fast zwei Drittel (61%) der Männer mit Sexkontakten im Ausland gingen dabei analgenitale Kontakte ein, 28% hatten diese ohne Kondom. Ob diesem ungeschützten Analverkehr ein Informationsaustausch über den Serostatus des Sexpartners vorausging, wurde für diesen Kontext nicht gesondert erhoben. Es kann also nicht eingeschätzt werden, welches Infektionsrisiko dabei eingegangen wurde. Es kann lediglich vermutet werden, dass ein bedeutsamer Teil dieser ungeschützten analgenitalen Kontakte mit einem Infektionsrisiko verbunden waren. Werden diese Risiken detaillierter analysiert, zeigen sich sehr analoge Muster zu den in Abschnitt 5 dieses Kapitels dargestellten.

5% der Männer, die über einen Sexkontakt im Ausland in den zwölf Monaten vor der Befragung hatten, berichten, dass sie dafür gezahlt haben. Wird näher betrachtet, wer das getan hat, zeigt sich ein anderes Bild als bei den in Deutschland gekauften sexuellen Dienstleistungen. Männer mit niedrigem Einkommen und niedrigerem Bildungsniveau zahlen für Sex im Ausland zu einem höheren Anteil als Männer mit höherem Einkommen

und Bildungsniveau. Männer, die in Deutschland weniger szenenah leben und in geringerem Umfang Partydrogen oder andere Substanzen nehmen, zahlen ebenfalls in höherem Umfang für Sex im Ausland als Männer, die die Orte der schwulen Subkultur in Deutschland intensiver frequentieren. Auch Männer, die ihre homosexuelle Orientierung in Deutschland eher verdeckt leben, zahlen zu einem höheren Anteil für Sex als offen schwul lebende Männer. Es scheint fast, als ob sich unter den MSM, die in Deutschland eher szenefern und weniger offen schwul leben, eine Untergruppe von Männern befindet, die sich nur im Ausland erlauben, was sie sich in Deutschland versagen. MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, weisen einen doppelt so hohen Anteil an Männern auf (10 %), die für Sex im Ausland zahlten, als Männer mit einem männlichen Partner oder MSM ohne PartnerIn.

Lediglich 1,5 % der Männer (n= 138) mit einem Sexkontakt im Ausland (in den zwölf Monaten vor der Befragung) geben an, für Sex Geld bekommen zu haben. Diese Gruppe ist so klein, dass sich weitere Erläuterungen in diesem Zusammenhang erübrigen.

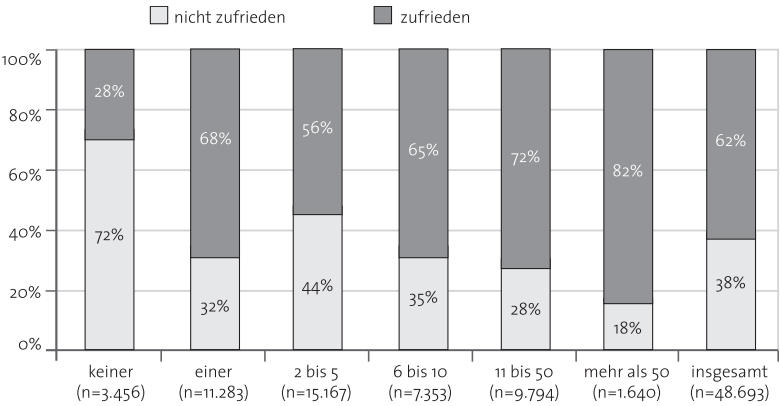
11. „Sexual happiness“

Eine bisher nie in den deutschen Erhebungen gestellte Frage lautete in der englischen Fassung des EMIS-Fragebogens „Are you happy with your sex life?“ Die Übersetzung der Frage ins Deutsche warf Probleme auf. Den deutschen ÜbersetzerInnen des englischen Fragebogens schien die Übersetzung „Sind Sie glücklich mit ihrem Sexleben“ zu pathetisch, „Happiness“ bedeutet im Englischen natürlich auch „Glück“, die Verwendung des Begriffs „Glück“ schien jedoch etwas zu emphatisch, so dass „happy“ mit „zufrieden“ übersetzt wurde. Die Frage im deutschen EMIS-Fragebogen lautete also: „Sind Sie mit Ihrem Sexleben zufrieden?“ Die nicht wörtliche Übersetzung schien adäquater, es war den ÜbersetzerInnen sehr wohl bewusst, dass es im Englischen die Begriffe „satisfaction“ und „satisfied“ gibt, die in der englischen Fassung des Fragebogens nicht benutzt worden sind.

Die Frage konnte bejaht oder verneint werden, den Befragten, die sie verneinten, wurde in einem zweiten Schritt mit mehreren Antwortvorgaben Gelegenheit gegeben, zu begründen, warum sie nicht mit ihrem Sexleben zufrieden seien. 62 % der Befragten bejahten die Frage nach der Zufriedenheit mit ihrem Sexleben, 38 % verneinten sie. Wird zunächst allgemein analysiert,

welche Lebenssituation bzw. welche Sexualität zu höheren Anteilen von Zufriedenheit führt, kann festgehalten werden, dass die Zufriedenheit (oder Unzufriedenheit) mit dem eigenen Sexleben kaum vom Bildungsniveau, vom Alter oder dem sozioökonomischen Status und auch nicht von der Größe des Wohnorts abhängt – von geringen Differenzen abgesehen. Die stärksten Unterschiede erscheinen, wenn direkt mit dem sexuellen Lebensstil verbundene Dimensionen berücksichtigt werden. So nimmt die Zufriedenheit mit der Zahl der Sexpartner deutlich zu. Lediglich 28 % derer, die angeben, dass sie keinen Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung hatten, sind zufrieden mit ihrem Sexleben, 56 % derer mit zwei bis fünf Sexpartnern. 65 % der MSM mit sechs bis zehn Partnern sind mit ihrem Sexleben zufrieden, 72 % derer mit elf bis 50 Partnern und 82 % derer mit mehr als 50 Sexpartnern (siehe Abb. 4.51).

Abb. 4.51: Befragte, die mit ihrem Sexleben zufrieden sind, nach der Anzahl der Sexpartner



Basis: EMIS

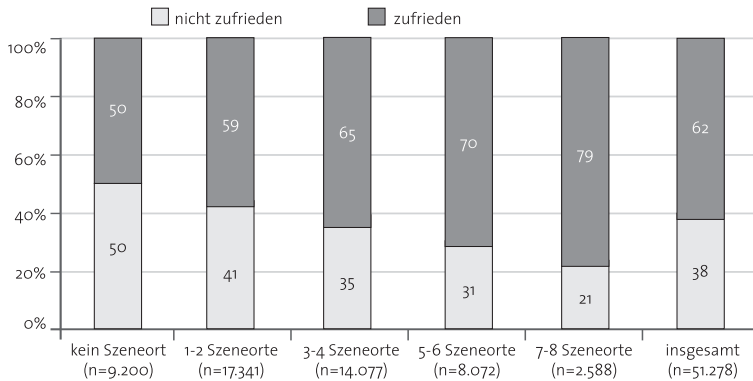
Lediglich die Männer mit einem einzigen Sexpartner fallen aus diesem Muster heraus. Von diesen geben 68 % an, mit ihrem Sexleben zufrieden zu sein. 80 % von den Befragten in dieser Gruppe leben in einer eher monogamen Beziehung mit einem Mann; ein Großteil dieser Männer scheint offenkundig mit der Sexualität in ihrer Beziehung zufrieden zu sein. MSM mit rezeptiven und insertiven analgenitalen Kontakten erklären sich zu einem höheren Anteil zufrieden mit ihrem Sexleben (76 %) als Männer ohne Analverkehr (47 %). Nur die Hälfte der Singles, aber drei Viertel der Männer

in einer festen Beziehung äußern sich zufrieden mit ihrem Sexleben; es sind 56% der MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben. Befragte, die psychoaktive Substanzen in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung konsumiert haben, zeigen sich zu einem höheren Anteil mit ihrem Sexleben zufrieden als Männer, die dies nicht taten. Offenkundig führen das Leben in einer festen Beziehung und ein szenezugewandtes Leben bei einer großen Anzahl von Befragten dazu, sich zufrieden mit ihrem Sexleben zu erklären. Abbildung 4.52 illustriert plastisch, dass die Zufriedenheit mit der Zahl im Jahr vor der Befragung besuchten Szeneorte zunimmt.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die Tradition von 25 Jahren erfolgreicher HIV-Prävention der deutschen Aidshilfen fortzuführen. Kontraproduktiv wäre es, vor der sexualisierten und alkohol- und drogenegeschwängerten Atmosphäre in den bunten Glitzerwelten der Schwulenszene zu warnen. Schwule sollten nicht vor den „Abgründen“ der Szene gewarnt werden. Die Schwulenszene sollte vielmehr als ein wichtiger Bestandteil schwulen Lebens gewürdigt und hervorgehoben werden, mit Verweis auf die dort vorhandenen vielfältigen Gesellungsformen und die gegebenen Kommunikations- und Informationsmöglichkeiten. Ohne eine „Valorisierung“ schwuler Sexualität und Akzeptanz der Schwulenszenen ist eine erfolgreiche Vor-Ort-Arbeit nicht möglich. Zu überlegen ist, inwieweit diese Vor-Ort-Arbeit in den Schwulenmetropolen wie Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt a. M. noch weiter ausdifferenziert werden sollte.

Abb. 4.52: Anzahl der in den 12 Monaten vor der Befragung besuchten Szeneorte nach Zufriedenheit mit dem Sexleben

Basis: EMIS



Die Befragten, die sich unzufrieden mit dem eigenen Sexleben erklärten, wurden mit einer Reihe von Antwortvorgaben nach den Gründen dieser Unzufriedenheit gefragt. Tabelle 4.9 zeigt Gründe für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Sexleben, differenziert nach dem Ausmaß der Bekanntheit der Homosexualität der Befragten im sozialen Umfeld (Freundes- und Kollegenkreis, Familie). Es zeigt sich, dass verdeckt lebende Homosexuelle in deutlich höherem Umfang den Mangel an Sexkontakten beklagen als offen schwul lebende Befragte, umgekehrt beklagen sie in einem geringeren Umfang das Fehlen einer festen Beziehung. Beides verwundert nicht: Offenkundig behindern sich verdeckt lebende Homosexuelle in ihren Chancen, Sexpartner zu finden, durch ihr Streben, ihre Homosexualität zu verheimlichen. Eine feste Beziehung mit einem Mann könnte ihre Homosexualität sichtbar werden lassen, so dass sie in geringerem Umfang eine solche anstreben. MSM, die ihre Homosexualität verheimlichen oder nur wenigen Vertrauten offenbaren, haben in einem größeren Ausmaß Angst, sich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren.

Als Vorgriff auf spätere Kapitel zum HIV-Test und zur Lebenssituation von HIV-positiv Getesteten sei vermerkt, dass 67% der positiv und 65% der negativ Getesteten mitteilen, dass sie mit ihrem Sexleben zufrieden sind. Unter den HIV-positiv Getesteten, die nicht mit ihrem Sexleben zufrieden sind, gibt allerdings ein Drittel an, dass gesundheitliche Probleme die Zufriedenheit mit ihrem Sex beeinträchtigen, ein Viertel gibt Erektionsprobleme an, Anteile, die deutlich über dem Durchschnitt der Befragten liegen.

Tab. 4.9: Gründe für Unzufriedenheit mit dem Sexleben nach dem Anteil jener im sozialen Umfeld, denen die Homosexualität des Befragten bekannt ist (%)
Basis: EMIS, Befragte, die mit ihrem Sexleben unzufrieden sind

Homosexualität bekannt:					
	(fast) allen/ mehr als der Hälfte	weniger als der Hälfte	einigen	nieman- dem	insge- samt
Ich habe überhaupt keinen Sex	10,9	13,0	16,6	19,5	13,5
Ich hätte gerne mehr Sexpartner	32,8	30,2	34,0	44,5	34,5
Ich finde, ich habe zu viele Sexpartner	4,4	3,1	3,7	2,1	3,8
Ich hätte gerne mehr Sex mit dem Mann/den Männern, mit dem/denen ich Sex habe	34,4	29,7	30,3	26,0	31,9
Ich möchte eine feste Beziehung mit jemandem	49,8	57,7	50,4	33,7	48,3
Ich habe Probleme in meiner festen Beziehung	17,2	14,5	14,1	15,5	16,1
Ich bin in sexueller Hinsicht nicht so selbstsicher, wie ich es gerne wäre	37,1	41,6	41,6	41,0	39,0
Ich habe Angst, andere mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken	7,0	5,3	5,9	5,4	6,4
Ich habe Angst, mich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken	22,8	27,7	32,5	33,9	26,8
Ich habe Probleme, einen Ständer (eine Erektion) zu bekommen oder zu behalten	13,7	13,2	15,1	13,5	13,9
Mein Sextrieb ist zu schwach	10,2	9,3	8,4	6,3	9,2
Mein Sex wird durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt	8,9	6,9	7,5	4,7	7,8
Die gesundheitlichen Probleme meines Partners beeinträchtigen den Sex	3,6	2,6	2,2	1,7	3,0
Anderer Grund	5,5	5,7	6,2	5,7	5,7
n insgesamt	11.008	1.900	3.780	2.891	19.579

V. HIV-Antikörpertest

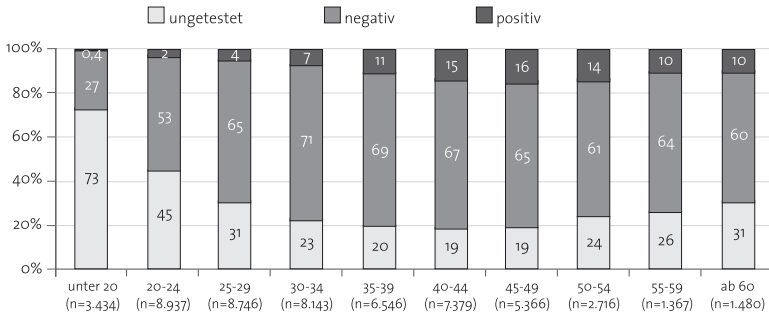
149

1. Inanspruchnahme des HIV-Antikörpertests

Lediglich 0,6 % der Befragten ($n = 333$) haben die Frage nach dem HIV-Antikörpertest nicht beantwortet. Etwas weniger als ein Drittel (30 %) hat noch keinen HIV-Test durchführen lassen (2007: 36 %). Der Anteil der MSM mit HIV-Test steigt mit zunehmendem Alter: 73 % der unter 20-Jährigen sind nicht getestet, von den 45- bis 49-Jährigen sind nur noch 19 % nicht getestet; ab dem Alter von 50 Jahren steigt der Anteil der Nicht-Getesteten wieder von 24 % bei den 50- bis 54-Jährigen auf 31 % bei den über 59-Jährigen (Abbildung 5.1). Analog zur Teilnahme am HIV-Test steigt ebenfalls der Anteil der positiv Getesteten. Sind von allen unter 20-Jährigen lediglich 0,4 % positiv getestet, so steigt der Anteil der positiv Getesteten bei den 25- bis 29-Jährigen auf 4 %; der höchste Anteil positiv Getesteter wird mit 16 % in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen erreicht, danach sinkt er wieder bis auf 10 % bei den über 59-Jährigen. Insgesamt sind 8 % aller Befragten HIV-positiv und 62 % negativ getestet, 30 % sind nicht getestet. Dies bedeutet, dass von allen befragten Getesteten 11,5 % HIV-positiv und 88,5 % negativ getestet sind.

Abb. 5.1: HIV Serostatus nach Altersgruppen

Basis: EMIS (n= 54.054)



Einleitend zur Frage nach der Test-Teilnahme wurde den Befragungsteilnehmern die Gelegenheit zur Selbsteinschätzung gegeben, unbeschadet eines jemals stattgefundenen Tests. 62% bezeichnen ihren Serostatus als „definitiv negativ“; von diesen haben 29% noch an keinem HIV-Test teilgenommen; 26% bezeichnen sich als „vermutlich negativ“, in dieser Gruppe haben 38% an keinem HIV-Test teilgenommen. Lediglich 3% sind sich nicht sicher über ihren Serostatus, von diesen hat etwas mehr als die Hälfte (52%) keinen Test machen lassen, 48% geben in dieser Gruppe an, dass ihr letzter HIV-Test negativ ausfiel. Bei positiven Testergebnissen wurde in der Erhebung nach dem Jahr der HIV-Diagnose gefragt; bei einem negativen Testergebnis wurde mit dem üblichen Schema (letzte Woche, vier Wochen, zwölf Monate, fünf Jahre, davor) der Zeitraum des letztmalig negativen Testergebnisses erhoben. Je länger dieser Zeitraum zurückliegt, desto niedriger ist der Anteil derer, die sich sicher sind, dass sie nicht infiziert sind. 86% der in den vier Wochen vor der Befragung negativ Getesteten sind sich „definitiv“ sicher, dass sie dies noch sind, 75% derer, die sich im verbleibenden Jahreszeitraum haben testen lassen, 63%, die in den fünf Jahren vor der Befragung zuletzt ein negatives Testergebnis hatten, und 61% derer, die ein negatives Ergebnis davor hatten. 4% der in den fünf Jahren vor der Befragung negativ Getesteten geben an, dass sie sich unsicher seien über ihren Serostatus, ebenso 5% der Befragten, deren letztes Ergebnis noch weiter zurückliegt. Ein sehr geringer Prozentsatz der Männer (0,2%), die – wann auch immer – zuletzt negativ getestet wurden, vermuten, dass sie inzwischen infiziert sind.

Die Gruppe der Männer, die vermuten, dass sie wahrscheinlich positiv sind, ist mit 0,3% ebenfalls sehr klein (n= 170), ihre Zusammensetzung ist jedoch

interessant. 27 Männer in dieser Gruppe (16%) geben an, dass sie positiv getestet wurden, 42% wurden zuletzt negativ getestet und weitere 42% haben noch keinen Test machen lassen. Diese Befragten bezweifeln möglicherweise aufgrund von eingegangenen Risikokontakten, dass sie weiterhin nicht infiziert sind. 8% der Befragten stufen sich als „definitiv positiv“ ein, von ihnen geben über 99% ein positives Testergebnis an.

Die Mehrheit der HIV-negativ Getesteten (61%) hat sich zuletzt in den zwölf Monaten vor der Befragung testen lassen. Dies kann als Hinweis interpretiert werden, dass sich ein bedeutsamer Anteil der Befragten öfter testen lässt und es nicht bei einem ein- oder zweimaligen Test belässt. Weitere 30% bekamen ihr letztes negatives Testergebnis in den fünf Jahren vor der Befragung. Bei 9% der Befragten handelt es sich um ein länger zurückliegendes Testergebnis.

Für die positiv Getesteten wurde das Jahr der HIV-Diagnose erhoben. Abbildung 5.2 zeigt, dass es gelungen ist, einen bedeutsamen Anteil von Männern zur Beteiligung an der Umfrage zu motivieren, die ihre HIV-Diagnose vor Mitte der 1990er-Jahre erhielten. 7% aller positiv Getesteten erhielten ihre Diagnose vor 1990, weitere 9% zwischen 1990 und 1994. 71% erhielten ihre Diagnose in den Jahren 2000 bis 2010, 16% aller positiv Getesteten in den eineinhalb Jahren 2009 bis Mitte 2010 (die Befragung war online in den Monaten Juni bis August 2010).

Abb. 5.2: Jahr der HIV-Diagnose (2010: Januar bis August)

Basis: EMIS, HIV-positiv Getestete (n=3,589)

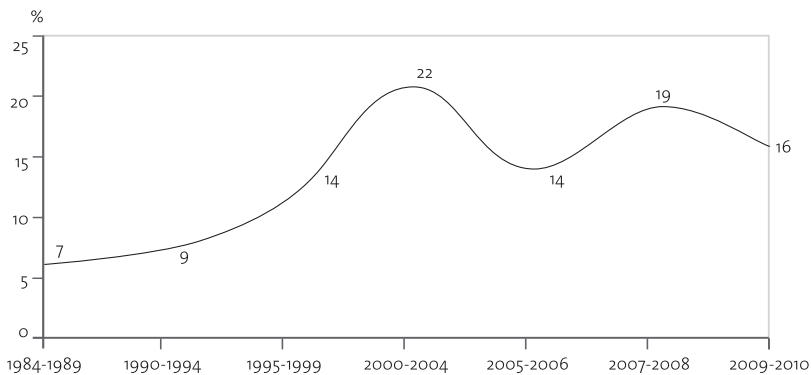
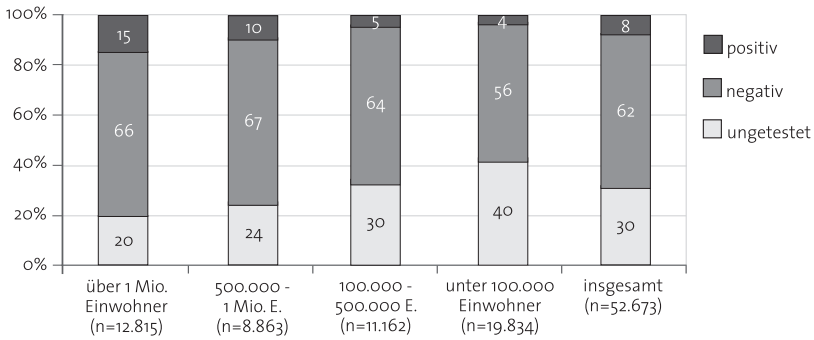


Abb. 5.3: HIV-Testteilnahme und -ergebnisse nach Wohnortgröße

Basis: EMIS

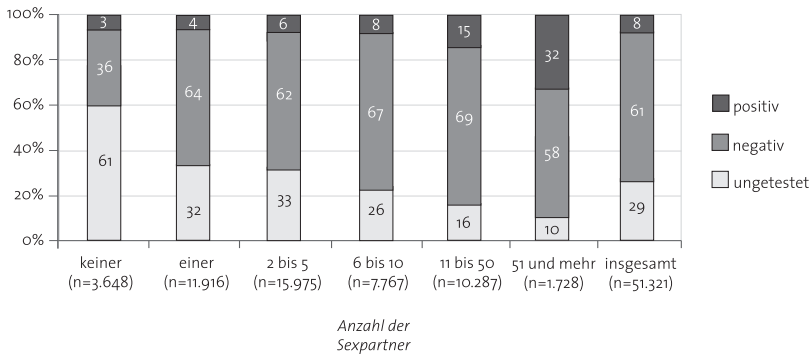


In den Millionenstädten (Berlin, Hamburg, München, Köln) lebende Befragungsteilnehmer weisen sowohl den höchsten Anteil positiv Getesteter sowie den niedrigsten Anteil nicht Getesteter auf (Abbildung 5.3). In Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern ist der Anteil nicht Getesteter doppelt so hoch wie in den Millionenstädten, der Anteil positiv Getesteter beträgt ein Drittel des Anteils in den Millionenstädten. Dies bedeutet nicht zwingend, dass positiv Getestete bereits in den Millionenstädten wohnten, als sie sich infizierten. Ein bedeutender Anteil von MSM mit HIV-Diagnose zieht in Großstädte mit über 500.000 oder einer Million Einwohnern, da sie sich sowohl größere Anonymität wie auch eine bessere medizinische Versorgung (einschließlich besser geschulten medizinischen Personals) in den Großstädten erhoffen.

Ein starker Zusammenhang besteht zwischen der Zahl der Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung und einer Testteilnahme (Abbildung 5.4). Während ein Drittel der Männer mit 1 bis 5 Sexpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung ungetestet sind und fast zwei Drittel negativ getestet (5% sind positiv getestet) sind, sind ein Zehntel der Männer mit mehr als 50 Sexpartnern ungetestet, ein Drittel positiv und 58% negativ getestet. In gewisser Weise spiegelt die Testteilnahme demnach eine gewisse Wahrnehmung eingegangener Risiken wider. Eingegangene Infektionsrisiken führen bei negativ getesteten und ungetesteten Befragten nicht zwangsläufig zu einer (erneuten) Inanspruchnahme des HIV-Tests. 18% der MSM, die in den 12 Monaten vor der Befragung ein negatives Testergebnis erhielten, gingen Risikokontakte ein, hingegen 27% derer, die sich nicht testen ließen (und auch kein positives Testergebnis erhielten).

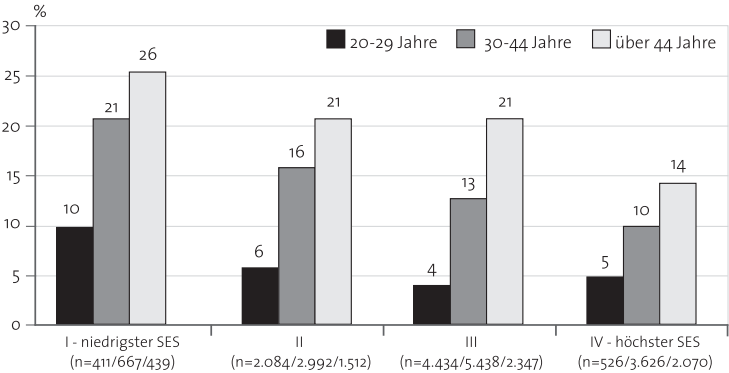
Abb. 5.4: HIV-Serostatus nach Anzahl der Sexpartner

Basis: EMIS



Wie 2007 (und anders als in früheren Erhebungen) ist ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Testverhalten festzustellen. Das Einkommen wurde im deutschen Anhang des EMIS-Fragebogens erhoben, den drei Viertel der positiv Getesteten ausfüllten. Befragte mit niedrigem Einkommen und niedrigem Bildungsniveau (Gruppe 1: monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €) haben höhere Anteile an nicht Getesteten und positiv Getesteten als Befragte mit hohem Einkommen (Gruppe 4: monatliches Nettoeinkommen mehr als 3.000 € und/oder Hochschulabschluss; Abbildung 5.5). Dieser schichtenspezifische Unterschied zeigt sich in allen drei gebildeten Altersgruppen. Bemerkenswert ist, dass in allen vier sozioökonomischen Teilgruppen eine Zunahme des Anteils der positiv Getesteten mit zunehmendem Alter beobachtet werden kann. Das Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit der eingehenderen Berücksichtigung der Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit, eine Aufgabe, die weit über die Möglichkeiten der HIV-Prävention hinausgeht, wie schon in Abschnitt IV.5 zu den schichtenspezifischen Unterschieden in der Häufigkeit des Eingehens von Risikokontakten hervorgehoben wurde. Werden nur die Schul- und Hochschulabschlüsse, die für alle Befragte vorliegen, herangezogen, wird das Bild bestätigt. Befragte mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) sind zu einem höheren Anteil nicht getestet und positiv getestet, Befragte mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss sind zu geringeren Anteilen nicht getestet und positiv getestet.

Abb. 5.5: Anteil HIV-Positiver an den Getesteten nach sozioökonomischem Status (SES-Kategorie I bis IV) in unterschiedlichen Altersgruppen
 Basis: SMA (n=26.546)



Der Beziehungsstatus bzw. der Lebensstil hat deutliche Auswirkungen auf das Testverhalten und den Serostatus der Befragten. Abbildung 5.6 zeigt, dass der Anteil der Ungetesteten unter den Befragten, die mit einer Frau zusammenleben, mit 41% im Vergleich zu den anderen Gruppen sehr hoch ist, der Anteil der positiv Getesteten unter ihnen ist mit 2,5% am niedrigsten. Ein Drittel (36%) der MSM, die nicht in einer Beziehung zum Zeitpunkt der Befragung leben, hat noch keinen HIV-Test machen lassen. Am niedrigsten ist der Anteil der Ungetesteten bei schwulen Männern in Beziehungen, relativ unabhängig davon, ob diese eher monogam oder offen gelebt wird. Am höchsten ist der Anteil der positiv Getesteten mit 13% in der Gruppe der Männer, die in einer offenen Beziehung leben. Abbildung 5.7 veranschaulicht die altersabhängigen Unterschiede, die sich in den vier Gruppen zeigen.

Abb. 5.6: HIV-Testergebnis und Beziehungsstatus

Basis: EMIS

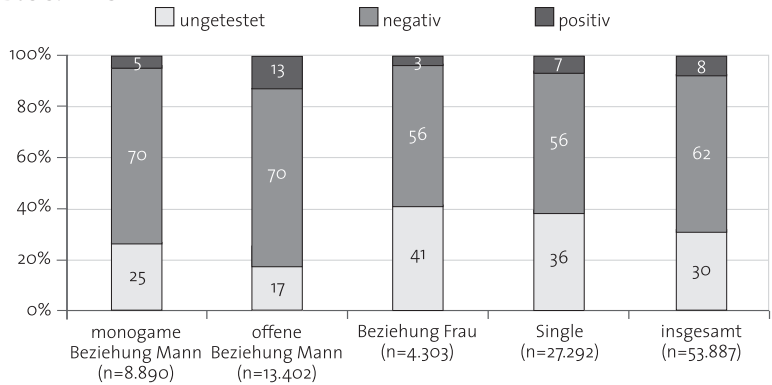
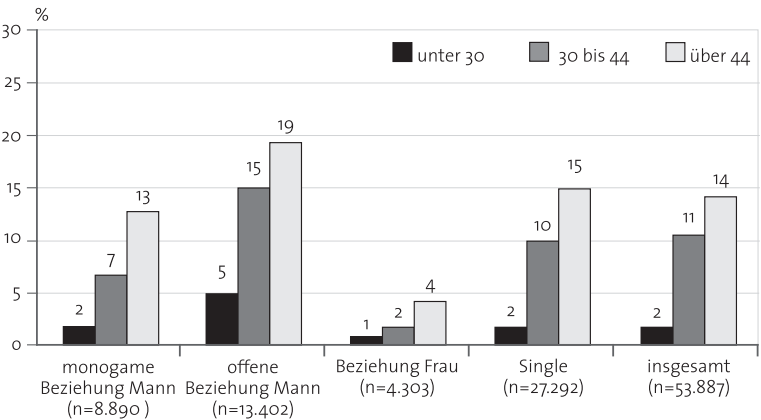


Abb. 5.7: Anteil HIV-Positiver in Altersgruppen nach Beziehungsstatus

Basis: EMIS



Zeitreihe: HIV-Testteilnahme

Die Zeitreihe zur HIV-Testteilnahme (Abb. 5.8a) zeigt zwischen 1991 und 1999 eine starke Abnahme der nicht getesteten Befragungsteilnehmer; dies ist teilweise auf die Vergrößerung des Anteils der über 30-Jährigen in den Stichproben zurückzuführen, teilweise auf die Zunahme des Gewichts der Millionenstädte. 2010 beträgt der Anteil der nicht Getesteten für die Gesamtstichprobe 30%, 2007 waren es 36%; dies sind die beiden

Befragungen mit der größten Reichweite. In den „adjustierten“ Stichproben der über 24-Jährigen in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern ist ein zunächst stärkerer, später schwächerer Rückgang des Anteils der nicht Getesteten zu verzeichnen, ein Indiz dafür, dass von MSM in den „großen“ Großstädten die Nützlichkeit des HIV-Tests gesehen wird.

Abb. 5.8a: Testergebnisse im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

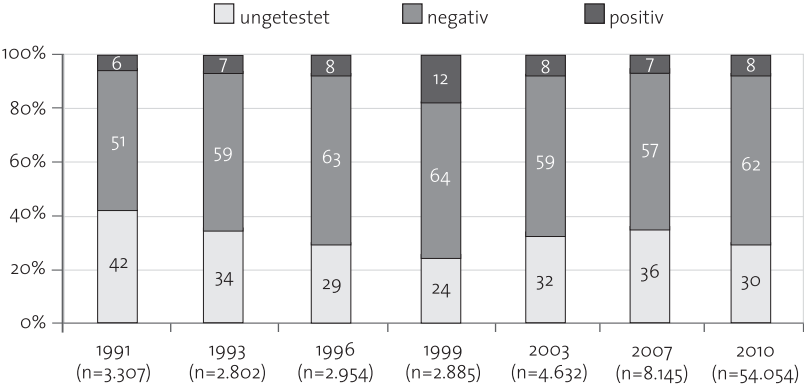
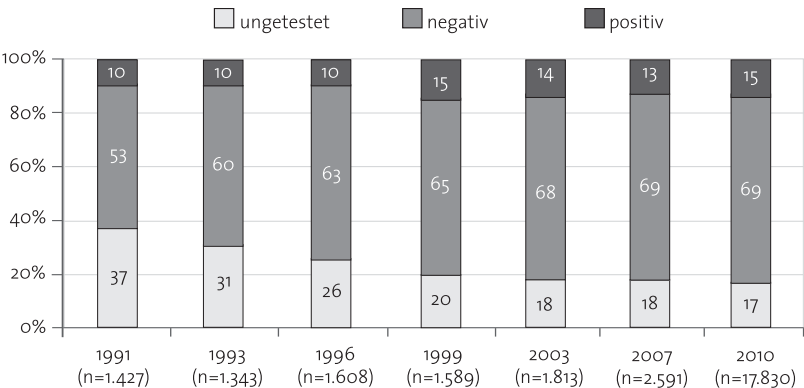


Abb. 5.8b: Testergebnisse im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



2. Testorte und Testberatung

Anders als in früheren Erhebungen wurde relativ detailliert der Ort, an dem der letzte Test mit negativem oder mit positivem Ergebnis erfolgte, erhoben. Es dominieren in ihrer Bedeutung für beide Befragtengruppen der Hausarzt/Allgemeinmediziner oder ein anderer niedergelassener Arzt. 48 % der Befragten mit zuletzt negativem Testergebnis und 58 % derer mit positivem Testergebnis erhielten ihre Diagnose in diesen Arztpraxen. Beim ambulanten Besuch eines Krankenhauses ließen 4 % der zuletzt negativ und 6 % der positiv Getesteten, beim stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus 6 % der negativ und 13 % der positiv Getesteten den HIV-Test durchführen. Andere Einrichtungen für HIV-Tests (z. B. Gesundheitsämter und Aidshilfen) werden von 29 % der zuletzt negativ Getesteten und 17 % der positiv Getesteten als Testorte genannt. Blutspenden als Weg zum Test werden von 8 % der negativ Getesteten und 3 % der positiv Getesteten angegeben. Andere Zugänge zum Test – wie z. B. der in Deutschland nicht zugelassene, aber über das Internet verfügbare Heimtest – spielen eine geringe Rolle (siehe Tabelle 5.1).

157

Tabelle 5.1: Testorte
Basis: EMIS, HIV-negativ und HIV-positiv Getestete

	Negativ Getestete		Positiv Getestete	
	n	%	n	%
Allgemein-/Hausarzt	16.163	48,4	2.514	58,0
Krankenhaus ambulant	1.271	3,8	248	5,7
Krankenhaus stationär	2.010	6,0	582	13,4
HIV-Test-Einrichtung (Gesundheitsamt, Aidshilfe etc.)	9.495	28,5	746	17,2
Blutspende	2.765	8,3	121	2,8
Heimtest	411	1,2	21	0,5
Andernorts	1.253	3,8	99	2,3
Gesamt	33.368	100,0	4.331	100,0

Erstmalig wurde im Rahmen der deutschen Follow-Up-Erhebungen auch 2010 detaillierter nach den Möglichkeiten zur Kommunikation über den Hintergrund des HIV-Tests am Testort gefragt. Die Fragen zielten darauf ab, ob es möglich war, über die eigene Sexualität zu reden, ob dies tatsächlich erfolgte und ob thematisiert werden konnte, dass Sexkontakte mit männlichen Partnern vorkamen. Zusätzlich wurde nach der Zufriedenheit mit der gewährten Vertraulichkeit und nach dem Respekt, der dem Patienten bzw. Klienten entgegengebracht wurde, gefragt. Schließlich wurde erhoben, ob eine Testberatung erfolgte und ob der Klient bzw. Patient mit dieser zufrieden war. Tabelle 5.2 zeigt für die zuletzt negativ Getesteten, dass am ehesten über die eigene Sexualität geredet werden konnte, wenn die Testorte Gesundheitsämter oder Aidshilfen waren. 77% der dort Getesteten, konnten über ihre Sexualität in diesem Test-Setting reden, nur etwas mehr als die Hälfte (56%) gibt dies an für den Testort Arztpraxis; noch geringer war die Kommunikation darüber in den aufgesuchten Krankenhäusern, es bestehen kaum Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Krankenhausaufenthalten. Eine Kommunikation über die vorangegangenen sexuellen Aktivitäten ist am geringsten ausgeprägt beim Blutspenden. Tabelle 5.2 zeigt auch, dass am Testort keineswegs immer über die eigene Sexualität gesprochen wurde, auch wenn die Gelegenheit zur Kommunikation über die dem Test vorhergehenden sexuellen Kontakte möglich war. Sie erfolgte bei 59% derer, die zum Test ein Gesundheitsamt oder eine Aidshilfe aufsuchten, bei 40% der Patienten eines Hausarztes/Allgemeinmediziners und bei weniger als einem Drittel der Patienten eines Krankenhauses. Tabelle 5.2 dokumentiert, dass zumeist auch die gleichgeschlechtliche Sexualität thematisiert wurde, wenn über die eigene Sexualität geredet wurde.

Tabelle 5.2: Thematisierung der eigenen Sexualität am Testort (in %)
Basis: EMIS, HIV-negativ getestete Befragte

	Allgemein-/ Hausarzt (n=14.580)	Krankenhaus ambulant (n=1.148)	Krankenhaus stationär (n=1.815)	Gesundheitsamt/ Aidshilfe (n=8.422)	Blutspende (n=2.497)	Anderswo (n=1.139)	insgesamt (n=29.601)
Gelegenheit gehabt, über Sex zu sprechen	56,4	40,2	34,9	76,5	12,2	29,3	55,4
Tatsächlich über Sex gesprochen	39,8	30,3	27,9	58,7	6,9	20,6	40,5
über Sex mit Männern gesprochen	38,4	27,5	27	57,4	5,8	19,7	39,1

Tabelle 5.3: Testort und Zufriedenheit der Klienten/Patienten (in %)
Basis: EMIS, HIV-negativ getestete Befragte

	Allgemein- / Hausarzt (n=16.163)	Krankenhaus ambulant (n=1.271)	Krankenhaus stationär (n=2.010)	Gesundheitsamt/ Aidshilfe (n=9.494)	Blutspende (n=2.765)	Anderswo (n=1.252)	insgesamt (n=32.955)
(sehr) zufrieden mit gewährter Vertraulichkeit	95,4	92,2	88,1	96,7	93,9	89,8	94,9
(sehr) zufrieden mit entgegengebrachtem Respekt	95,5	91,7	87,2	95,3	90,7	92	94,4
Beratung erhalten	64,1	59,6	55,3	87,7	56,4	55,4	69,2
(sehr) zufrieden mit Beratung	90,2	83,8	75,9	94,1	83,3	83,8	90,4

Unabhängig davon, ob eine Kommunikation über die Sexualität des Klienten am Testort erfolgte, ist die Zufriedenheit mit der gewährten Vertraulichkeit sehr hoch; über neun Zehntel der Befragten gehen davon aus, dass diese gewahrt wird (Tabelle 5.3). Ähnliche Werte ergeben sich bei den Antworten, ob den Klienten ein hinreichender Respekt entgegengebracht wurde.

31% der zuletzt negativ Getesteten erfuhr keine Beratung im Zusammenhang mit der Durchführung des Tests. Es sind über 40 % derer, die ambulant oder stationär im Krankenhaus oder im Rahmen einer Blutspende getestet wurden und 36 % derer, die sich in einer Arztpraxis testen ließen. Testorte wie Gesundheitsämter und Aidshilfen weisen mit 12 % den geringsten Anteil an zuletzt negativ Getesteten ohne Beratung auf. Diese Ergebnisse werfen kein gutes Licht auf die Beratungspraxis im Zusammenhang mit der Durchführung von HIV-Tests. Jeder durchgeführte HIV-Test, auch solche mit negativem Ergebnis, sollte von einer Beratung begleitet sein, besonders die Beratungsdefizite in Krankenhäusern und Arztpraxen sollten behoben werden.

Tabelle 5.4: Thematisierung der eigenen Sexualität am Testort (in %)
Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte

	Allgemein- / Hausarzt (n=2.039)	Krankenhaus ambulant (n=200)	Krankenhaus stationär (n=435)	Gesundheitsamt/ Aidshilfe (n=602)	Blutspende (n=84)	Anderswo (n=75)	insgesamt (n=3.435)
Gelegenheit gehabt, über Sex zu sprechen	75	68,5	60,2	80,4	54,8	52	72,7
Tatsächlich über Sex gesprochen	58,8	56,6	48	65,3	47,6	45,9	57,9
über Sex mit Männern gesprochen	58,2	56,2	47,4	64,8	45,1	45,9	57,2

Positiv Getestete hatten in größerem Umfang die Möglichkeit, über ihre Sexualität zu reden. 75 % derer, die in einer Arztpraxis ihr positives Testergebnis erhielten, bejahen dies, es sind 69 %, die ihr Ergebnis bei einem ambulanten Besuch eines Krankenhauses und 60 % bei einem stationären Aufenthalt bekamen. Dies bedeutet jedoch auch, dass ein Viertel bis über ein Drittel der MSM mit positiven Testergebnis diese Gelegenheit nicht hatte; dies weist ebenfalls auf Defizite in der ärztlichen Betreuung und Beratung hin. Am besten schneiden hier wieder Gesundheitsämter und Aidshilfen ab, 20 % der positiv Getesteten sahen in diesem Setting keine Möglichkeit über ihre Sexualität zu reden (Tabelle 5.4). 58 % der positiv Getesteten haben tatsächlich über ihre Sexualität kommuniziert, die große Mehrheit dieser Männer thematisierte auch ihre Sexkontakte mit Männern. Die Zufriedenheit mit der vertraulichen Behandlung des Testergebnisses ist hoch bei Patienten von Arztpraxen und bei Klienten von Gesundheitsämtern und Aidshilfen. Sie ist geringer ausgeprägt bei Patienten von Krankenhäusern (ambulant oder stationär) (Tabelle 5.5). Auch was den Respekt angeht, der ihnen als Patienten/Klienten entgegengebracht wurde, sind positiv Getestete im höheren Umfang zufrieden mit Ärzten in Hausarztpraxen und mit den Mitarbeitern

von Gesundheitsämtern und Aidshilfen als Patienten in Krankenhäusern. Positiv Getestete werden zu ihrem positivem Testergebnis zu einem deutlich höheren Anteil beraten als negativ Getestete. Dass insgesamt 11% der positiv Getesteten angeben, nicht beraten worden zu sein, muss dennoch als schwerwiegender Kunstfehler in der ärztlichen Betreuung (keine Beratung 10%) oder von Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen (keine Beratung 8%) festgehalten werden. Krankenhäuser weisen den höchsten Anteil an Patienten ohne Beratung auf (14%).

Tabelle 5.5: Testort und Zufriedenheit der Klienten/Patienten (in %)
Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte

	Allgemein- / Hausarzt (n=2.514)	Krankenhaus ambulant (n=248)	Krankenhaus stationär (n=582)	Gesundheitsamt/ Aidshilfe (n=746)	Blutspende (n=121)	Anderswo (n=99)	insgesamt (n=4.310)
(sehr) zufrieden mit gewahrter Vertraulichkeit	89,9	82,8	77,7	92,4	84,3	74,5	87,8
(sehr) zufrieden mit entgegengebrachtem Respekt	89,5	85,4	79,9	91,1	87,5	84,4	88,1
Beratung erhalten	89,6	86,3	85,9	91,6	90,9	80,8	89,1
(sehr) zufrieden mit Beratung	85,3	80	78,8	88,7	77,8	79,2	84,4

Da die Inanspruchnahme eines HIV-Tests voraussetzt, dass die Betroffenen wissen, wo und wie sie einen Test durchführen lassen können, wurden die MSM, die noch nie an einem HIV-Test teilgenommen haben, gefragt, ob Sie sicher sind, dass sie einen Test bekommen, wenn sie sich testen lassen wollen. Wie schon erwähnt, haben 30% der Befragten noch keinen HIV-Test machen lassen. Vier Fünftel (81%) aus dieser Gruppe von Befragten teilen mit, dass sie sich sehr oder ziemlich sicher seien, dass sie den Zugang zu einem HIV-Test

bekommen würden. *Diese Zuversicht ist stärker bei Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss (84 %) ausgeprägt als bei jenen mit Hauptschulabschluss (75 %), sie ist größer bei über 29-Jährigen (85 %) als bei unter 20-Jährigen (72 %).* Eine Nähe zur Schwulenszene (86 %) begünstigt ebenfalls eine solche Zuversicht (MSM mit schwächerem Szenebezug: 79 %) wie auch die Größe des Wohnorts: Einwohner von Millionenstädten (86 %) sind sich zu einem höheren Anteil sicher, im Bedarfsfall einen HIV-Test machen zu lassen als Einwohner von Orten, mit weniger als 100.000 Einwohnern (78 %). Die dargestellten Werte zeigen allerdings, dass die bestehenden Unterschiede nicht besonders groß ausfallen.

Unter den Befragten, deren letztes Testergebnis negativ ausfiel, ist die Sicherheit, wieder Zugang zu einem Test zu erhalten, noch höher. Nur 4 % sind sich sehr oder ziemlich unsicher, einen HIV-Test erhalten zu können. Es lassen sich ähnliche alters-, bildungs- und lebensstilbezogene Unterschiede beobachten, wie die soeben erwähnten.

13 % der negativ- bzw. ungetesteten Befragten gehen davon aus, dass sie keinen Zugang zu einem kostenlosen HIV-Test in dem Ort haben werden, in dem sie wohnen. Auch hier zeigen sich soziodemographisch bedingte Unterschiede. Befragte mit Hauptschulabschluss (19 %) und unter 20-Jährige (17 %) gehen zu einem höheren Anteil davon aus, dass sie keinen kostenlosen Zugang zu einem HIV-Test finden werden, als ältere Befragte und solche mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss. Die Größe des Wohnorts hat hier einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Wahrnehmung. Ungefähr ein Zehntel der Befragten, die in Großstädten mit über 100.000 Einwohnern leben, sieht Probleme, einen Zugang zu einem kostenlosen Test zu finden, dagegen 21 % der Befragten, die in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern leben.

Die große Mehrheit der Befragten (85 %), die meint, dass sie für einen HIV-Test zahlen muss, geht davon aus, dass sie sich einen solchen leisten kann. Die Einschätzung der eigenen Zahlungsfähigkeit hängt stark vom Bildungsniveau ab. Ein Drittel (36 %) der Befragten mit Hauptschulabschluss vermutet, sich einen solchen Test nicht leisten zu können, ein Zehntel derer mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss. 44 % der Männer mit geringem Einkommen (Gruppe 1), vermuten, dass ein HIV-Test für sie nicht erschwinglich ist, dagegen 2 % derer mit hohem Einkommen (Gruppe 4). Der Zusammenhang zwischen Bildung/Einkommen und der Einschätzung, sich einen Test leisten zu können, zeigt sich auch, wenn Altersgruppen berücksichtigt werden. 27 %

der unter 20-Jährigen (zumeist ohne eigenes oder noch mit niedrigem Einkommen) glauben, sich keinen Test leisten zu können, es sind noch 19 % der 20- bis 29-jährigen und 12 % der 30- bis 44-Jährigen.

Auch wenn es sich um eine Minderheit der Befragten handelt, die davon ausgeht, keinen Zugang zu einem kostenlosen HIV-Test zu finden, und die Untergruppe der Befragten noch kleiner ist, die meint, sich ihn nicht leisten zu können, muss vor diesem Hintergrund festgehalten werden, dass in Deutschland der Zugang zu einem kostenlosen HIV-Test nicht durchgängig gesichert ist. Viele Gesundheitsämter und Aidshilfen bieten einen kostenpflichtigen Test an, die verlangten Beiträge bewegen sich zwischen 10 und 25 Euro. Im Rahmen zukünftiger HIV-Prävention sollten demzufolge die Informationen über den Zugang zu kostenlosen HIV-Tests noch besser verbreitet werden. In den Kontexten, in denen ein Kostenbeitrag verlangt wird, sollten die Möglichkeiten zu einem Dispens von einem Kostenbeitrag erweitert werden.

VI. LEBENSITUATION VON HIV-POSITIVEN BEFRAGTEN, SEROSTATUS UND RISIKO-KONTAKTE

VI. Lebenssituation von HIV-positiven Befragten, Serostatus und Risikokontakte

165

1. Zu den Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion der Befragten

Während in früheren SMA-Befragungen lediglich erhoben wurde, ob und mit wem die Betroffenen ihr positives Testergebnis besprochen haben, wurde 2010 auch nach Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion und nach eigenen Reaktionen gefragt. Die Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 6.1 dargestellt. Da sich bedeutsamere Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau zeigten, werden die Reaktionen differenziert nach dem Schulabschluss der Befragungsteilnehmer dargestellt. Die Häufigkeit bestimmter Reaktionen wurde anhand der Kategorien „noch nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „sehr oft“ erfasst. Für die tabellarische Darstellung wurden die Kategorien „oft“ und „sehr oft“ zusammengefasst, die Kategorien „noch nie“ und „selten“ werden hier nicht dargestellt.

Tab. 6.1: Reaktionen auf und Umgang mit der eigenen HIV-Infektion nach Bildungsniveau (in %)
Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte

		Haupt- schule	mittlere Reife	Abitur o. höher	insge- samt
Ich habe es vermieden, anderen von meiner HIV-Infektion zu erzählen (n=4.215)	(sehr) oft	47,6	55,6	61,1	57,6
	manch- mal	24,6	23,5	22,9	23,3
Ich wurde von anderen schlechter behandelt, als sie von meiner HIV-Infektion erfuhren (n=3.941)	(sehr) oft	24,8	15,4	10,4	13,9
	manch- mal	20,2	19,9	19,0	19,5
Freunde, die von meiner HIV-Infektion erfuhren, waren verständnisvoll und haben mich unterstützt (n=3.915)	(sehr) oft	66,0	81,3	85,8	81,8
	manch- mal	17,6	9,0	7,3	9,2
Ich wurde von Bekannten, die wussten, dass ich HIV habe, sozial gemieden (n=3.714)	(sehr) oft	15,5	8,1	5,4	7,6
	manch- mal	17,2	13,8	12,1	13,3
Ich wurde von Personen, die wussten, dass ich HIV habe, sexuell gemieden (n=3.707)	(sehr) oft	29,4	23,4	17,8	21,2
	manch- mal	22,6	24,5	26,4	25,2
Ich habe Situationen erlebt, in denen beleidigende Dinge über Menschen mit HIV geäußert wurden (n=4.141)	(sehr) oft	38,4	32,7	25,3	29,4
	manch- mal	26,8	28,6	32,1	30,3
Mir wurde geraten, meine Erwartungen an mein Leben herunterzuschrauben, weil ich HIV habe (n=4.131)	(sehr) oft	14,2	8,5	9,5	9,8
	manch- mal	17,5	17,4	13,7	15,4
Ich wurde von anderen unfair behandelt, weil ich HIV habe (n=3.958)	(sehr) oft	15,4	7,6	5,5	7,5
	manch- mal	18,2	15,4	12,1	14,0

Ich habe in den Medien Dinge über Menschen mit HIV gelesen oder gehört, die ich verletzend oder beleidigend fand (n=4.178)	(sehr oft)	30,0	25,4	24,6	25,5
	manchmal	31,9	38,2	37,0	36,8
Ich fürchte, dass andere mich wegen meiner HIV-Infektion schlechter behandeln (n=4.096)	(sehr oft)	28,0	25,9	27,5	27,1
	manchmal	27,2	25,1	28,4	27,1
Mir wurde medizinische Hilfe verweigert, weil ich HIV habe (n=4.113)	(sehr oft)	6,6	2,6	2,4	3,0
	manchmal	8,6	8,2	6,2	7,2

Es zeigt sich, dass fast zwei Drittel der HIV-Positiven es häufiger vermieden haben, ihre HIV-Infektion zu erwähnen. Bemerkenswert ist, dass MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss dies häufiger tun (61 %) als MSM mit Hauptschulabschluss (48 %). Deutlich wird andererseits, dass MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss zu einem höheren Anteil (86 %) auf Unterstützung im Freundeskreis zurückgreifen konnten als Hauptschulabsolventen (66 %). Insgesamt zeigt sich, dass soziale Ausschlussprozesse von MSM mit Hauptschulabschluss im höheren Umfang wahrgenommen wurden als von Befragten mit einem höheren Bildungsniveau. Negative Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion im Sinne einer schlechteren Behandlung werden zu einem mehr als doppelt so hohen Anteil von Hauptschulabsolventen berichtet als von Befragten mit Abitur oder (Fach-) Hochschulabschluss. Berücksichtigt werden sollte jedoch, dass das kulturelle Kapital, das den Befragten mit höherem Bildungsniveau zur Verfügung steht, ihnen möglicherweise auch differenziertere Strategien der Informationskontrolle an die Hand gibt, um antizipierte negative Reaktionen des Umfeldes abzuf puffern. Aufschlussreich ist, dass relativ unabhängig vom Bildungsniveau 27 % der HIV-Positiven mitteilen, dass sie häufig fürchten, wegen ihrer HIV-Infektion „schlechter behandelt“ zu werden; ebenfalls unabhängig vom Bildungsniveau teilen 27 % mit, dass sie dies zumindest manchmal befürchten.

2. Zur Verlaufskontrolle der HIV-Infektion

In den früheren SMA-Befragungen in Deutschland konnten HIV-positive MSM angeben, ob sie zum Zeitpunkt der Befragung eine antiretrovirale Therapie erhalten würden. Allerdings wurde nicht nach der ärztlichen Verlaufskontrolle der HIV-Infektion gefragt. Dies erfolgte in der EMIS-Erhebung 2010. Zwei Drittel (64 %) der MSM mit einer HIV-Infektion geben an, dass sie ihren Arzt im Monat vor der Befragung zur Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion aufgesucht haben, ein Drittel (32,2 %) in den letzten sechs Monaten vor der Befragung. 2,4 % (103 Personen) der Infizierten geben einen längeren Zeitraum für den letzten Arztbesuch an. 1,4 % der HIV-Positiven (59 Personen) teilen mit, dass sie noch keinen Arztbesuch zur Verlaufskontrolle ihrer Infektion unternahmen. Dieses Verhältnis von zwei Drittel der HIV-Positiven mit kurz zurückliegendem Arztbesuch und einem Drittel mit einem Arztbesuch in den letzten sechs Monaten zeigt sich unabhängig von Bildungsniveau, sozioökonomischem Status und Partnerzahl. Auch beim Alter gibt es bei den über 29-Jährigen nur geringfügige Unterschiede. Erwähnt werden sollte, dass bei den unter 30-Jährigen 5 % der MSM noch keinen Arztbesuch zur Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion unternommen haben. Festgehalten werden muss ein Unterschied bei den Arztbesuchen zur Verlaufskontrolle, der bedingt ist durch die Größe des Wohnorts. HIV-Positive, die in Orten mit unter 100.000 Einwohnern leben, geben zu einem leicht geringeren Anteil (56 %) an, dass sie in den letzten vier Wochen wegen ihrer HIV-Infektion bei einem Arzt waren; zu einem leicht höheren Anteil (39 %) geben sie an, dass dies in den letzten sechs Monaten der Fall war. Hier wirkt sich vermutlich die größere Distanz der besuchten (nächst gelegenen) Arztpraxis zum Wohnort der Befragten aus, da in der Regel in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern kompetente HIV-Ärzte seltener anzutreffen sind als (vor allem) in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern.

78 % der HIV-Positiven haben sich jemals einer antiretroviralen Behandlung unterzogen. Diese Anteile variieren kaum, wenn unterschiedliche soziodemografische Merkmale berücksichtigt werden. Eine Ausnahme zeigt sich, die Differenzen nach Altersgruppen sind groß: 51 % der unter 30-Jährigen, 24 % der 30- bis 44-Jährigen und 11 % der über 44-Jährigen waren noch nicht in einer antiretroviralen Behandlung. Diese Unterschiede sind zum großen Teil bedingt durch die unterschiedliche Dauer der HIV-Infektion der MSM in den drei Altersgruppen. Bei 74 % der unter 30-Jährigen befindet sich das Diagnosejahr ihrer

HIV-Infektionen im Zeitraum von 2007 bis 2010, bei den 30- bis 44-Jährigen sind dies 36 %, bei den über 44-Jährigen 18 %. Allerdings bleibt ein Unterschied hinsichtlich der Altersgruppen bestehen. Es zeigt sich, dass 30-bis-44-Jährige (56 %) und über 44-Jährige (66 %), die ihr positives Testergebnis seit 2007 erhielten, sich zu einem höheren Anteil in einer antiretroviralen Therapie (ART) befinden (oder zeitweilig befanden) als unter 30-Jährige (42 %).

Unter den HIV-Positiven (22 %), die noch nicht in einer ART waren, geben 79 % an, dass ihr Arzt noch keine Behandlung als notwendig erachtete. 7 % der Positiven (70 Personen) ohne ART möchten Nebenwirkungen vermeiden; 8 % (76 Personen) finden eine ART nicht notwendig und 5 % (51 Personen) möchten durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten nicht jeden Tag an ihre Infektion erinnert werden. Auf Grund der geringen Zahl der Befragten, die diese Antwortkategorien wählten, wird hier auf eine weitere Analyse verzichtet.

Im Zusammenhang mit den Fragen zur Verlaufskontrolle der HIV-Infektion wurde auch erhoben, ob die Befragten über das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei ihrer letzten Kontrolluntersuchung informiert wurden. Gefragt wurde nicht nach einzelnen Werten, sondern lediglich danach, ob die Viruslast unter der Nachweisgrenze war („nicht nachweisbar“) oder ob sie nachweisbar war. Bei der Auswertung zur Nachweisbarkeit oder Nicht-Nachweisbarkeit der Viruslast wurden nur die Antworten der Befragten berücksichtigt, die über einen Arztbesuch innerhalb der letzten sechs Monate berichten. Dies sind 98 % derer, die Arztbesuche zur Verlaufskontrolle ihrer Infektion angeben.

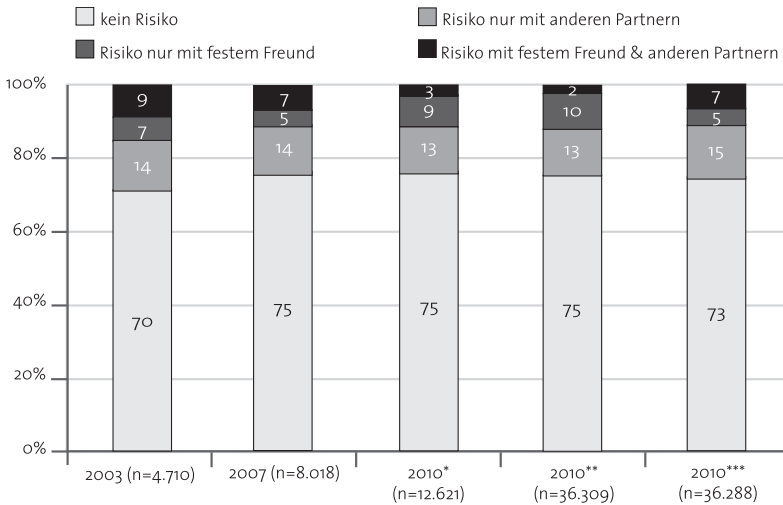
Zwei Drittel (65 %) der HIV-Positiven mit aktuellen Werten teilen mit, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liege. 30 % geben an, dass ihre Viruslast nachweisbar ist. 2,6 % teilen mit, dass ihnen das Ergebnis der Viruslastbestimmung mitgeteilt wurde, sie sich aber nicht erinnern können, 1 % erinnert sich überhaupt nicht, und ein weiteres Prozent teilt mit, dass die Viruslast bestimmt, das Ergebnis ihnen aber nicht mitgeteilt wurde.

3. Zum Eingehen von Risikokontakten in Abhängigkeit vom Serostatus

In Kapitel IV wurde hervorgehoben, dass im Vergleich zur SMA-Befragung von 2007 der Anteil der MSM, die 2010 Risikokontakte angeben, sich kaum verändert hat. Die Grafik, die dies veranschaulicht, sei in diesem Zusammenhang noch einmal gezeigt (Abbildung 6.1).

Abb. 6.1: Risikokontakte mit festen und anderen Partnern in den 12 Monaten vor der Befragung nach Erhebungsjahr

Basis: SMA (2003, 2007); EMIS und SMA (2010)



* Befragte, die den Zusatzfragebogen nicht ausgefüllt haben (EMIS-Variablen)

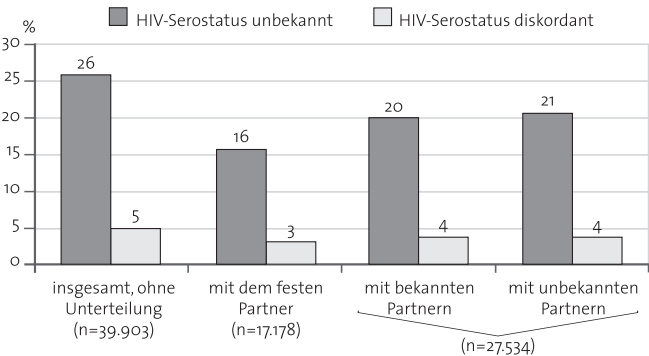
** Befragte, die den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (EMIS-Variablen)

*** Befragte, die den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (Variablen deutsche Erhebungsreihe)

Werden die Variablen der SMA-Erhebungsreihe berücksichtigt, so beträgt der Anteil der MSM, die 2007 keinen ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder anderem Serostatus angeben 75%, dieser Anteil beträgt 2010 73%. Die Variablen der deutschen Erhebungsreihe ermöglichen den Vergleich der eingegangenen Risikokontakte nicht nur nach festem Partner und anderen Sexpartnern, sie ermöglichen auch die Unterscheidung zwischen vorher schon bekannten anderen Sexpartnern und Sexpartnern, mit denen Sex in anonymer Weise erfolgte (unbekannte Sexpartner). Abbildung 6.2 differenziert zunächst ganz allgemein nach Anteilen ungeschützter analgenitaler Kontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus und mit diskordantem Serostatus in den zwölf Monaten vor der Befragung von 2010. Zusätzlich werden Risikokontakte, unterschieden nach Art des Sexpartners, gezeigt. Werden diese Anteile verglichen mit den Erhebungsergebnissen von 2007, so zeigen sich zwischen 2007 und 2010 kaum Unterschiede, was die jeweiligen ungeschützten analgenitalen Kontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus anbelangt, unabhängig davon, ob es sich um den festen Freund, andere

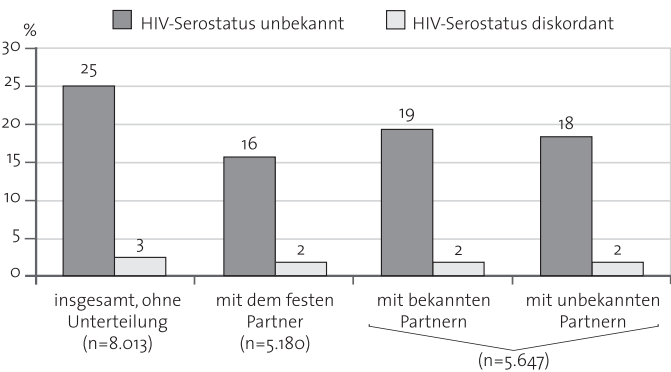
schon bekannte Sexpartner oder anonyme Sexpartner handelt (Abbildung 6.3). Werden die ungeschützten analgenitalen Kontakte mit Sexpartnern mit einem anderen Serostatus berücksichtigt, so zeigt sich bei den Sexkontakten mit bekannten und anonymen Partnern eine Verdoppelung des Anteils der Risikokontakte, wenn die Ergebnisse von 2007 und 2010 verglichen werden. Der Anteil derer, die ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit anderem Serostatus hatten, steigt in beiden Kategorien von 2 % 2007 auf 4 % 2010. Innerhalb fester Partnerschaften steigt dieser Anteil von 2 auf 3 %.

Abb. 6.2: Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr
 Basis: SMA 2010, Befragte mit festem Partner bzw. mit anderen Sexpartnern, jeweils bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung



171

Abb. 6.3: Anteil der Befragten mit ungeschütztem Analverkehr
 Basis: SMA 2007, Befragte mit festem Partner bzw. mit anderen Sexpartnern, jeweils bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung



Abbildungen 6.4 bis 6.6 veranschaulichen die Differenzen, die sich zeigen, wenn das Ausmaß des Risikoverhaltens getrennt nach Serostatus der Befragungsteilnehmer von 2010 dargestellt wird (unter Berücksichtigung der Angaben im Zusatzfragebogen). Das Risikoverhalten von ungetesteten Befragten unterscheidet sich im bedeutsamen Ausmaß in einem Punkt von den negativ getesteten. 26 % der ungetesteten Befragten gehen ungeschützte analgenitale Kontakte mit ihrem festen Partner ein, dessen Serostatus ihnen nicht bekannt ist, dies sind 13 % bei den negativ Getesteten. Das Risikoverhalten HIV-positiver MSM unterscheidet sich von den beiden anderen Gruppen im starken Maße. Fast die Hälfte (45 %) ging ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem Serostatus ein, 28 % geben ungeschützten Analverkehr an mit Partnern, denen sie ein negatives Testergebnis unterstellen. 45 % der HIV-positiven Befragten geben ungeschützten Analverkehr mit anonymen Partnern an, dies ist ein doppelt so hoher Anteil im Vergleich zu den ungetesteten und negativ getesteten MSM.

Abb. 6.4: Anteil der ungetesteten Befragten mit ungeschütztem Analverkehr

Basis: SMA

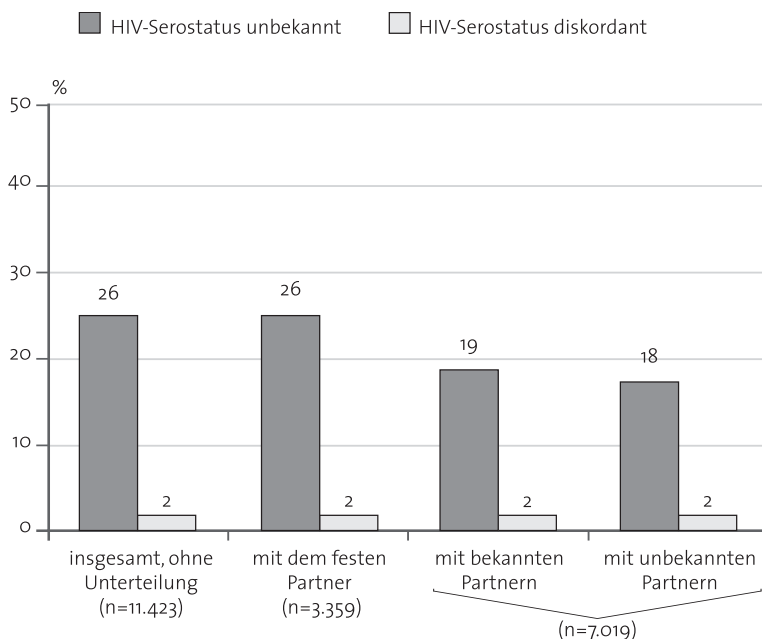


Abb. 6.5: Anteil der HIV-negativen Befragten mit ungeschütztem Analverkehr

Basis: SMA

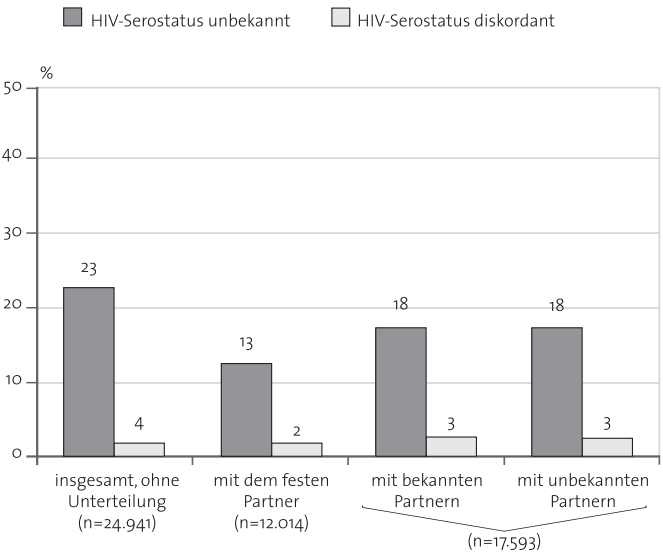
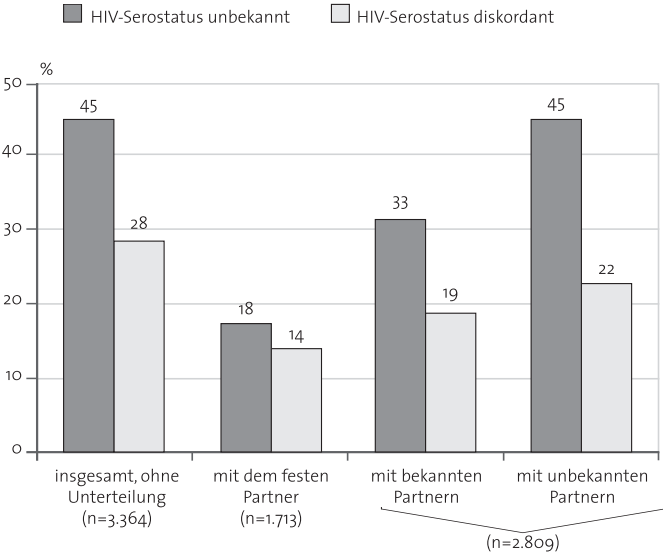


Abb. 6.6: Anteil der HIV-positiven Befragten mit ungeschütztem Analverkehr

Basis: SMA



Ein Großteil der HIV-positiven Befragten war, wie schon erwähnt, zur Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion in den sechs Monaten vor der Befragung bei ihrem Arzt. Eine große Mehrheit dieser MSM teilt ebenfalls mit, dass sie über die Nachweisbarkeit oder Nicht-Nachweisbarkeit ihrer Viruslast informiert ist. Tabellen 6.2a und 6.2b veranschaulichen im Vergleich das Risikoverhalten von HIV-Positiven, die wissen, dass ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze ist, das Risikoverhalten von jenen, die mitteilen, dass diese nachweisbar ist und schließlich von jenen, die darüber nicht informiert sind.

Tab. 6.2a: Anteile von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Serostatus und Nachweisbarkeit der Viruslast
Basis: EMIS, HIV-positiv Getestete

	nachweisbar	nicht nachweisbar	unbekannt	insgesamt
Serostatus unbekannt				
fester Freund	18,4 (n=86)	17,7 (n=194)	21,2 (n=14)	18,1 (n=294)
anderer Partner	32,3 (n=260)	32,6 (n=568)	37,6 (n=41)	32,7 (n=869)
anderer unbekannter Partner	44,3 (n=357)	44,7 (n=779)	49,5 (n=50)	44,7 (n=1.186)
ohne Unterteilung	45,8 (n=437)	43,6 (n=907)	45,3 (n=63)	44,3 (n=1.406)

Lesebeispiel für die Zeile „fester Freund“: 18,4% der HIV-positiv Getesteten mit nachweisbarer Viruslast zum Zeitpunkt der Befragung hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem Partner, dessen Serostatus unbekannt war. 17,7% der HIV-positiv Getesteten mit nicht nachweisbarer Viruslast hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem Partner, dessen Serostatus unbekannt war. 21,2% der HIV-positiv Getesteten mit unbekannter Viruslast hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem Partner, dessen Serostatus unbekannt war. Die Zeilen „anderer Partner“ und „anderer unbekannter Partner“ sind analog zu lesen.

Tab. 6.2b: Anteile von ungeschütztem Analverkehr mit Partnern mit diskordantem Sero-status und Nachweisbarkeit der Viruslast
Basis: EMIS, HIV-positiv Getestete

	nachweisbar	nicht nachweisbar	unbekannt	insgesamt
Serostatus diskordant				
fester Freund	12,6 (n=59)	15,4 (n=169)	17,2 (n=10)	14,7 (n=238)
anderer Partner	16,7 (n=135)	20,0 (n=349)	20,2 (n=22)	19,1 (n=506)
anderer unbekannter Partner	20,2 (n=163)	23,1 (n=402)	20,2 (n=22)	22,1 (n=687)
ohne Unterteilung	26,4 (n=244)	29,1 (n=583)	26,7 (n=35)	28,2 (n=862)

Lesebeispiel für die Zeile „fester Freund“: 12,6 % der HIV-positiv Getesteten mit nachweisbarer Viruslast zum Zeitpunkt der Befragung hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem negativ getesteten Partner. 15,4 % der HIV-positiv Getesteten mit nicht nachweisbarer Viruslast hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem negativ getesteten Partner. 17,2 % der HIV-positiv Getesteten mit unbekannter Viruslast hatten ungeschützten Analverkehr mit ihrem negativ getesteten Partner. Die Zeilen „anderer Partner“ und „anderer unbekannter Partner“ sind analog zu lesen.

Dieser Vergleich erfolgt vor dem Hintergrund der in Deutschland andauernden Diskussion zu den Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (EKAF) von 2008 (Vernazza et al. 2008). Die Hauptaussage ihrer Empfehlungen machten die Schweizer Ärzte und Präventionsakteure gleich zur Überschrift ihres Artikels: „*HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretroviraler Therapie sexuell nicht infektiös.*“ Die Autoren formulierten zwar drei Bedingungen, unter denen ihre Aussage gelten würde, diese nahmen den Aussagen allerdings nichts von ihrer großen Resonanz. Als Bedingungen der Nicht-Infektiosität von antiretroviral behandelten Menschen formulierten die Schweizer Experten die Therapie-Adhärenz der Patienten unter ärztlicher Kontrolle, eine Viruslast unter der Nachweisgrenze und das Nichtvorhandensein von anderen sexuell übertragbaren Erregern (Vernazza et al. 2008: 165). Die EKAF hatte ihre Empfehlungen zunächst vor allem in Hinblick auf Partner in serostatusdiskordanten heterosexuellen Partnerschaften formuliert. Da ein Großteil der positiven MSM (nicht nur in Deutschland) zu dem zu HIV/AIDS besonders gut informierten Personenkreis gehört, war für eine Reihe von Männern in der Hauptbetroffenengruppe die Botschaft der Nicht-Infektiosität bei einer Viruslast unter der Nachweisgrenze keineswegs neu, zumal HIV-Ärzte hinter vorgehaltenen Hand diese Annahme durchaus äußerten. Geradezu sensationell für den deutschen medizinischen Diskurs war jedoch, dass nun Ärzte und Präventionsakteure

den Mut zu solch einer „starken“ öffentlichen Empfehlung fanden. Im Empfinden vieler (behandelter) Positiver wurde diesen endlich das Stigma genommen, eine permanent bedrohliche Infektionsquelle zu sein (Gekeler/ Aretz 2009). Die Diskussion über die EKAF-Aussagen zur Nichtinfektiosität Positiver setzte in Deutschland zunächst zögerlich ein. Bald wurde jedoch der von den Schweizer Fachleuten für ihre Empfehlungen vorgegebene Rahmen von serodiskordanten Paarbeziehungen überschritten. Bernd Vielhaber, ein profilierter Medizinjournalist im Bereich von HIV/AIDS, zog schon Anfang 2008 vor der breiter einsetzenden Diskussion, auf die Schweizer Überlegungen und andere Studien zurückgreifend und auf das vor allem Kondombasierte HIV-Präventionskonzept zielend, zugespitzte Schlussfolgerungen: „Das Risiko einer HIV-Übertragung unter sART (suppressive antiretrovirale Therapie, die AutorInnen) ist somit in der Größenordnung von normalen Lebensrisiken (zum Beispiel mit dem Flugzeug fliegen oder Auto fahren), weit geringer als ungeschützter Oralverkehr mit einer HIV-positiven Person ohne Therapie und sogar kleiner als das Risiko beim kondomgeschützten Anal- oder Vaginalverkehr ohne sART.“ (Vielhaber 2008: 13)

176

Obwohl keineswegs alle HIV-Positiven einer so weitgehenden Aussage zustimmen (siehe Kapitel VIII.6), schien es sinnvoll zu sein, das Risikoverhalten von HIV-Positiven, die mitteilen, dass ihre Viruslast nicht nachweisbar ist, zu vergleichen mit dem Risikoverhalten jener, die angeben, dass ihre Viruslast nachweisbar ist und mit dem Risikoverhalten der positiven Befragten, die dies nicht wissen.

Tabelle 6.2a und 6.2b zeigen, dass das Wissen oder Nichtwissen über die Nachweisbarkeit oder Nichtnachweisbarkeit der Viruslast kaum einen Einfluss auf das Eingehen von Risikokontakten hat, sowohl bei Sexpartnern mit unbekanntem wie auch mit diskordantem Serostatus.

4. HIV-Serostatus in festen Partnerschaften

Im vorhergehenden Abschnitt ist das Risikoverhalten (vor allem von HIV-positiven Befragten) in festen Partnerschaften schon thematisiert worden. Es soll hier noch einmal in einer anderen Perspektive analysiert werden. Abbildung 6.7 veranschaulicht, dass über die Hälfte (56 %) der Männer in einer festen Partnerschaft davon ausgeht, dass beide Partner in der Beziehung HIV-negativ sind. 4 % teilen mit, dass sie und ihr Partner HIV-positiv getestet sind. In

weiteren 7 % der Beziehungen ist einer der Partner HIV-negativ, der andere HIV-positiv. 10 % der Männer in einer Partnerschaft teilen mit, dass sie selbst HIV-negativ sind, den Serostatus ihres Partners jedoch nicht kennen. Bei 22 % liegen keine hinreichenden Informationen vor: entweder sind beide Partner ungetestet oder die Befragten haben keine (vollständigen) Angaben gemacht. Wird die Regelmäßigkeit des Kondomgebrauchs nach Serostatus-Konkordanz bzw. -Diskordanz betrachtet (Abbildung 6.8), zeigt sich, dass Männer in einer serodiskordanten Beziehung zwar den höchsten Anteil von MSM mit durchgängigem Kondomgebrauch (56 %) aufweisen, dass aber 32 % angeben, ein Kondom nur manchmal oder nie zu benutzen. Konkordant positive Partner verzeichnen den höchsten Anteil von Befragten, die kein Kondom benutzen. Bei negativ getesteten Befragten in einer Beziehung mit einem Partner mit unbekanntem Testergebnis und auch in Beziehungen, in denen beide Partner ungetestet sind bzw. ihr Testergebnis nicht thematisiert haben, ist der Anteil der Männer, die nie oder nur manchmal ein Kondom benutzen, mit 51 respektive 64 % beeindruckend hoch.

Abb. 6.7: Serostatus in festen Partnerschaften

Basis: EMIS, Befragte in festen Partnerschaften (n= 23.856)

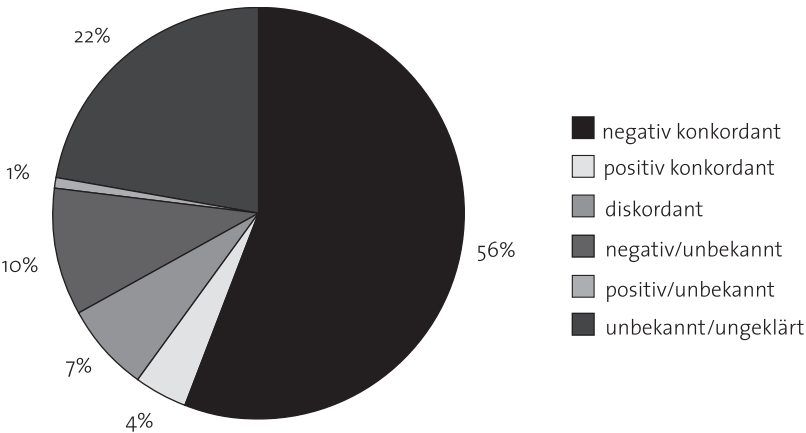
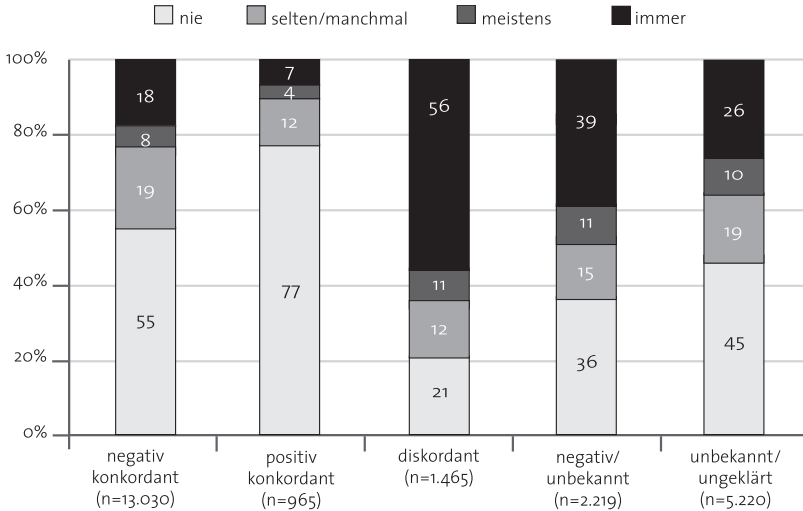


Abb. 6.8: Kondomgebrauch in festen Partnerschaften nach Serostatus

Basis: EMIS, Befragte in festen Partnerschaften (n= 22.899)



178

Werden lediglich die HIV-positiv Getesteten mit einem negativ getesteten Partner berücksichtigt, so zeigt sich, dass 55 % der Männer mit einer nicht nachweisbaren Viruslast angeben, immer ein Kondom zu benutzen, es sind 62 % der Männer, deren Viruslast nachweisbar ist und 51 % derer, die angegeben, darüber nicht informiert zu sein.

Der Anteil der MSM in Beziehungen, die entweder serodiskordant sind oder in denen kein Abgleich des Serostatus erfolgte, ist mit insgesamt 40 % weiterhin hoch. Der Anteil der MSM, die nie oder selten ein Kondom benutzen, variiert in diesen Gruppen zwischen einem Drittel und zwei Drittel. Die Ergebnisse der Erhebung von 2010 zeigen somit wie die früheren Erhebungen, dass die Risiken von HIV-Infektionen im Kontext fester Beziehungen beträchlich bleiben (siehe Bochow/Schmidt/Grote 2010: 142-145, Bochow 2011).

VII. Sexuell übertragene Infektionen (STI)

Mehrfach konnte in sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Studien ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten HIV-Risiko und einem erhöhten Risiko für andere sexuell übertragene Infektionen (STI) belegt werden. Zum einen hängt das Risiko, sich mit anderen STI als HIV zu infizieren von den sexuellen Praktiken, der Anzahl der Sexualpartner, vom Kondomgebrauch beim Analverkehr und nicht zuletzt vom HIV-Serostatus ab (wobei all diese Einflüsse sich auf verschiedene STI unterschiedlich auswirken). Zum anderen erhöht die Anwesenheit vieler STI (insbesondere Genitalherpes, Syphilis, anale Chlamydieninfektion und anale Gonorrhö) das Infektionsrisiko für HIV, sowohl auf der Überträger- als auch auf der Empfängerseite.

Aus diesem Grund wurden in den SMA-Erhebungen seit 1991 mehrere STI abgefragt. Voraussetzung für eine weitgehend korrekt angegebene sexuell übertragene Infektion (beispielsweise in den 12 Monaten vor der Befragung) ist, dass eine geeignete ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde. Da viele STI häufig symptomlos oder symptomarm verlaufen, bzw. weil Symptome nach einer gewissen Zeit wieder verschwinden, sind regelmäßige Untersuchungen auf manche STI auch bei Symptomlosigkeit angezeigt. Dies betrifft

insbesondere Syphilis, analen Tripper, Feigwarzen sowie genitale und anale Infektionen mit Chlamydien; aber auch Hepatitis B und C. Untersuchungen, die ohne das Vorliegen von Symptomen erfolgen, werden auch als Screening oder Check-up-Untersuchungen bezeichnet.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass HIV-Positive in der Regel aufgrund der HIV-Infektion mindestens einmal im Quartal Kontakt mit dem Gesundheitssystem und somit häufig auch zu Ärztinnen oder Ärzten haben, die mit sexuell übertragenen Infektionen vertraut sind. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit, dass STI bei ihnen diagnostiziert werden, höher als bei MSM, die HIV-negativ sind oder deren HIV-Infektion noch unentdeckt ist (Schmidt/Marcus 2011).

In den folgenden Darstellungen werden daher MSM mit bekannter HIV-Infektion getrennt von allen übrigen MSM betrachtet. Erhoben wurde, ob und wann welche der folgenden sexuell übertragenen Infektionen – Gonorrhö („Tripper“), Syphilis, Chlamydieninfektion¹⁰, Genitalherpes, Feigwarzen, Hepatitis B oder Hepatitis C – diagnostiziert wurden. In welchem Ausmaß sich MSM auf andere STI als HIV testen lassen, bzw. ob im Rahmen solcher Tests sinnvolle Diagnostik durchgeführt wird oder nicht, wird am Ende des Kapitels näher betrachtet.

180

Bei Gonorrhö, Syphilis und Chlamydieninfektion handelt es sich um Krankheiten bzw. Infektionen, die durch bakterielle Erreger hervorgerufen werden. Diese bakteriellen Infektionen können durch eine gezielte Antibiotikabehandlung vollständig geheilt werden. Ebenfalls kann bei bakteriellen STI, die in den 12 Monaten vor der Befragung diagnostiziert wurden, davon ausgegangen werden, dass sie – zumindest zum großen Teil – auch in diesem Zeitraum erworben wurden; daher eignen sie sich zur Abschätzung von Inzidenzen (Neuerkrankungsraten) sexuell übertragbarer Infektionen in verschiedenen Gruppen der befragten MSM.

Bei Herpes-Simplex-2-Viren (Erreger von Genitalherpes) und Humanen-Papilloma-Viren (Erreger von Feigwarzen) handelt es sich um virale Erreger, die – wenn einmal eine Infektion erfolgte – immer wieder zu symptomatischen Manifestationen der Erkrankung führen können. Medikamentöse (Genitalherpes und Feigwarzen) oder chirurgische Behandlungen (Feigwarzen) sind zwar möglich, führen aber meist nicht zu einer kompletten Ausheilung im Sinne einer Eliminierung des Erregers. Bei neu festgestellten Feigwarzen

¹⁰ Gemeint ist eine Infektion mit *Chlamydia trachomatis*, Serotyp D-K. Es ist nicht auszuschließen, dass Befragte, die an dem selteneren *Lymphogranuloma venereum* (LGV) erkrankt sind, das ebenfalls durch *Chlamydia trachomatis* ausgelöst wird, allerdings durch die Serotypen L1-L3, ebenfalls „Chlamydien“ angekreuzt haben.

oder Herpesbläschen kann es sich sowohl um Neuinfektionen handeln als auch um (wiederholte) akute Ausbrüche einer länger zurückliegenden Infektion. Aus diesem Grund wurde im EMIS-Fragebogen 2010 (abweichend von den vorherigen deutschen Wiederholungsbefragungen) nicht nach der letzten Diagnose von Feigwarzen oder Genitalherpes gefragt, sondern danach, wann diese Infektionen zum ersten Mal diagnostiziert wurden. Daher lassen sich für diese beiden viralen Infektionen erstmalig nicht nur Lebenszeitprävalenzen¹¹, sondern auch Inzidenzen abschätzen.

Die beiden durch Viren verursachten Hepatitiden B und C wurden ebenfalls in diese Gruppe eingeordnet, obwohl eine Hepatitis B in der überwiegenden Zahl der Fälle ohne Therapie ausheilt und eine lebenslange Immunität hinterlässt. Befragte, bei denen zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens eine Hepatitis B diagnostiziert wurde, dürfen daher nicht als Träger einer chronischen Hepatitis B angesehen werden. Ähnliches gilt für die Hepatitis C, obwohl diese häufiger chronifiziert, keine Immunität hinterlässt und somit auch wiederholt erworben werden kann. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass STI von Befragten verwechselt werden, was gerade bei selten sexuell übertragenen Erregern wie dem Hepatitis-C-Virus zu Überschätzungen führen kann. Außerdem dürfte gerade bei nicht gegen Hepatitis B geimpften Befragten die Dunkelziffer unbemerkt infizierter Personen recht hoch sein (vgl. Schmidt/Marcus/Hamouda 2007). Die Anteile der Befragten mit Hepatitis B oder C in der Vorgeschichte eignen sich daher deutlich weniger als Schätzer für die Lebenszeitprävalenz dieser Infektionen. Eine Ausnahme stellt die Hepatitis C bei bekannt HIV-positiven Befragten dar, da diese nach den aktuell gültigen Behandlungsempfehlungen jährlich auf Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus getestet werden sollten.

1. Lebenszeitprävalenzen viraler STI

Bei zuletzt HIV-negativen oder ungetesteten Befragten sind die Anteile derer, die angeben, sich jemals in ihrem Leben mit einem viralen sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben, für alle abgefragten STI erwartungsgemäß deutlich kleiner als bei HIV-positiven Befragten (vgl. Abbildungen 7.1 und 7.2).

¹¹ Die Lebenszeitprävalenz einer Infektion ist der Anteil der Personen, die sich im Laufe ihres Lebens eine solche Infektion erworben haben.

Nicht berücksichtigt ist hierbei, ob von Seiten der medizinischen Versorgung eine (geeignete) Diagnostik durchgeführt wurde. So können beispielsweise Genitalherpes – und vor allem die symptomarmen (und schambesetzten) Feigwarzen – nur dann festgestellt werden, wenn das männliche Genital bzw. der Anus auch untersucht werden. Die Häufigkeit entsprechender Untersuchungen wird weiter unten dargestellt.

Abb. 7.1: Berichtete virale STI in der Vorgeschichte nach Altersgruppen bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung

Basis: EMIS, HIV-negativ und ungetestete Befragte

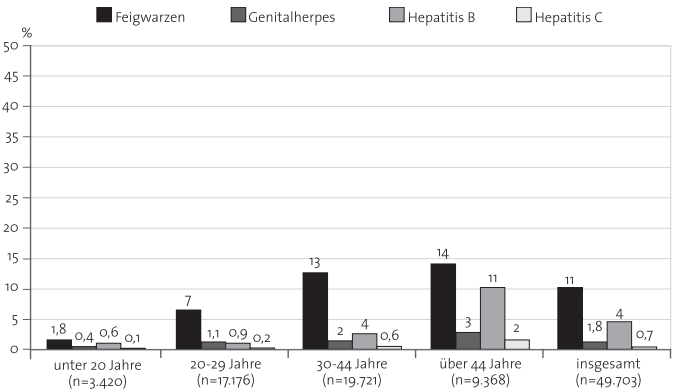
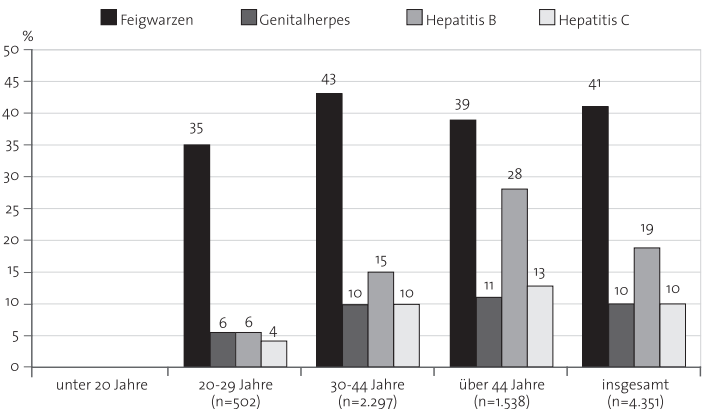


Abb. 7.2: Berichtete virale STI in der Vorgeschichte nach Altersgruppen bezogen auf die 12 Monate vor der Befragung

Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte



Über einen Befall mit Feigwarzen berichten 11 % der zuletzt HIV-negativen oder ungetesteten, aber 41 % der HIV-positiven Befragten. Bei Genitalherpes sind es 2 % vs. 10 %. Für beide STI ist eine gewisse Altersabhängigkeit zu erwarten, da mit zunehmendem Lebensalter die kumulative Gesamtzahl unterschiedlicher Sexualpartner nur zunehmen kann. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, irgendwann eine STI erworben zu haben, fortwährend steigt (für Feigwarzen bei HIV-Positiven zeigt sich dieser Zusammenhang nicht so deutlich).

Bei der Hepatitis B hingegen wird die höhere Betroffenheit der Älteren sogar noch verstärkt, da zu Beginn der 1980er-Jahre eine Schutzimpfung gegen Hepatitis B verfügbar wurde. Auf Grund der im Jahr 1995 ausgesprochenen allgemeinen Impfpflicht für Jugendliche sind nach 1980 geborene und in Deutschland aufgewachsene Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit geimpft.¹² Dies spiegelt sich darin wider, dass bei HIV-negativen und ungetesteten Befragten in der Gruppe der unter-30-Jährigen kaum noch MSM zu finden sind, die angeben, sich in der Vergangenheit mit Hepatitis B infiziert zu haben. Auch bei HIV-positiven Befragten ist dieser Anteil bei unter-30-Jährigen vergleichsweise klein.

Während die Anteile von Befragten mit Feigwarzen etwas höher liegen als in der Befragung von 2007, sind die Häufigkeiten von Genitalherpes und Hepatitis B gesunken. 10 % der HIV-positiven Befragten geben an, sich im Laufe ihres Lebens mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert zu haben. Dieser Anteil hat sich im Vergleich zur letzten SMA-Befragung von 2007 verdoppelt und verweist auf die anhaltend hohe Bedeutung der Prävention von Hepatitis-C-Koinfektionen bei schwulen HIV-positiven Männern (vgl. Schmidt et al. 2011).

2. Inzidenzen bakterieller und viraler STI

Inzidenzen sexuell übertragbarer Infektionen hängen weniger mit der kumulativen Anzahl der Sexualpartner im Laufe des Lebens zusammen als mit der Anzahl der Sexualpartner in dem Zeitraum, auf den sich die Inzidenz

¹² 1995 wurde von Seiten der Ständigen Impfkommission (STIKO) bezüglich der Hepatitis B eine Impfpflicht für unter-16-jährige Jugendliche ausgesprochen, die 1997/98 auf alle Jugendlichen vor der Volljährigkeit ausgeweitet wurde. Ab 1980 geborene Personen (das sind im Jahr 2010 alle unter-30-Jährigen) sind daher mit höherer Wahrscheinlichkeit gegen Hepatitis B geimpft als frühere Jahrgänge, für die die Übernahme der Kosten der Impfung durch die Krankenkasse weniger einheitlich war. Vgl. auch Schmidt/Marcus/Hamouda 2007: 105.

bezieht (hier: in den letzten 12 Monaten vor der Befragung).
 Abbildungen 7.3 und 7.4 belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll anhand der vorliegenden Stichprobe, sowohl für zuletzt HIV-negativ getestete oder ungetestete als auch für HIV-positive Befragte. Dass HIV-positive Befragte in jeder Partnerzahl-Kategorie höhere Anteile inzidenter STI aufweisen, unterstreicht, dass neben der Anzahl der Sexualpartner auch andere Faktoren für den Erwerb sexuell übertragbarer Infektionen von Bedeutung sind.

Abb. 7.3: Berichtete bakterielle und virale STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Partnerzahl im selben Zeitraum („bakterielle STI“: mindestens eine der drei vorgenannten STI)
 Basis: EMIS, HIV-negativ und ungetestete Befragte

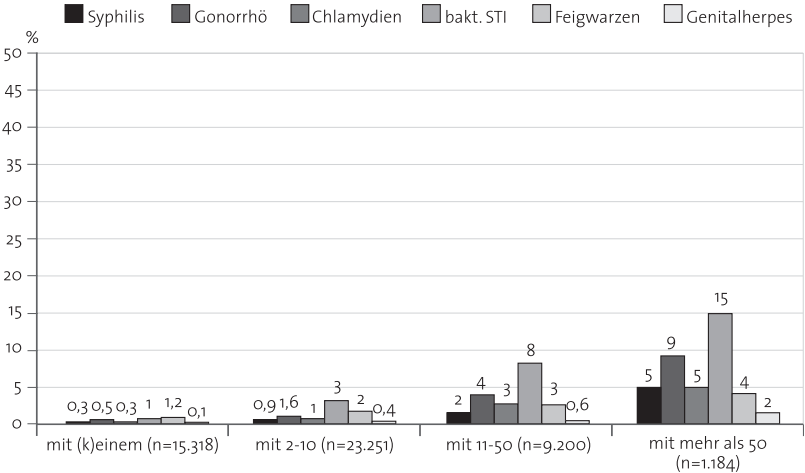
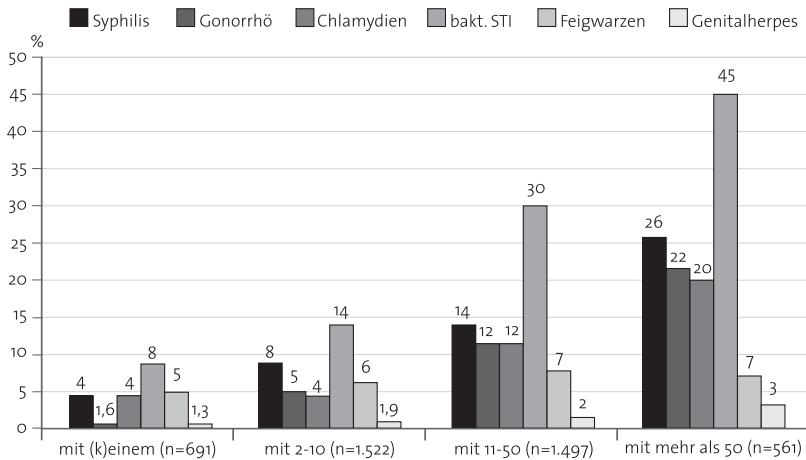


Abb. 7.4: Berichtete bakterielle und virale STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Partnerzahl im selben Zeitraum („bakterielle STI“: mindestens eine der drei vorgenannten STI)

Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte



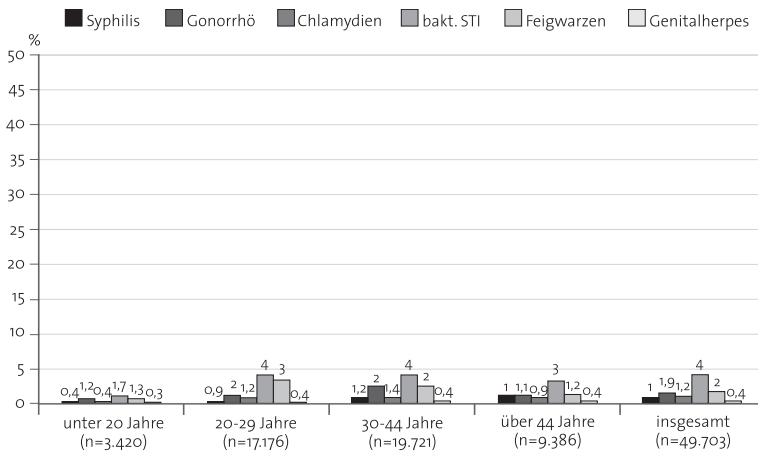
185

In der Gruppe der zuletzt HIV-negativ getesteten oder ungetesteten Befragten geben 4% an, sich im Jahr vor der Befragung mit einem bakteriellen sexuell übertragbaren Erreger infiziert zu haben (vgl. Abbildungen 7.5 und 7.6). Für die Diagnose bakterieller STI gilt, dass nur entdeckt werden kann, wonach auch gesucht wird, sei es beim diagnostischen Testen (wenn Symptome aufgetreten sind, die ärztlich abgeklärt werden) oder im Rahmen einer STI-Check-up-Untersuchung in Abwesenheit von Symptomen. Von den drei genannten bakteriellen STI kann nur die Syphilis über einen Bluttest festgestellt werden. Insbesondere anale Infektionen mit Gonokokken („Analtripper“) oder Chlamydien können nur dann diagnostiziert werden, wenn zuvor ein entsprechender Abstrich¹³ gemacht wurde.

¹³ Bei einer Abstrich-Untersuchung wird eine Art „Q-Tip“ in die Harnröhre oder den After eingeführt, um Bakterien anzuzüchten oder einen genetischen Test durchzuführen, um festzustellen, ob die vermuteten Bakterienarten dort vorhanden sind oder nicht.

Abb. 7.5: Berichtete bakterielle und virale STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

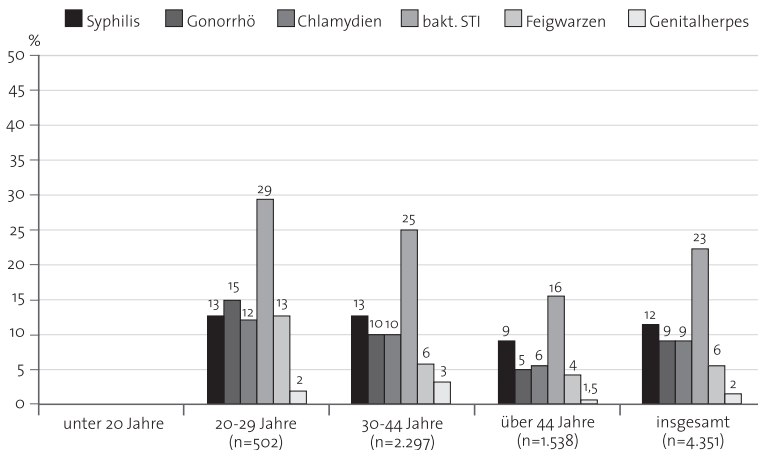
Basis: EMIS, HIV-negativ und ungetestete Befragte



186

Abb. 7.6: Berichtete bakterielle und virale STI in den 12 Monaten vor der Befragung nach Altersgruppen

Basis: EMIS, HIV-positiv getestete Befragte



23% der HIV-positiven Befragten berichten, im Jahr vor der Befragung an einer der abgefragten bakteriellen STI erkrankt zu sein; am häufigsten wird in dieser Gruppe mit 12% die Syphilis genannt, gefolgt von Infektionen mit

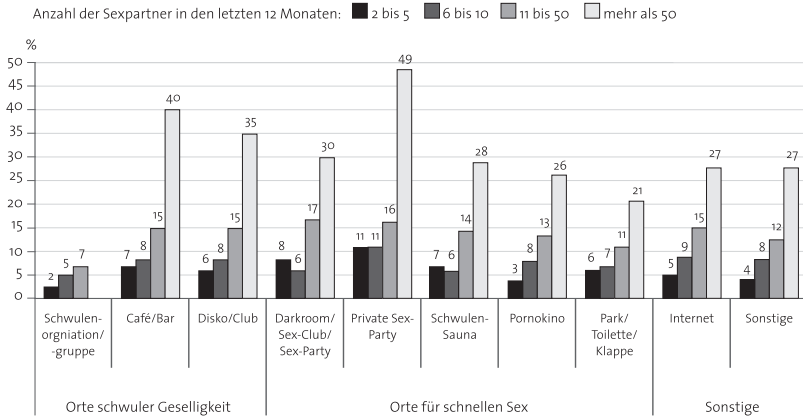
Gonokokken (Gonorrhö/Tripper) oder Chlamydien (jeweils 9%). Die höchsten Neudiagnoseraten für bakterielle STI entfallen bei HIV-positiven Befragten auf die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen. Wie bereits in der Befragung von 2007 fällt der Anteil neu erworbener bakterieller STI bei HIV-positiven Befragten mit zunehmendem Alter ab (20–29 Jahre: 29 %, 30–44 Jahre: 25 %, über 44 Jahre: 16%). Dies ist insbesondere auf die mit zunehmendem Alter sinkende Zahl der Sexualpartner zurückzuführen.

3. Weitere Einflüsse auf den Erwerb von STI

In den vergangenen Befragungen bis 2007 waren „szeneferne“ Befragte und solche, die oft Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, aber Orte für schnellen Sex eher meiden, weniger von STI betroffen als Befragte, die häufig oder regelmäßig Orte für schnellen Sex bzw. Orte der „Lederszene“ aufgesucht haben. Die Bedeutung des Internets zur Anbahnung sexueller Kontakte hat seitdem zugenommen: Im Jahre 2010 berichteten 24 % (2007: 16 %) der Befragten, sämtliche Sexualpartner der letzten zwölf Monate online kennengelernt zu haben. Für weitere 31 % (2007: 27 %) galt dies für die Mehrheit ihrer Sexualpartner; und 26 % (2007: 35 %) hatten keinen ihrer Sexualpartner online kennengelernt. Die zunehmende Anbahnung sexueller Kontakte über das Internet hat allem Anschein nach dazu beigetragen, den Einfluss unterschiedlicher „Szeneorte“ auf die Häufigkeit sexuell übertragener Infektionen zu relativieren. Während „Szeneorte“ (und damit die Menschen, die diese Treffpunkte aufsuchen) sozialräumlich verankert sind, führt die zunehmende Inanspruchnahme des Internets zur Anbahnung sexueller Kontakte zu einer stärkeren „Durchmischung“ von Sexualpartnern.

Abb. 7.7: Befragte mit diagnostizierten bakteriellen (Syphilis, Gonorrhö, Chlamydieninfektion) oder viralen (Feigwarzen, Genitalherpes) STI in den zwölf Monaten vor der Befragung nach Anzahl der Sexualpartner und unterschiedlichen Treffpunkten, an denen der letzte (männliche, nicht-feste) Sexualpartner kennengelernt wurde

Basis: EMIS (n=34.345)



In Abbildung 7.7 ist zu sehen, dass nur noch die Partnerzahl, aber nicht der Treffpunkt, an denen der letzte (männliche, nicht-feste) Sexualpartner kennengelernt wurde, entscheidend ist für das Ausmaß an Betroffenheit von sexuell übertragenen Infektionen¹⁴. Erstmalig in den deutschen Befragungen schwuler und bisexueller Männer sind STI bei Befragten, die vorwiegend „Orte schwuler Geselligkeit“ frequentieren, sogar häufiger als bei Befragten, die vorwiegend „Orte für schnellen Sex“ aufgesucht haben. Entscheidend für den Erwerb von STI ist neben der Partnerzahl nicht mehr die Art der aufgesuchten Treffpunkte, sondern die Anzahl unterschiedlicher Arten von Treffpunkten, die aufgesucht werden, wie aus Abbildung 7.8 hervorgeht. Dieses Phänomen lässt sich folgendermaßen erklären: Je mehr unterschiedliche Arten von Treffpunkten besucht werden, desto mehr Kontakte bestehen zu unterschiedlichen Subkulturen oder „Schwulenszenen“ und damit potenziell zu unterschiedlichen sexuellen

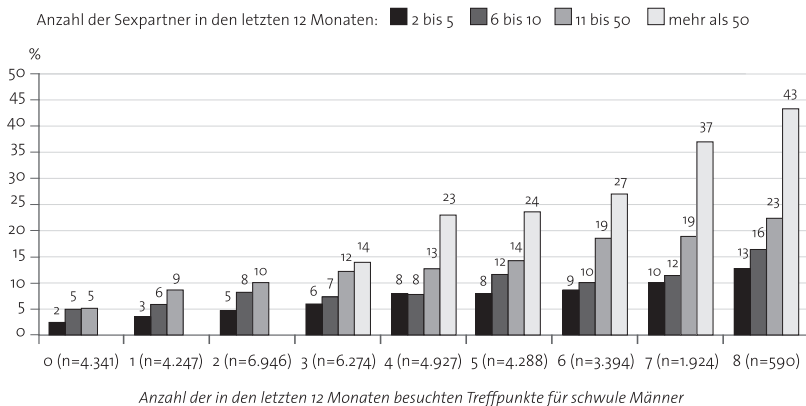
¹⁴ Der Ausreißer bei „private Sex-Partys“ in der Gruppe der MSM mit mehr als 50 Sexualpartnern im Jahr vor der Befragung ist auf den hohen Anteil HIV-Positiver zurückzuführen, die ihren letzten Sexualpartner auf einer privaten Sex-Party kennengelernt haben. Bei Befragten ohne (bekannte) HIV-Infektion ist der entsprechende Anteil mit STI ähnlich hoch wie bei „Darkroom/Sex-Club/Sexpartys“, „Schwulensauna“ oder „Pornokino“.

Netzwerken. Um im Bild zu bleiben: Mit der Anzahl der Sexualpartner steigt die Anzahl der Verbindungen innerhalb der sexuellen Netzwerke¹⁵; mit der Anzahl der besuchten Treffpunkte/Subkulturen (an unterschiedlichen Orten) steigt die Reichweite der Verbindungen: Die unterschiedlichen – zuvor vielleicht isolierten – sexuellen Netzwerke rücken so näher zusammen.

Anders als bei HIV ist gerade bei bakteriellen STI zu berücksichtigen, dass sie auch leicht bei Oralverkehr übertragen lassen, auch ohne Ejakulation. Für oral-genitale Kontakte („Blasen“ und „Geblasen werden“) werden in Deutschland keine Kondome zur HIV-Prävention empfohlen und außerhalb kommerzieller sexueller Kontakte auch kaum verwendet. Daher ist – anders als bei HIV – vor allem die Partnerzahl, weniger der Kondomgebrauch beim Analverkehr, die entscheidende Einflussgröße für die STI-Häufigkeit.

Abb. 7.8: Befragte mit diagnostizierten bakteriellen (Syphilis, Gonorrhö, Chlamydieninfektion) oder viralen (Feigwarzen, Genitalherpes) STI in den zwölf Monaten vor der Befragung nach Anzahl der Sexualpartner und Anzahl der besuchten Treffpunkte* für schwule Männer

Basis: EMIS



* Gezählt wurde die Anzahl der folgenden Kategorien von Treffpunkten für schwule Männer: (a) Schwulenorganisation/-gruppe, (b) Cafés/Bars, (c) Diskos/Clubs, (d) Darkroom/Sex-Club/Sex-Party, (e) Private Sex-Party, (f) Schwulensauna, (g) Pornokino, (h) Park/Toilette/Klappe. Insgesamt können so null bis acht unterschiedliche Arten von Treffpunkten besucht worden sein.

¹⁵ Unter einem „sexuellen Netzwerk“ wird die Gesamtheit der Personen verstanden, die in einem bestimmten Zeitraum durch sexuelle Kontakte miteinander in Beziehung stehen (siehe auch Abschnitt IV.7).

4. Zugang zu Untersuchungen auf STI

Obwohl 92% aller Befragten ziemlich oder sehr sicher sind, sich bei Bedarf auf sexuell übertragene Infektionen testen lassen zu können, sind deutliche Unterschiede festzustellen hinsichtlich des wahrgenommenen Zugangs zu adäquater Diagnostik. So berichten 32% der unter-20-jährigen MSM und 29% der MSM mit niedrigem Bildungsabschluss, entweder keinen Zugang zu kostenlosen STI-Tests zu haben oder sich diese nicht leisten zu können; bei den Über-44-jährigen und bei MSM mit hohem Bildungsabschluss beträgt dieser Anteil nur noch 10% bzw. 8% (hier nicht dargestellt).

Bezogen auf die tatsächlich durchgeführten Untersuchungen scheinen ein junges Alter oder ein niedriger Bildungsstand nur einen geringen Einfluss zu haben. 21% aller Befragten haben sich in den vergangenen Monaten auf STI untersuchen lassen, ohne Symptome zu haben (Screening-Untersuchung, STI-Check-up). Stärker als vom Alter oder Bildungsstand hängt dieser Anteil von der Wohnortgröße der Befragten ab und reicht von 14% bei Befragten, die auf dem Land leben, bis zu 30% bei Befragten aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern. Die folgende Tabelle zeigt, welche Untersuchungen im Rahmen solcher Check-ups durchgeführt wurden (vgl. Schmidt/Marcus 2011).

190

Tabelle 7.1: Berichtete Untersuchungen im Rahmen von STI-Check-up-Untersuchungen in den vergangenen zwölf Monaten			
Basis: EMIS			
	Geeignet zur Diagnose von...	Häufigkeit bei Befragten mit STI-Check-up (n=10.524)	Häufigkeit bei Befragten insgesamt (n=50.003)
Blutentnahme	Syphilis, Hepatitis B und C	88%	19%
Urintest / Harnröhrenabstrich	Gonorrhö, Chlamydien (Penis)	48%	10%
Analabstrich	Gonorrhö, Chlamydien (Anus)	19%	4%
Inspektion von Anus und Penis	Feigwarzen, Genitalherpes	19%	4%

Nur 19% haben in den vorangegangenen zwölf Monaten im Rahmen von STI-Check-up-Untersuchungen einen Bluttest erhalten, 10% einen Urintest oder Harnröhrenabstrich, und nur 4% haben einen Analabstrich erhalten. Besonders auffällig ist, dass nur bei 4% das Genital oder der Anus ärztlich

untersucht wurden. Zum Vergleich: Bezogen auf alle (bisher nicht HIV-positiven) Befragten ließen 34% in den letzten 12 Monaten einen HIV-Test durchführen.

Der Einfluss von Verhaltensparametern auf die in Deutschland angebotenen STI-Untersuchungen (einschließlich des HIV-Tests) ist gering: Ob ein schwuler oder bisexueller Mann in Deutschland im vorangegangenen Jahr 1, 2 bis 10, oder 10 bis 50 Sexualpartner hatte, spiegelt sich nicht darin wieder, welche Untersuchungen veranlasst wurden. MSM mit HIV erhalten häufiger Abstriche aus Harnröhre und Anus; mit den vorliegenden Daten ist jedoch nicht zu klären, ob dies wirklich auf ein höheres Screening-Angebot für positive Männer zurückzuführen ist oder höhere Übertragungsraten von Gonorrhö bzw. Chlamydien.

Im europäischen Vergleich der EMIS-Daten lässt sich zeigen, dass für Männer, die Sex mit Männern haben, in Deutschland (sowie überall in Europa mit Ausnahme Großbritanniens, Irlands, der Niederlande und Schwedens) die Gefahr einer substantiellen Untererfassung von Feigwarzen sowie von rektalen Infektionen mit Gonokokken oder Chlamydien besteht, auch bei MSM mit bekannter HIV-Infektion. Dies hat Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Männer sowie – auf Grund der fortgesetzten Möglichkeit einer Weiterübertragung – auf die Gesundheit und Lebensqualität ihrer Sexualpartner.

191

Zeitreihe: Sexuell übertragbare Infektionen

Zu den Zeitreihen zu ausgewählten sexuell übertragbaren Infektionen (STI) ist anzumerken, dass nicht jedes Jahr dieselben STI abgefragt wurden. Beispielsweise wurden in den Jahren 1993 bis 2007 die Manifestationsorte für Gonorrhö (Tripper) getrennt abgefragt (genitale Gonorrhö, rektale Gonorrhö, z.T. auch orale Gonorrhö). Nach Feigwarzen wurde nur in den Jahren 1999, 2007 und 2010 gefragt.

Für beide Grafiken ist zu berücksichtigen, dass die 2010er-Erhebung nicht nur insgesamt, sondern auch in Großstädten bei über 24-Jährigen ein sehr viel breiteres Spektrum an MSM erreicht hat als die vorangegangenen Befragungen.

Die deutliche Zunahme der selbst berichteten Syphilis-Diagnosen in den vorangegangenen 12 Monaten im Zeitraum 1999 bis 2007 deckt sich mit den an das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldeten Syphilis-Neudiagnosen. Von den hier dargestellten STI ist lediglich die Syphilis im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes meldepflichtig, während Feigwarzen und Gonorrhö

durch das Meldesystem nicht erfasst werden. Der leichte Rückgang der selbst berichteten Syphilis-Diagnosen im Jahr 2010 ist ebenfalls kongruent mit dem im Meldesystem dokumentierten leichten Absinken der Syphilis-Neudiagnosen, er ist aber auch erklärbar durch die demographischen Veränderungen (vgl. insbesondere Abb. 2.2b und Abb. 2.4b) der Stichprobe.

Werden für die Jahre 1993 bis 2007 die rektalen und genitalen Gonorrhö-Diagnosen jeweils addiert, zeigt sich insbesondere in der adjustierten Darstellung (Abb. 7.9b) ein moderater Anstieg der selbst berichteten Diagnosen von Gonorrhö (von etwa 4 % 1991 und 1993 über etwa 5 % 1996 und 1999 bis zu etwa 7 % 2003). In Anbetracht der strukturellen Untererfassung rektaler Gonorrhö und der gleichzeitigen Zunahme anal-genitaler Sexualpraktiken (vgl. Abb. 4.10b) kann davon ausgegangen werden, dass der Anstieg der rektalen Gonorrhö hierbei noch unterschätzt wird.

Das Absinken der selbst berichteten Gonorrhö-Diagnosen 2007, welches sich 2010 weiter fortsetzt, ist am ehesten auf Veränderungen des Samples zurückzuführen, vor allem auf den Rückgang von Teilnehmern aus Millionenstädten (vgl. Abb. 2.4b) bzw. auf den Rückgang der Partnerzahlen in den letzten beiden Stichproben (insbesondere ist der Anteil von Teilnehmern mit mehr als zehn Partnern im Jahr vor der Befragung gesunken, von 47 % 2003 auf 34 % 2010 in den adjustierten Stichproben, vgl. Abb. 4.8b). Die Anzahl der Sexpartner ist der wesentliche Einflussfaktor für die Übertragungshäufigkeit von STI.

Der Anteil von Teilnehmern mit diagnostizierter HIV-Infektion ist – in den adjustierten Stichproben – seit 1999 weitgehend konstant. Dies zeigt sich auch in dem gleichbleibend hohen Anteil selbst berichteter diagnostizierter Feigwarzen. In der unadjustierten Zeitreihe ist hier eine Abnahme zu beobachten, die jedoch wesentlich auf den unterschiedlichen Anteil HIV-positiver Teilnehmer zurückzuführen ist.

Zusammenfassend lässt sich mit den hier dargestellten Zeitreihen nachvollziehen, dass spätestens zwischen 1999 und 2007 ein Syphilis-Ausbruch bei MSM stattgefunden hat, mit einer Zunahme der Diagnosen um Faktor 4 (bzw. um Faktor 8 gegenüber 1991). Diese Veränderung ist kongruent mit den Syphilis-Melddaten für MSM in Deutschland.

Ebenfalls zeigt sich ein moderater Anstieg von Gonorrhö bei MSM. Die adjustierten SMA-Zeitreihen liefern für die epidemiologische Entwicklung der Gonorrhö bei MSM den besten in Deutschland verfügbaren Schätzer, da die Gonorrhö nicht meldepflichtig ist, und das am RKI vorhandene Sentinel-System für die Gruppe der MSM weniger spezifisch ist.

Schließlich zeigt sich anhand der wenigen Messpunkte für Feigwarzen (die ebenfalls nicht meldepflichtig sind und durch das Sentinel-System nicht systematisch erfasst werden), dass ab einem Alter von 25 in Großstädten etwa jeder fünfte Surveyteilnehmer zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens von Feigwarzen befallen war.

Abb. 7.9a: STIs im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

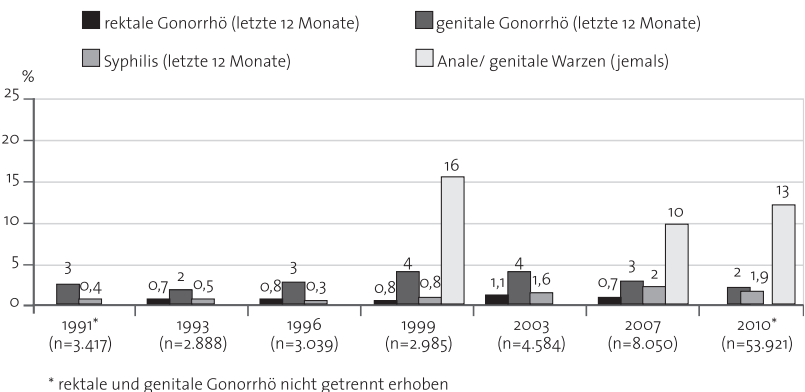
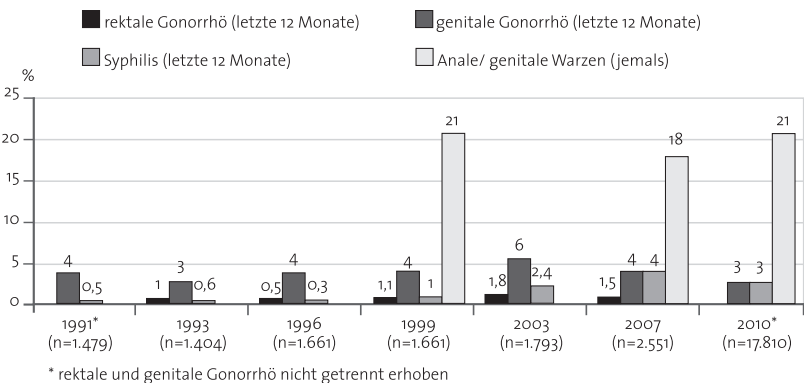


Abb. 7.9b: STIs im Zeitverlauf

Basis: Befragung ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



VIII. Informationsverhalten, -quellen und -niveau

195

1. Vorbemerkung

Die Gesamtheit der Fragen zum Informationsverhalten und zu den Informationsquellen wurden im deutschen Anhang zum EMIS-Fragebogen gestellt. Dies hatte zwei Gründe: Zum einen sind die Informationsmaterialien in den Teilnehmerländern von EMIS sehr unterschiedlich gestaltet, es gibt zudem beträchtliche Unterschiede in der Differenziertheit und Vielgestaltigkeit der Materialien und Informationsquellen auf europäischer Ebene. Die Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen und die Kenntnis verschiedener Informationsmaterialien konnten demnach nicht europaweit erhoben werden. Zum anderen war es in Hinblick auf die beiden bundesweiten Hauptakteure der HIV-Prävention in Deutschland, die BZgA, Köln, und die DAH, Berlin, von besonderem Interesse, einen direkten Vergleich mit den Ergebnissen der deutschen Erhebungen von 2003 und 2007 zu erlangen. Gerade bei den Informationsquellen und -materialien musste demnach sehr auf die deutschen Spezifika geachtet werden. Die folgenden Angaben zu Informationsverhalten, Informationsquellen und Informationsmaterialien beziehen sich demzufolge nur auf die Befragungsteilnehmer ($n = 40.178$), die auch den deutschen

Zusatzfragebogen ausgefüllt haben. Der Abschnitt über das Informationsniveau der Befragten wird sich hingegen wieder auf alle MSM beziehen, die in Deutschland an der EMIS-Erhebung teilgenommen haben (n= 54.387).

2. Informationsverhalten

Zu den Themen HIV und AIDS haben sich in den zwölf Monaten vor der Erhebung 72 % der Männer informiert, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (1997: 79 %); 14 % taten dies regelmäßig (2007: 25 %). Der Anteil derer, die in diesem Zeitraum keine Informationen eingeholt haben, beläuft sich demnach auf 28 %. Es wäre aber falsch, dieser letzten Gruppe zu unterstellen, dass sie kein Interesse an diesem Thema hätte. Befragt, warum sie sich nicht informiert haben, geben 90 % in dieser Gruppe an, dass sie sich bereits ausreichend informiert fühlen (dieser Anteil betrug 2007 80 %). 4 % machten keine Angaben zum Grund ihrer Nicht-Nutzung der Informationsangebote, weitere 4 % stimmten der Antwortvorgabe zu, dass zu viel über AIDS berichtet wird. 2 % ziehen es schließlich vor, nichts über HIV und AIDS zu wissen.

Der Alterseinfluss auf das Informationsverhalten ist gering, hervorzuheben bleibt, dass sowohl die unter 18-Jährigen wie auch die 18- bis 19-Jährigen sich zu einem leicht höheren Anteil gelegentlich informieren als ältere Befragte und zu einem ähnlichen Anteil regelmäßig. Es kann somit nicht die Rede davon sein, dass jüngere MSM sich nicht für Informationen zu HIV und AIDS interessieren würden.

Schwache Unterschiede im Informationsverhalten zeigen sich, was das Bildungsniveau anbelangt. Zu HIV/AIDS haben sich in den zwölf Monaten vor der Befragung 27 % der Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss nicht informiert, dagegen 32 % derer mit Hauptschulabschluss. Bemerkenswert ist allerdings, dass eine größere Minderheit in der Gruppe derer mit Hauptschulabschluss, die sich nicht informieren, als Gründe dafür angibt, dass „zuviel über AIDS berichtet“ würde (9 %), oder dass sie es vorziehen, „nichts darüber zu wissen“ (6 %). Die entsprechenden Anteile bei den Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss belaufen sich auf 2 bzw. 1 %. Auch wenn dies kleine Gruppen sind, kann hieraus geschlossen werden, dass wohl eine Minderheit der Befragten mit niedrigem Bildungsniveau vor der Komplexität des Themas HIV/AIDS kapituliert. Da alle Erhebungen dieser Art in Deutschland (und nicht nur dort) nach wie vor einen ausgeprägten „Mittelschicht-Bias“ haben, ist

davon auszugehen, dass diese Gruppe in der Gesamtheit der in Deutschland lebenden MSM größer ist. *Bei der Gestaltung der Informationsmaterialien sollte deshalb noch mehr als bisher schon darauf geachtet werden, dass ihre ästhetische und sprachliche Gestaltung einen möglichst wenig „ausschließenden“ Charakter in Hinblick auf Angehörige der unteren Schichten haben.*

Einen wesentlich stärkeren Einfluss auf das Informationsverhalten als das Bildungsniveau hat hingegen der Serostatus. Nur 12 % der positiv Getesteten geben an, dass sie sich im Jahr vor der Befragung nicht informiert haben, dagegen 27 % der negativ Getesteten und 35 % der Ungetesteten. In allen drei Gruppen beträgt die Begründung der großen Mehrheit (jeweils über neun Zehntel) der MSM, die sich nicht informiert haben, dass sie sich hinreichend informiert fühlen.

3. Genutzte und wichtigste Informationsquellen

Das Internet ist als Informationsquelle in vielerlei Hinsicht unverzichtbar geworden und aus dem Lebensalltag der meisten Menschen in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Die Inanspruchnahme des Internets nimmt weiterhin Jahr für Jahr zu, wie eine aktuelle Studie zur Nutzung des Internets zeigt. Zum Zeitpunkt der letzten Befragung im Jahre 2007 waren rund 60 % der Deutschen online, im Jahre 2010 sind es bereits 72 %. Nach wie vor gibt es einen Unterschied in der Internetnutzung zwischen Männern und Frauen. 2010 nutzten 79,5 % der Männer und 64,8 % der Frauen das Internet. Während mehr als 90 % der unter 40-jährigen Männer online sind (97 % der unter 20-Jährigen), sind es noch 79 % bei den 50- bis 59-Jährigen und 66 % bei den 60- bis 69-Jährigen. Erst bei den über 69-Jährigen geht der Anteil der Internetnutzer auf 37 % zurück (Initiative D21 (N)Onliner Atlas 2010).

Tabelle 8.1 veranschaulicht die Nutzung verschiedener Informationsquellen und die Bewertung ihrer Bedeutung durch die Befragten. Verglichen werden die Ergebnisse der Befragungen von 2007 und 2010. Im Jahr 2007 wurde noch ein Viertel der Befragten (24 %) über Printmedien rekrutiert. Da der Fragebogen 2010 nur online zugänglich war, werden die Ergebnisse nach Rekrutierungsmedium getrennt dargestellt. Werden die 2007 online rekrutierten Befragten mit denen von 2010 verglichen, zeigen sich auch für die bedeutsameren Informationsquellen bemerkenswerte Unterschiede. Um ein realistisches Bild der Reichweite der verschiedenen Informationsquellen/-materialien zu erhalten,

wurden die Angaben jeweils auf alle Befragten bezogen, also auch auf jene, die sich in den 12 Monaten vor der Befragung nicht informiert haben.

Tab. 8.1: Genutzte und wichtigste Informationsquellen (in %)

Basis SMA (2007); SMA (2010), Gesamtstichprobe (inklusive der Befragten, die sich in den letzten 12 Monaten nicht informiert haben)

	genutzte Infoquellen			wichtigste Infoquellen		
	2007 offline (n=1.970)	2007 online (n=6.151)	2010 (n=39.872)	2007 offline (n=1.732)	2007 online (n=6.188)	2010 (n=39.378)
Schwule Zeitungen	75	38	27	52	25	17
Presse (Tages- und Wochenzei- tungen)	56	40	21	28	22	11
Fernsehen	30	32	18	15	18	11
Radio	15	12	6	6	5	4
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	18	15	9	6	4	3
Großflächenpla- kate der BZgA	21	15	11	6	5	3
Informationsma- terial der BZgA	16	12	5	11	7	4
Informations- material der Aidshilfen	48	29	12	35	17	9
Medizinische Fach- und Allgemeinliteratur	22	18	12	17	12	9
Arzt oder Ärztin	24	15	16	19	13	15
Beratung im Gesundheitsamt/ Krankenhaus	11	5	5	7	4	4
Telefonische Beratung	2	1	1	1	1	1
Gespräche im Freundeskreis	38	22	21	19	11	12

Internetangebote insgesamt	36	56	51	33	50	41
Online-Info-Angebote der						
Aidshilfen	17	27	16	14	22	11
Online-Beratung der Aidshilfen	3	9	5	3	8	5
Online-Info-Angebote der BZgA	9	9	8	7	6	6
Online-Kampagne IWWIT	-	-	10	-	-	5
Sonstige Internet-Quellen	23	42	40	18	33	29
Unterricht (an Schulen)*	-	35	27	-	23	19
Sonstige Quellen	36	19	15	6	11	10

* Basis: unter 20-Jährige (n_{pos} = zu kleine Fallzahlen; n_{neg} = 587; $n_{\text{ungetestet}}$ = 1.539)

Als das am häufigsten genutzte Informationsmedium wurde 2010 das Internet genannt. Im Vergleich zu 2007 hat seine Nutzung zwar von 56 auf 51% leicht abgenommen, Internetangebote behalten jedoch ihre dominierende Bedeutung. Auch unter den wichtigsten Informationsquellen festigt es seinen Rang. Gaben 2007 50% Internetangebote als wichtigste Informationsquellen an, so sind es 41% in der Erhebung von 2010. Bemerkenswert ist, dass die Schwulenpresse trotz des Verlustes der Bedeutung aller Printmedien einen relevanten Platz behält. 38% der online Befragten haben sich 2007 und 27% haben sich 2010 über die Schwulenpresse informiert, 17% zählen sie 2010 noch zu den wichtigsten Informationsquellen. Während die Nutzung persönlicher Informations- oder Kommunikationsangebote (Gespräche im Freundeskreis, mit dem Arzt, Beratung im Gesundheitsamt oder in Krankenhäusern) seit 2007 stabil bleibt, scheint die Nutzung der Medien Radio, Fernsehen, Tages- und Wochenzeitungen zugunsten des Internets abzunehmen, auch wenn letzteres in seiner Bedeutung etwas abnimmt. Da verschiedene Informationsquellen im Internet gezielter und aktiv-selektiver aufgesucht werden können, ist dies nicht überraschend. Um ein aktuelles Bild zu erhalten, wurde der Unterricht an Schulen als Informationsquelle lediglich auf die unter 20-Jährigen bezogen. Es zeigt sich hier eine leichte Abnahme im Vergleich zu den Werten von 2007. „Sonstige Internetquellen“ werden mit insgesamt 40% häufiger genannt als die Internetseiten der Aidshilfen (16%). Diese sonstigen Quellen werden von

29 % der Befragten auch zu den wichtigsten Informationsquellen gezählt. Die Befragungsteilnehmer scheinen anderen Internetseiten entweder einen höheren Informationsgehalt beizumessen, sie attraktiver aufbereitet oder leichter zugänglich zu finden. Bei einer im Dezember 2010 durchgeführten Google-Suche nach den Stichworten „HIV/AIDS“ erscheint die Webseite der Deutschen Aidshilfe an sechster Stelle, „Gib AIDS keine Chance“ (ein Internetangebot der BZgA) befindet sich an siebter Stelle. Darüber rangieren u. a. Wikipedia und das über Anzeigen finanzierte Gesundheitsportal „netdoktor.de“. Weiterhin finden sich unter den ersten 10 Treffern die Webseiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die der Deutschen AIDS-Stiftung. Insofern ist es durchaus bemerkenswert, dass 16 % der Befragten gezielt die Internetseite der DAH aufgesucht haben und 11 % sie zu den wichtigsten Informationsquellen zählen.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass einerseits eine Mehrheit von Befragten sich noch Informationen aus unterschiedlichen Quellen beschafft, dass aber sowohl bei der Mehrheit der überhaupt herangezogenen als auch bei den als wichtig eingestuften Informationsquellen ein Rückgang zu verzeichnen ist hinsichtlich der Anteile der Befragten, die sie nennen. Dies hängt gewiss auch mit dem gegenüber 2007 (21 %) erhöhten Anteil derjenigen zusammen, die 2010 angeben, sich in den letzten zwölf Monaten nicht über HIV/AIDS informiert zu haben (28 %).

Nicht auszuschließen ist bei einer Minderheit von MSM, dass HIV/AIDS keinen besonderen „Aktualitätswert“ mehr hat, und zwar nicht nur bei denen, die sich in den letzten zwölf Monaten nicht informierten, sondern auch bei denen, die dies taten, allerdings in einem geringeren Umfang als in früheren Jahren. Eine Aufgabe der Prävention bleibt es demzufolge, das Infektionsrisiko mit HIV als aktuelles Thema präsent zu halten.

Die Tabellen 8.2 und 8.3 zeigen, dass der Serostatus der Befragten einen deutlichen Einfluss auf die Informationsbeschaffung haben. Es überrascht nicht, dass ca. drei Viertel der positiv Getesteten ihre Ärzte/Ärztinnen als beanspruchte Informationsquelle nennen und diesen auch eine besondere Bedeutung zusprechen. Im Unterschied zu den ungetesteten Befragten werden Zeitungen für Schwule gleichermaßen von positiv wie negativ Getesteten zu einem höheren Anteil als Informationsquellen genannt. Dies gilt im geringeren Umfang auch für Gespräche im Freundeskreis wie auch für Beratungen im Gesundheitsamt oder Klinikambulanzen. Wie schon ausgeführt, haben ungetestete Befragte einen geringeren Szenebezug und weniger Sexualpartner als positiv und negativ Getestete. Die Distanz zu den unterschiedlichen Bereichen

schwuler Lebenswelten, innerhalb derer viele Informationsquellen zu finden sind, ist größer. Vermutlich fühlen sich auf Grund dieser Distanz auch viele ungetestete Befragte von AIDS weniger betroffen. Bei manchen von ihnen mag die Distanz zu den Lebenswelten von Schwulen auch Ausdruck einer „Distanzierung“ von AIDS bedeuten. Ergebnisse qualitativer Studien weisen in diese Richtung (z. B. Bochow 2011: 140–147).

Tab. 8.2: Genutzte Informationsquellen nach HIV-Serostatus (in %) Basis: SMA, Gesamtstichprobe (inklusive Befragte, die sich in den letzten 12 Monaten nicht zu HIV/AIDS informiert haben)

	HIV-Positive (n=3.367)	HIV-Negative (n=24.905)	Ungetestete (n=11.423)
Schwule Zeitungen	41	30	17
Presse (Tages- und Wochenzeitungen)	26	22	18
Fernsehen	19	18	20
Radio	6	6	6
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	6	9	10
Großflächenplakate der BZgA	8	11	11
Informationsmaterial der BZgA	5	6	5
Informationsmaterial der Aidshilfen	24	13	7
Medizinische Fach- und Allgemeinliteratur	25	12	7
Arzt oder Ärztin	67	14	3
Beratung im Gesundheitsamt / Krankenhaus	7	7	0,9
Telefonische Beratung	2	0,8	0,3
Gespräche im Freundeskreis	30	22	15
Internetangebote insgesamt	57	51	48
Online-Info-Angebote der Aidshilfen	24	17	13
Online-Beratung der Aidshilfen	8	6	4
Online-Info-Angebote der BZgA	7	9	8
Online-Kampagne IWWIT	11	10	8
Sonstige Internet-Quellen	46	40	39
Unterricht (an Schulen)*	-	25	28
Sonstige Quellen	20	14	14

* Basis: unter 20-Jährige (n_{pos} = zu kleine Fallzahlen; n_{neg} = 595; n_{ungetestet} = 1.567)

Tab. 8.3: Wichtigste Informationsquellen nach HIV-Serostatus (in %)
Basis: SMA, Gesamtstichprobe (inklusive Befragte, die sich in den letzten 12 Monaten nicht zu HIV/AIDS informiert haben)

	HIV-Positive (n=3.344)	HIV-Negative (n=24.600)	Ungetestete (n=11.264)
Schwule Zeitungen	22	19	12
Presse (Tages- und Wochenzeitungen)	9	11	11
Fernsehen	8	11	14
Radio	3	4	5
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	2	3	4
Großflächenplakate der BZgA	2	3	4
Informationsmaterial der BZgA	2	4	4
Informationsmaterial der Aidshilfen	15	9	5
Medizinische Fach- und Allgemeinliteratur	17	10	5
Arzt oder Ärztin	64	14	4
Beratung im Gesundheitsamt / Krankenhaus	5	6	1
Telefonische Beratung	1	0,7	0,3
Gespräche im Freundeskreis	17	13	9
Internetangebote insgesamt	40	41	41
Online-Info-Angebote der Aidshilfen	12	12	10
Online-Beratung der Aidshilfen	6	5	4
Online-Info-Angebote der BZgA	3	7	7
Online-Kampagne IWWIT	4	5	5
Sonstige Internet-Quellen	30	28	30
Unterricht (an Schulen)*	-	17	20
Sonstige Quellen	11	10	10

* Basis: unter 20-Jährige ($n_{\text{pos}} =$ zu kleine Fallzahlen; $n_{\text{neg}} = 587$; $n_{\text{ungetestet}} = 1.539$)

Zeitreihe: Informationsverhalten

Die Zeitreihe (Abb. 8.1a) zum Informationsverhalten zeigt bei den über die Printmedien realisierten (Teil-)Stichproben von 1991 bis 2003 eine zunächst leichte und dann deutliche Zunahme der Befragten, die sich überhaupt nicht in den zwölf Monaten vor der Befragung zu HIV/AIDS informierten. Analog nimmt der Anteil derjenigen ab, die sich regelmäßig informierten,

während der Anteil jener, die sich gelegentlich informierten, relativ stabil bleibt. Hervorgehoben werden muss, dass mindestens vier Fünftel jener, die sich nicht informierten, als Grund dafür angeben, dass sie sich hinreichenden informiert fühlen. Zu vermuten ist, dass spätestens seit der Einführung der antiretroviralen Therapien Mitte der 1990er-Jahre Informationen mit großem „Neuigkeitswert“ rar geworden sind, zumindest was die Situation in Deutschland und seinen EU-Nachbarländern anbelangt. Dies kann mit den Daten dieser Erhebungsreihe allerdings nicht geklärt werden. Insgesamt informiert sich eine Drei-Viertel-Mehrheit der befragten MSM nach wie vor gelegentlich oder regelmäßig zu HIV/AIDS. Die Differenzen, die sich zwischen der Zeitreihe der Gesamtstichproben und der adjustierten Zeitreihe zeigen, sind gering (Abb. 8.1b).

Abb. 8.1a: Informationsverhalten im Zeitverlauf, bezogen auf das Jahr vor der jeweiligen Befragung

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

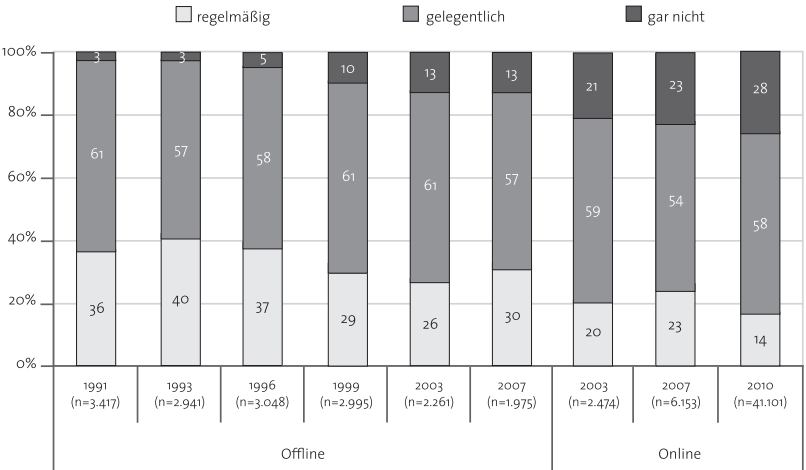
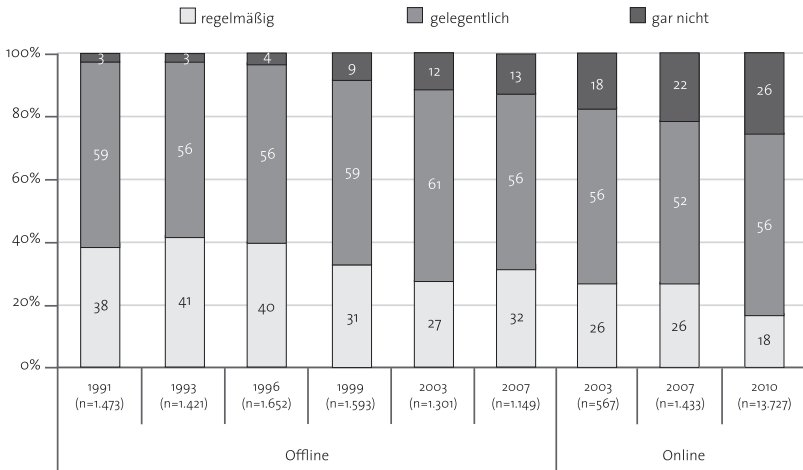


Abb. 8.1b: Informationsverhalten im Zeitverlauf, bezogen auf das Jahr vor der jeweiligen Befragung

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



204

Zeitreihe: BZgA-Materialien

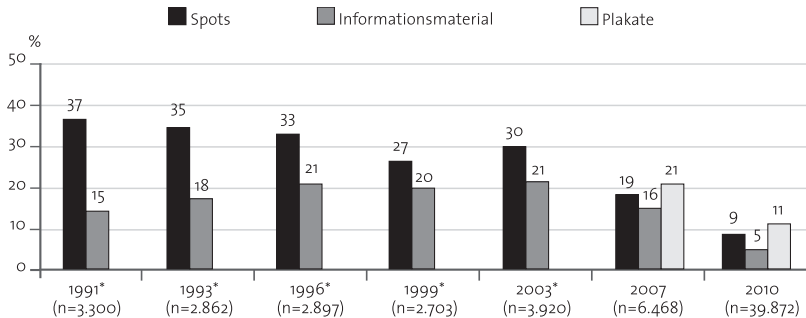
Bei der Interpretation den Zeitreihen zu den BZgA-Materialien ist Vorsicht geboten (Abb. 8.2a, Abb. 8.2b). Die in Kinos und im Fernsehen gezeigten Spots der BZgA wurden in den 1990er-Jahren in einer anderen Frequenz gesendet als nach dem Jahr 2000. Eine fundierte Interpretation der Änderung in der Wahrnehmung der BZgA-Materialien müsste allerdings noch weitere Faktoren berücksichtigen, ein Recherche- und Analyseaufwand, der in diesem Zusammenhang nicht geleistet werden kann.

Zwischen 1993 und 2003 scheinen die Print-Materialien der BZgA eine gleich hohe Reichweite zu haben. In diesem Zusammenhang kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass die Befragten BZgA- und DAH-Materialien verwechseln. Zur Wahrnehmung von BZgA-Plakaten muss angemerkt werden, dass diese erst ab 2007 erhoben wurde. Auch hier ist nicht gewährleistet, dass die Befragten DAH-Plakate in der Schwulenszene und BZgA-Plakate in der Öffentlichkeit auseinanderhalten. Die Abnahme der Anteile der Befragten, die 2007 und 2010 BZgA-Materialien wahrgenommen haben, hängt vermutlich auch damit zusammen, dass sich die Reichweite der Befragung erhöhte und somit der Anteil der szenenahen und gleichzeitig gut informierten unter den befragten MSM verringerte. Ein Indiz hierfür ist, dass die Zeitreihe der

adjustierten Stichprobe ebenfalls keine andere Tendenz abbildet als die Zeitreihe der Gesamtstichprobe, ein Hinweis darauf, dass mit den Befragungen von 2007 und vor allem von 2010 auch in den großen Großstädten MSM erreicht wurden, die die SMA-Befragungen zuvor nicht wahrgenommen haben.

Abb. 8.2a: Kenntnis von BZgA-Materialien im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

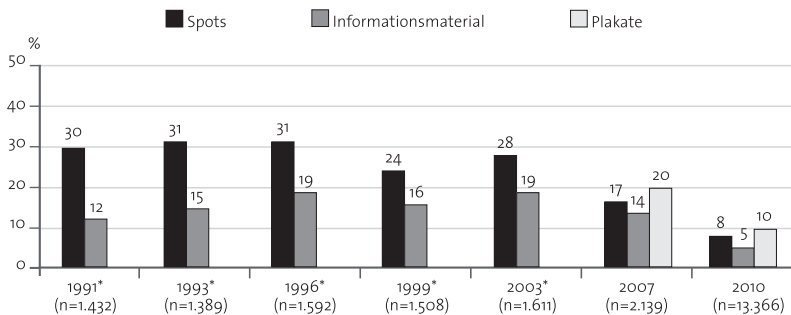


* Kenntnis von Plakaten wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt

205

Abb. 8.2b: Kenntnis von BZgA-Materialien im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



* Kenntnis von Plakaten wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt

**Zeitreihe: Bedeutung der Internetangebote für das Informationsverhalten
seit 2003**

**Tab. 8.4a: Inanspruchnahme von Internetangeboten im Zeitverlauf
Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle**

	Offline		Online		
	2003 (n=2.256)	2007 (n=1.970)	2003 (n=2.479)	2007 (n=6.151)	2010 (n=39.872)
Internetange- bote insgesamt	27	36	60	56	51
Online-Info der Aidshilfen	*	17	*	27	16
Online- Beratung der Aidshilfen	*	3	*	9	5
Online-Info der BZgA	*	9	*	9	8
Sonstige Internetquellen	*	23	*	42	40

* wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt

206

**Tab. 8.4b: Inanspruchnahme von Internetangeboten im Zeitverlauf
Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern**

	Offline		Online		
	2003 (n=1.301)	2007 (n=1.155)	2003 (n=566)	2007 (n=1.435)	2010 (n=13.366)
Internetange- bote insgesamt	26	35	56	53	50
Online-Info der Aidshilfen	*	16	*	25	16
Online- Beratung der Aidshilfen	*	3	*	7	5
Online-Info der BZgA	*	8	*	8	7
Sonstige Internetquellen	*	23	*	40	40

* wurde in der jeweiligen Erhebungswelle nicht erfragt

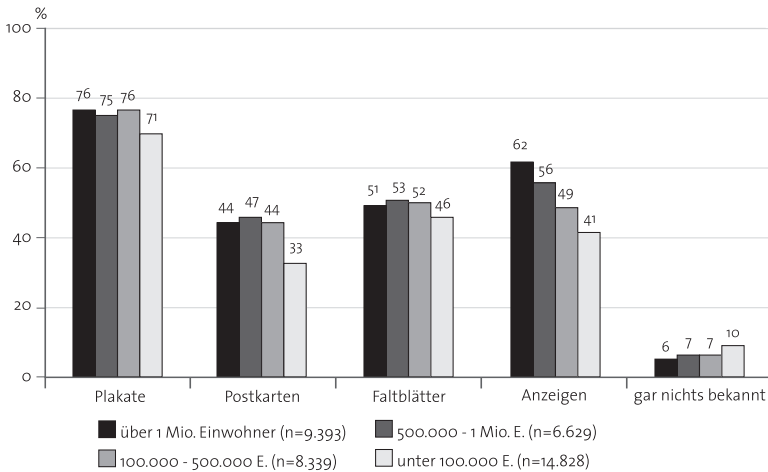
Seitdem der SMA-Fragebogen online zugänglich ist, kann die Bedeutung von Internet-Informationsangeboten zu HIV/AIDS besser erhoben werden. Mindestens die Hälfte der Online-Befragten hat sie genutzt. Da 2010 der Fragebogen nur online zugänglich war, ist kein Vergleich mehr möglich zu den 2003 und 2007 über Printmedien rekrutierten Befragungsteilnehmern. Bei diesen nahm die Bedeutung von Internet-Informationsangeboten von 2003 bis 2007 zu (Tab. 8.4a und Tab. 8.4b).

4. Verbreitung von DAH-Materialien

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind einer großen Mehrheit der Befragten, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, bekannt. Lediglich 8% geben an, dass sie keine der im Fragebogen genannten Materialien (Plakate, Postkarten, Faltblätter, Anzeigen in der Schwulenpresse) kennen. Abbildung 8.3 veranschaulicht den Bekanntheitsgrad der DAH-Materialien in Abhängigkeit von der Größe des Wohnorts, in dem die Befragten leben. Die Differenzen sind mit Ausnahme der Anzeigen in der Schwulenpresse wenig ausgeprägt. Ungefähr drei Viertel der Befragten kennen Plakate der DAH, die Hälfte hatte Zugang zu Faltblättern und etwas weniger als die Hälfte ist vertraut mit einigen Postkartenmotiven. Dass Anzeigen in der Schwulenpresse in kleineren Orten weniger bekannt sind, erstaunt nicht, da die kostenlosen Monatsmagazine für schwule Männer fast ausschließlich in Großstädten ausliegen und kaum in kleineren Orten. Auch in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern geben lediglich ein Zehntel der Befragten an, dass sie keine Materialien der DAH kennen. Es ist allerdings möglich, dass die Urheberschaft z. B. der Plakate nicht allen Befragten präsent ist und dass die überall sichtbaren BZgA-Plakate für Plakate der DAH gehalten werden, die vor allem innerhalb der Schwulenszene sichtbar sind.

Abb. 8.3: Bekanntheitsgrad der Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Wohnortgröße

Basis: SMA (n=39.189)



208

Wie in den vorhergehenden Befragungen zeigt sich auch 2010 wieder, dass unter 20-Jährige schlechter mit DAH-Materialien erreicht werden (Abbildung 8.4). Wird berücksichtigt, dass ein größerer Teil der jungen Befragten noch in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern lebten, ist eher bemerkenswert, dass die Unterschiede zwischen den Altersgruppen in Hinblick auf Plakate, Postkarten und Faltblätter nicht größer ausfallen. Allein bei den Anzeigen in der Schwulenpresse zeigt sich ein großer Unterschied zwischen den unter 20-Jährigen und den älteren Befragungsteilnehmern. Dies hat ebenfalls mit der geringeren Zugänglichkeit der Schwulenpresse in kleineren Gemeinden zu tun. Junge Schwule leben noch überdurchschnittlich häufig in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern, wo Exemplare der Gratis-Monatshefte der Schwulenpresse nicht ausliegen. Hinzu kommt, dass auch in Großstädten viele junge Schwule erst nach Abschluss einer bestimmten (unterschiedlich langen) biographischen Phase in näheren Kontakt mit der Schwulenszene kommen. Schließlich mag für viele (vor allem jüngere) Schwule das Internet mit seinen vielen Portalen für MSM ein Ersatz geworden sein für die traditionelle Schwulenpresse.

Abb. 8.4: Bekanntheitsgrad der Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Altersgruppen

Basis: SMA (n=40.178)

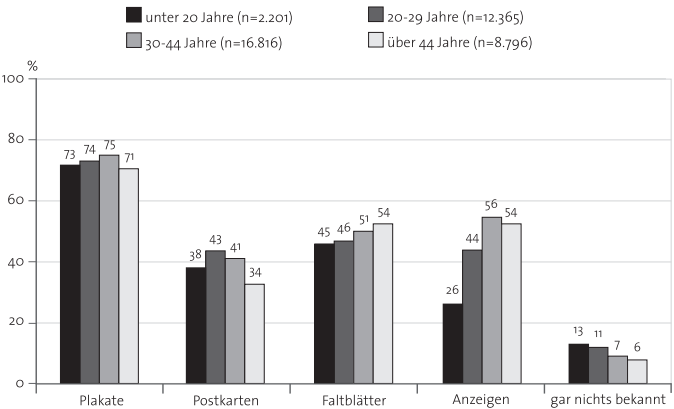
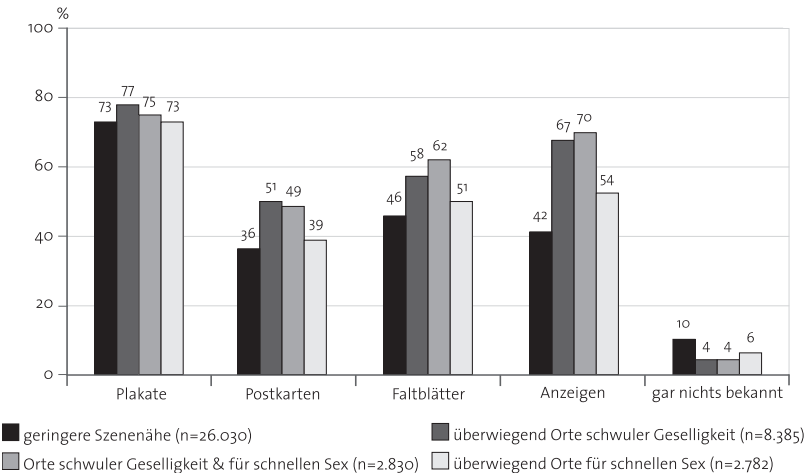


Abb. 8.5: Bekanntheitsgrad der Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe nach Szenenähe

Basis: SMA (n=40.027)



Für die Verbreitung der Infomaterialien der DAH spielen Orte der schwulen Subkultur eine bedeutsame Rolle. Dies zeigt sich darin, dass MSM zu einem höheren Anteil DAH-Materialien kennen, wenn sie solche Orte in kürzeren

Abständen frequentieren, insbesondere, wenn es sich dabei um kommunikative Orte handelt (wie Schwulenzentren, Cafés, Bars etc) und nicht um Orte für den schnellen Sex (Bars mit Darkrooms, Saunen, Pornokinos, Cruising-Orte; vgl. Abbildung 8.5).

Mehr als die Hälfte aller Befragten (57%) gibt an, Materialien der Aidshilfen in Bars, Cafés, Diskotheken oder Saunen der Schwulenszene erhalten oder gesehen zu haben, 37% auf öffentlichen Veranstaltungen oder Infoständen von Aidshilfen, 20% bei öffentlichen Veranstaltungen anderer Gruppen. 26% erhielten sie in Kliniken, Apotheken oder Arztpraxen, 14% in einem Gesundheitsamt. Bei einem Gespräch mit einem Aidshilfe-Mitarbeiter erhielten 7% und beim Besuch einer regionalen Aidshilfe 9% solche Materialien. Auch der Freundes- und Bekanntenkreis spielt eine Rolle bei der Verbreitung von Materialien der Aidshilfen: 15% der Befragten erhielten sie in diesem Rahmen.

Zeitreihe: DAH-Materialien

Die Materialien der DAH behalten einen hohen Bekanntheitsgrad, auch wenn der Anteil jener, die seit 2003 angeben, dass sie gar keine DAH-Materialien kennen, zunimmt. Ein Erklärungsfaktor hier ist ebenfalls die größere Reichweite der Befragungen (vor allem 2007 und 2010), die mehr MSM in kleineren Gemeinden erreichten und mehr szeneferne MSM in den Großstädten. Sowohl die Zeitreihe, die auf die jeweilige Gesamtstichprobe zurückgreift (Abb. 8.6a), wie auch die Zeitreihe, die auf den adjustierten Stichproben beruht, lassen dies vermuten (8.6b).

210

Abb. 8.6a: Kenntnis von DAH-Materialien im Zeitverlauf

Basis: alle Befragungsteilnehmer der jeweiligen Erhebungswelle

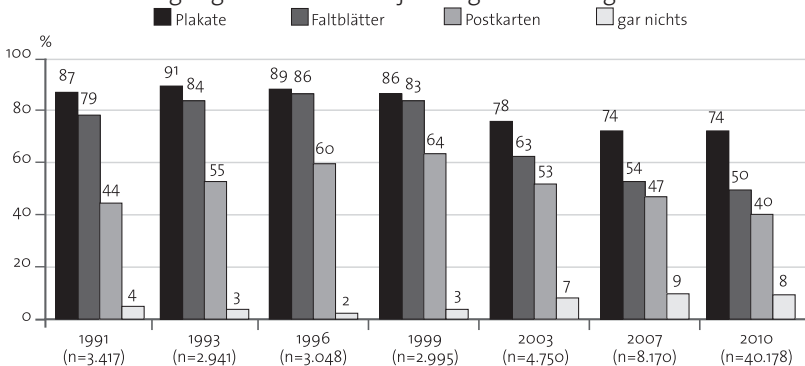
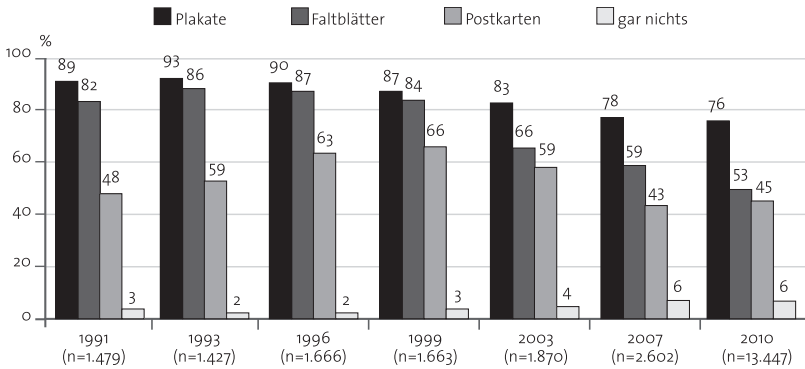


Abb. 8.6b: Kenntnis von DAH-Materialien im Zeitverlauf

Basis: Befragte ab 25 Jahre aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern



5. Zur Wahrnehmung der Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“

Die Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (www.iwwit.de) wurde von der Deutschen AIDS-Hilfe im Jahre 2008 gestartet. Sie dauert bis mindestens Ende 2015 noch an. Die Kampagne hat eine eigene Website und ist ebenfalls präsent auf der Website der DAH und regionaler Aidshilfen. Sie schaltet Anzeigen in der Schwulenpresse und organisiert Veranstaltungen in vielen Städten der Bundesrepublik. Über eine Fülle von „Rollenmodellen“, die in die Kampagne integriert sind, soll die Pluralität schwuler Lebensweisen thematisiert und unterschiedliche Gruppen von MSM angesprochen werden: Monogame Männer in einer Beziehung, Männer in einer offenen Beziehung, Singles, Fetisch-Liebhaber, junge Schwule im Coming-Out, ältere Schwule, Positive, Ungetestete etc.

211

Wichtige Ziele der Kampagne sind:

- Erleichterung und Vertiefung von Kommunikation über schwulen Sex und schwules Leben
- Differenzierte Informationen zu verschiedenen Strategien der Risikominimierung wie „serosorting“ und „ausgehandelte Sicherheit“
- Informationen zu sexuell übertragbaren Infektionen
- Entstigmatisierung von Menschen mit HIV
- Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Sexualität in ihren verschiedenen Varianten

Die Kampagne hat ein markantes Logo. Give aways mit dem Logo (wie Kondome, Lutscher und andere Süßigkeiten, Handtücher, Taschen etc.) werden verteilt, um die Kampagne zu bewerben.

Innerhalb relativ kurzer Zeit (zur Erinnerung: die EMIS-Befragung erfolgte im Sommer 2010, spiegelt also den Bekanntheitsgrad zu diesem Zeitpunkt wider) hat die IWWIT-Kampagne einen relativ hohen Bekanntheitsgrad erreicht. 41% der Männer (die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben) haben die Kampagne wahrgenommen. Unter 20-Jährige liegen mit 38% leicht unter diesem Durchschnitt, 20- bis 29-Jährige mit 43% leicht darüber, über 44-Jährige weisen mit 35% den niedrigsten Anteil auf. In Millionenstädten ist die Sichtbarkeit der Kampagne am höchsten: 50% der Befragten, die in Millionenstädten leben, haben sie wahrgenommen, 33% derer in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern. Der Bekanntheitsgrad von IWWIT folgt einem ähnlichen Muster, wie es sich beim Informationsverhalten zu HIV/AIDS generell zeigt. Der Anteil derjenigen, die IWWIT wahrgenommen haben, ist mit 57% am höchsten unter positiv Getesteten, es sind 43% der negativ Getesteten und 31% der ungetesteten Befragten. Männer, die die Schwulenszene intensiver frequentieren und Männer mit höheren Partnerzahlen sind vertrauter mit IWWIT als szeneferner lebende Männer.

Die Schwulenpresse erweist sich als wichtigstes Medium, um IWWIT kennenzulernen. 26% aller Befragten geben sie als Informationsquelle an, Webseiten für MSM folgen mit 15%. 9% haben IWWIT über die Kampagnen-Webseite kennengelernt und 10% über IWWIT-Werbe-Artikel.

Die Tabellen 8.5 bis 8.7 zeigen, über welche Medien IWWIT wahrgenommen wurde, in Abhängigkeit vom Serostatus, der Anzahl der Sexpartner und der Größe des Wohnorts. Um die Reichweite der IWWIT-Kampagne zu veranschaulichen, wurden die Angaben auf alle Befragte, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, bezogen. Tabelle 8.8 bezieht diese Angaben auf die Befragungsteilnehmer, die die IWWIT-Kampagne wahrgenommen haben. Insgesamt zeigt sich, dass der Schwulenpresse, vor allem in den Großstädten mit über 100.000 Einwohnern, eine überragende Bedeutung bei der Bewerbung der IWWIT-Kampagne zukommt.

Tab. 8.5: Wahrnehmung der IWWIT-Kampagne nach HIV-Status (in %)
Basis: SMA

	HIV-positiv (n=3.480)	HIV-negativ (n=11.878)	ungetestet (n=25.683)	insgesamt (n=41.041)
Schwulenpresse	44	29	15	26
IWWIT-Webseite	13	9	7	9
andere Webseite für MSM	18	15	13	15
Werbeartikel erhalten	12	11	7	10
nur davon gehört, nichts gesehen	5	4	4	4

Tab. 8.6: Wahrnehmung der IWWIT-Kampagne nach Anzahl der Sexpartner (in %)
Basis: SMA

	keiner (n=2.625)	1 bis 5 (n=21.689)	6 bis 10 (n=6.024)	11 bis 50 (n=7.864)	über 50 (n=1.244)	insgesamt (n=39.446)
Schwulenpresse	10	22	29	38	49	26
IWWIT-Webseite	7	9	9	10	12	9
andere Webseite für MSM	11	15	16	16	19	15
Werbeartikel erhalten	5	9	11	13	14	10
nur davon gehört, nichts gesehen	4	4	4	4	3	4

Tab. 8.7: Wahrnehmung der IWWIT-Kampagne nach Wohnortgröße (in %)
Basis: SMA, alle Befragte

	über 1 Mio. Einwohner (n=9.603)	500.000 - 1 Mio. E. (n=6.795)	100.000 - 500.000 E. (n=8.557)	unter 100.000 E. (n=15.272)	insgesamt (n=40.237)
Schwulenpresse	39	32	25	16	26
IWWIT-Webseite	10	10	10	8	9
andere Webseite für MSM	16	15	17	13	15
Werbeartikel erhalten	11	12	12	7	10
nur davon gehört, nichts gesehen	4	4	4	5	4

Tab. 8.8: Wahrnehmung der IWWIT-Kampagne nach Wohnortgröße (in %)
Basis: SMA, Befragte, die IWWIT wahrgenommen haben

	über 1 Mio. Einwohner (n=4.648)	500.000 - 1 Mio. E. (n=3.047)	100.000 - 500.000 E. (n=3.480)	unter 100.000 E. (n=4.804)	insgesamt (n=16.280)
Schwulenpresse	78	71	60	51	65
IWWIT-Webseite	20	21	25	24	22
andere Webseite für MSM	32	34	41	42	37
Werbeartikel erhalten	21	26	28	22	24
nur davon gehört, nichts gesehen	7	9	10	14	10

Um jene, bei denen ein (erneuter) HIV-Test oder ein Screening auf Syphilis oder Hepatitis angeraten sein könnte, zu ermutigen, solche Untersuchungen durchführen zu lassen, wurden an bestimmten Orten der Schwulenszenen in einer Reihe von Städten der Bundesrepublik „Testwochen“ durchgeführt. Auch hierauf bezog sich eine Frage im Erhebungsinstrument. Zwar haben 91% der Befragten von den Testwochen noch nichts gehört; dies erklärt sich jedoch auch dadurch, dass diese bis Sommer 2010 lediglich in einer begrenzten Zahl deutscher Städte durchgeführt werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass 9 % der Befragten in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern angeben, davon gehört zu haben, aber auch 8 % in Großstädten mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern und 7 % in Orten mit weniger als 100.000 Einwohnern. Da die Testwochen in den Schwulenszenen durchgeführt wurden, verwundert es nicht, dass 16 % derer, die intensiver Orte schwuler Geselligkeit und Orte für schnellen Sex aufsuchen, von den Testwochen gehört haben und lediglich 6 % derer, die sie weniger intensiv nutzten. Diesen Hintergrund spiegelt auch die altersspezifische Wahrnehmung der Testwochen wieder. 5 % der unter 20-Jährigen und 10 % der über 44-Jährigen haben die Testwochen wahrgenommen. Das gleiche gilt für die Zahl der Sexpartner im Jahr vor der Befragung. Je höher die Anzahl der Sexpartner desto höher die Wahrnehmung der Testwochen, ein für die Initiatoren der Testwochen wohl sehr willkommenes Ergebnis. 1 % der Befragten haben sich auf HIV, Syphilis oder Hepatitis testen lassen. Unter den Befragten mit mehr als 50 Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung waren es 2 %.

6. Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV

Das Informationsniveau wurde seit Ende der 1980er-Jahre durch die Frage erfasst, ob sich HIV über Speichel, Sperma, Kot/Urin, Blut oder Hautkontakte überträgt. Die Antworten zu Kot/Urin wurden nicht einbezogen in die Auswertungen zum Informationsniveau, die Frage danach wurde am Anfang der Befragungsreihe aufgenommen, da dieser angebliche Übertragungsweg zur damaligen Zeit immer wieder in der Diskussion war, und die Einschätzungen der Befragten dazu erkundet werden sollten. Die EMIS-Befragung von 2010 enthielt eine Reihe von Items, um das Basiswissen der Befragungsteilnehmer zu messen. Die Befragten hatten die Möglichkeit, zu elf (ausschließlich zutreffenden) Aussagen, die HIV betreffen, anzugeben, ob sie dies bereits wussten oder nicht. Die differenzierten Antwortmöglichkeiten enthielten die Vorgaben: „das wusste ich bereits“, „darüber war ich mir nicht sicher“, „das wusste ich noch nicht“, „ich verstehe das nicht“, „ich glaube nicht, dass das stimmt“. Diese Befragungsart kann im Rahmen des Themenbereichs als echter Fortschritt angesehen werden, da damit explizit das binäre Schema „richtig/falsch“ vermieden wurde. Etwas nicht zu wissen, gehört zum täglichen Leben, dies einzuräumen, wurde als „niedrigschwellige“ Befragungsmethode angesehen. Mit Sicherheit kann dadurch nicht vermieden werden, dass eine Reihe von Befragten sich lieber als „informierter“ ausgeben als sie es bei der Beantwortung des Fragebogens waren, die Analyse der Antworten zu den einzelnen Items legt allerdings den Schluss nahe, dass sich dieses Antwortverhalten in Grenzen hielt, da bei einer Reihe von Items die Anteile derer, die angaben „ich war mir nicht sicher“, „ich wusste das noch nicht“ oder „ich glaube das nicht“ keineswegs zu vernachlässigen sind.

Es zeigt sich, dass über 99 % der Befragten bereits von einem medizinischen Test zum Nachweis des HI-Virus wussten, 98 % wissen, dass „AIDS durch ein Virus verursacht wird, das HIV heißt“. Am dritthöchsten ist mit 97 % der Anteil derer, die davon ausgehen, dass es „derzeit keine Heilmittel gegen HIV“ gibt. Mehr als 90 % der Befragten wissen, dass „eine HIV-Infektion ... mit Medikamenten in Schach gehalten werden“ kann und dass erst mehrere Wochen nach einer Infektion mit HIV diese mit Sicherheit mit einem Test nachgewiesen werden kann. Mehr als 90 % wissen, „dass man sich über seinen Enddarm beim ‚passiven‘ ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken“ kann, ebenso ist mehr als 90 % bewusst, dass man nicht „am äußeren Erscheinungsbild erkennen (kann), ob jemand

HIV hat oder nicht“. Fast neun Zehntel (88%) der Befragten sind sich im Klaren darüber, dass bei ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr der insertive nichtinfizierte Partner sich bei einem infizierten rezeptiven Partner auch ohne Ejakulation infizieren kann.

86 % gehen davon aus, dass „Speichel HIV nicht überträgt“, dies bezweifeln noch immer 14 % der Befragten, ein Wert, der mit dem von 2007 verglichen werden kann (15 %), auch wenn die Antwortvorgaben 2007 anders gestaltet waren. Zwei Drittel der Befragten (65 %) wissen, dass sexuell übertragbare Infektionen die Chance erhöhen, HIV zu übertragen, wenn einer der Partner mit HIV infiziert ist. Mit 45 % ist der Anteil derer am geringsten, die wussten, „dass eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion das Risiko einer HIV-Übertragung reduziert; 21 % „glauben“ dies nicht, 18 % sind sich unsicher und 16 % geben an, dies noch nicht gewusst zu haben.

Aus den insgesamt elf HIV-Wissens-Items wurde ein additiver Index gebildet, der das Informationsniveau der Befragten zu HIV misst. Dieser umfasst drei Kategorien: Gut informiert, teils/teils, (eher) schlecht informiert. Gab ein Befragter zu zehn oder elf Items an, die jeweilige Information bereits zu kennen, so wurde er als „gut informiert“ eingestuft. Für Befragte, denen acht oder neun der vorgegebenen Informationen bekannt war, wurde die Gruppe „teils/teils“ gebildet, Befragte, die weniger als acht der vorgegebenen Informationen kannten, wurden der Gruppe „(eher) schlecht informiert“ zugeordnet. Es wurde bewusst keine „Gewichtungshierarchie“ zwischen den elf Items gebildet, da sie alle bedeutsame Informationen umfassen. Auf diese Weise konnte ein summarischer (und leicht nachvollziehbarer) Überblick zu Unterschieden im Informationsniveau gebildet werden.

Abb. 8.7: Informationsniveau nach Bildungsabschluss

Basis: EMIS

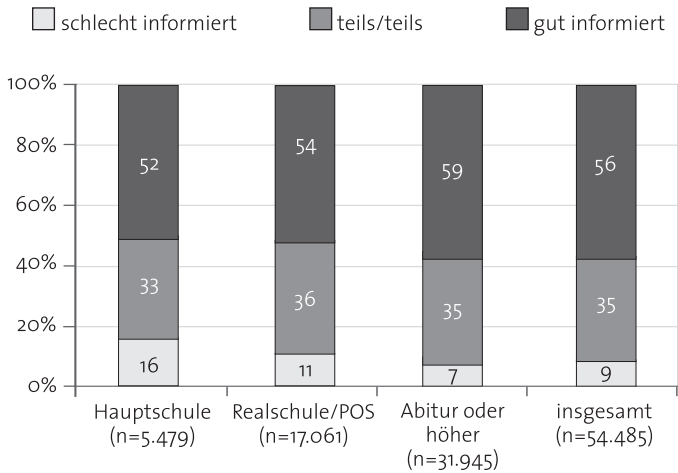
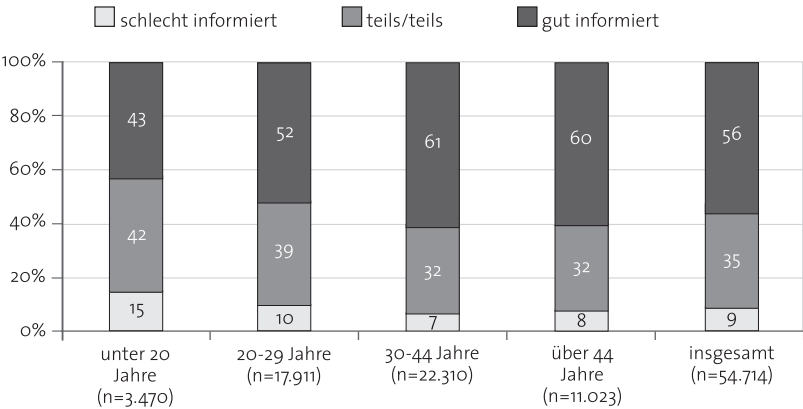


Abb. 8.8: Informationsniveau nach Altersgruppen

Basis: EMIS



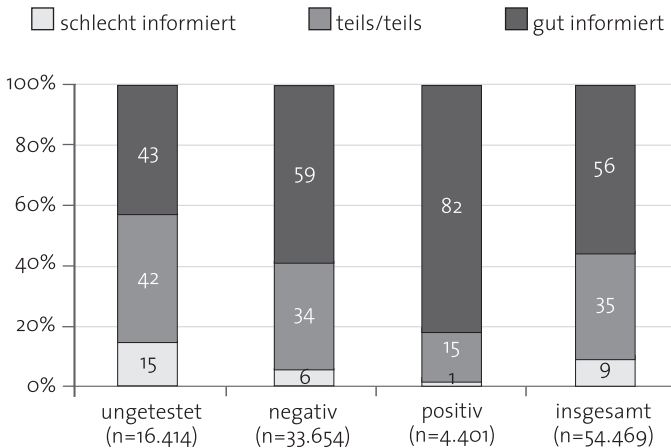
Die Abbildungen 8.7 und 8.8 zeigen, dass zwar bildungsspezifische und altersspezifische Unterschiede bestehen, was das Informationsniveau anbelangt, dass jedoch die bildungsabhängigen Unterschiede nicht sehr ausgeprägt sind. 52 % der Befragten mit Hauptschulabschluss und 59 % derer mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss sind gut informiert (Abbildung 8.7). Zwar sind mehr als doppelt so viele MSM mit Hauptschulabschluss schlechter

informiert (16%) als MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss (7%), dennoch kann dieses Ergebnis als Erfolg bisheriger Präventionsarbeit angesehen werden. *Als Aufgabe bleibt bestehen, Präventions- und Informationskampagnen so zu gestalten, dass sie auch MSM mit niedrigerem Bildungsniveau erreichen. Die Aussagen müssen so gestaltet sein, dass sie unabhängig vom Bildungsniveau aufgenommen werden können. In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass die in den einzelnen Aktionen gewählten Formulierungen – bei allem nachvollziehbaren Bemühen „cool“ oder „in“ zu wirken – nicht ein „Mittelschichts-Wording“ wiedergeben, das in proletarischen Milieus bzw. bei MSM mit Migrationshintergrund eher befremdet. Dieses Ziel wird häufig schon dann erreicht werden wenn die verwendeten Texte sachlich und in einer einfachen Sprache gehalten sind.*

Wird von der Gruppe der unter 20-Jährigen abgesehen, sind altersspezifische Unterschiede im Bildungsniveau ebenfalls nicht besonders ausgeprägt (Abbildung 8.8). Wie in vielen anderen Zusammenhängen zeigen sich wieder besonders ausgeprägte Unterschiede, wenn Differenzen nach Serostatus betrachtet werden (Abbildung 8.9). 82% der positiv Getesteten zeigen sich nach den Kriterien des gebildeten Index als gut informiert, nur 3% als schlecht informiert. Lediglich 43% der nicht getesteten Befragten sind gut informiert, 15% sind schlecht informiert.

Abb. 8.9: Informationsniveau nach Serostatus

Basis: EMIS



Die Tabellen 8.9 bis 8.11 veranschaulichen in differenzierter Form die summarisch kommentierten Unterschiede nach Bildungsniveau, Alter und Sero-status. Gewisse Unterschiede im Informationsniveau zeigen sich auch in Abhängigkeit von der Zahl der Sexualpartner. Da diese besonders deutlich erscheinen für die beiden Items, deren Informationsinhalt den Befragten am wenigsten bekannt war, werden nur diese in Tabelle 8.12 gezeigt. Befragte mit mehr als 10 Partnern in den zwölf Monaten vor der Befragung wissen zu einem deutlich höheren Anteil, dass die wirksame Behandlung (ART) das Risiko einer HIV-Übertragung reduziert (56 %), der Anteil ist noch höher bei Befragten mit mehr als 50 Partnern (69 %) (Tabelle 8.12). Da ein Drittel der Befragten mit mehr als 50 Sexpartnern positiv getestet ist, und diese Männer besonders gut informiert sind, wirkt sich hier auch deren Anteil aus. Der Anteil der gut Informierten unter den Männern mit hoher Partnerzahl lässt sich allerdings nicht allein darauf reduzieren.

Tab. 8.9: Wissen zu HIV nach Bildungsniveau (in %)
Basis: EMIS

	Haupt- schule (n=5.394)	Realschule (n=16.776)	Abitur oder höher (n=31.655)	Insgesamt (n=53.825)
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.	96,5	98,6	99,0	98,6
AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	97,1	98,0	98,8	98,3
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV.	92,3	96,1	98,0	96,8
Man kann sich über seinen Enddarm (Rektum) beim 'passiven' ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	89,3	93,8	96,8	95,1
Eine HIV-Infektion kann mit Medikamenten in Schach gehalten werden, so dass deren Auswirkungen viel geringer sind.	90,5	92,7	94,6	93,6
Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.	86,6	90,4	94,5	92,4
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.	86,1	91,0	94,3	92,4
Man kann sich beim 'aktiven' ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	83,9	86,5	89,6	88,1
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	83,4	85,5	87,1	86,3
Wenn einer oder beide Partner andere Geschlechtskrankheiten ('sexuell übertragbare Infektionen') haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn HIV infizierte und nicht infizierte Männer Sex miteinander haben.	68,7	65,3	63,4	64,5
Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung.	44,7	41,6	47,3	45,3

Tab. 8.10: Wissen zu HIV nach Altersgruppen (in %)
Basis: EMIS

	unter 20 Jahre (n=3.446)	20 bis 29 Jahre (n=17.707)	30 bis 44 Jahre (n=22.088)	über 44 Jahre (n=10.990)
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.	98,5	98,6	98,6	98,6
AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	97,3	98,0	98,7	98,6
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV.	95,7	96,7	97,3	96,4
Man kann sich über seinen Enddarm (Rektum) beim 'passiven' ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	92,1	95,1	95,8	94,5
Eine HIV-Infektion kann mit Medikamenten in Schach gehalten werden, so dass deren Auswirkungen viel geringer sind.	88,1	91,8	94,9	95,5
Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.	76,1	90,1	95,5	94,9
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.	90,7	92,1	93,5	91,2
Man kann sich beim 'aktiven' ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	86,3	88,2	88,8	86,8
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	89,3	88,0	86,3	82,5
Wenn einer oder beide Partner andere Geschlechtskrankheiten ('sexuell übertragbare Infektionen') haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn HIV infizierte und nicht infizierte Männer Sex miteinander haben.	55,3	59,4	66,8	71,1

Tab. 8.11: Wissen zu HIV nach Serostatus (in %)**Basis: EMIS**

	HIV-positiv (n=4.347)	HIV-negativ (n=33.353)	Ungetestet (n=16.253)
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.	99,0	98,9	97,9
AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	98,8	98,7	97,5
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV.	97,8	97,4	95,3
Man kann sich über seinen Enddarm (Rektum) beim 'passiven' ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	96,6	96,4	92,1
Eine HIV-Infektion kann mit Medikamenten in Schach gehalten werden, so dass deren Auswirkungen viel geringer sind.	98,3	94,7	89,9
Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.	97,6	96,0	83,6
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.	91,7	93,4	90,6
Man kann sich beim 'aktiven' ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	90,4	89,4	84,7
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	93,9	86,6	83,6
Wenn einer oder beide Partner andere Geschlechtskrankheiten ('sexuell übertragbare Infektionen') haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn HIV infizierte und nicht infizierte Männer Sex miteinander haben.	83,5	66,6	55,1
Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung.	78,4	45,7	35,3

Tabelle 8.12 veranschaulicht den hohen Anteil der Befragten, die der Aussage „Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung“ nicht folgen wollen (21%). Bei keiner anderen Aussage der elf verschiedenen Items ist der Anteil der Befragten, die die Information zurückweisen, höher. Auch der Anteil derer, die mitteilen, dass ihnen dieser Sachverhalt unbekannt war, ist mit 16 % vergleichsweise hoch.

Tabelle 8.12 veranschaulicht ebenfalls das höhere Informationsniveau der Männer mit höheren Partnerzahlen. Diese Männer gehen zu einem höheren Anteil Risikokontakte ein; sie tun dies aber nicht, weil sie schlecht informiert sind, sie tun es, obwohl sie (in ihrer großen Mehrheit) gut informiert sind (Siehe Kapitel IV.5, IV.7 und V.1).

Tab. 8.12: Antworten auf die Frage „Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung. – Haben Sie das bereits gewusst?“ nach Anzahl der Sexpartner (in %) Basis: EMIS						
„Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung“.	Anzahl der Sexpartner					
	keiner (n=3.666)	einer (n=11.937)	2 bis 10 (n=23.777)	11 bis 50 (n=10.312)	mehr als 50 (n=1.736)	insge- samt (n=51.428)
Das wusste ich bereits.	34	41	43	56	69	45
Darüber war ich mir nicht sicher.	19	18	18	16	11	18
Das wusste ich noch nicht.	23	17	17	11	6	16
Ich verstehe das nicht.	1,4	0,9	0,9	0,8	0,3	0,9
Ich glaube nicht, dass das stimmt.	24	23	21	16	13	21

Es bestätigt sich auch in der EMIS-Erhebung, dass Befragte, deren Homosexualität allen oder den meisten Personen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, Freund, Studien- oder Arbeitskollegen) bekannt ist, besser informiert sind als jene, deren gleichgeschlechtlichen Kontakte nur wenigen oder niemandem im sozialen Umfeld bekannt ist.

Bezogen auf die Gesamtheit der Befragten besteht kein direkter Zusammenhang zwischen dem mit dem additiven Index gemessenen Informationsniveau

und dem Eingehen von Risikokontakten. Zwar geben 72 % der gut Informierten keine Risikokontakte während der zwölf Monate vor der Befragung an und 68 % der schlecht Informierten. Allerdings ist in beiden Gruppen der Anteil jener mit mehr als vier Risikokontakten in den zwölf Monaten vor der Befragung gleich (14 %). Die Differenz zwischen beiden Gruppen beruht auf den unterschiedlichen Anteilen an sporadischen Risikokontakten (weniger als fünf). 18 % der schlecht Informierten und 14 % der gut Informierten geben sporadische Risikokontakte an. Den niedrigsten Anteil an MSM ohne Risikokontakte (75 %) weist die mittlere Gruppe Befragte auf, die in der gewählten Klassifikation weder gut noch vergleichsweise schlecht informiert sind. In dieser Gruppe geben 14 % der Befragten sporadische Risikokontakte an und 11 % häufigere.

Zusätzlich zu den Fragen zum Wissen über die Übertragungsmöglichkeiten von HIV wurden noch zwei Fragen gestellt zur Übertragbarkeit von sexuell übertragbaren Infektionen. Es fällt auf, dass eine große Mehrheit der Befragten (83 %) darüber informiert ist, dass sich Syphilis und Gonorrhö bei Fellatio auch ohne Ejakulation übertragen, nur 5 % der MSM geben an, dass das für sie eine neue Information ist (Tabelle 8.13). Dagegen geben lediglich 63 % an, dass sie schon wussten, dass die meisten anderen sexuell übertragbaren Krankheiten leichter weitergegeben werden als HIV (Tabelle 8.14). Zu beiden Punkten zeigen sich Männer mit mehr als zehn Sexpartnern im Jahr vor der Befragung besser informiert als jene mit geringeren Partnerzahlen.

Tab. 8.13: Antworten auf die Frage „Auch ohne Ejakulation birgt Oralverkehr das Risiko einer Infektion mit Syphilis oder Tripper (Gonorrhö). – Haben Sie das bereits gewusst?“ nach Anzahl der Sexpartner (in %)

Basis: EMIS

„Auch ohne Ejakulation birgt Oralverkehr das Risiko mit Syphilis oder Tripper (Gonorrhö).“	Anzahl der Sexpartner					
	keiner (n=3.614)	einer (n=11.890)	2 bis 10 (n=23.691)	11 bis 50 (n=10.298)	mehr als 50 (n=1.729)	insge- samt (n=51.222)
Das wusste ich bereits.	73	83	82	86	91	83
Darüber war ich mir nicht sicher.	16	12	13	10	6	12
Das wusste ich noch nicht.	9	5	5	3	2	5
Ich verstehe das nicht.	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
Ich glaube nicht, dass das stimmt.	0,7	0,8	0,8	0,5	0,9	0,8

225

Tab. 8.14: Antworten auf die Frage „Die meisten anderen sexuell übertragbaren Krankheiten können leichter weitergegeben werden als HIV. – Haben Sie das bereits gewusst?“ nach Anzahl der Sexpartner (in %)

Basis: EMIS

„Die meisten anderen sexuell übertragbaren Krankheiten können leichter weitergegeben werden als HIV.“	Anzahl der Sexpartner					
	keiner (n=3.614)	einer (n=11.892)	2 bis 10 (n=23.672)	11 bis 50 (n=10.290)	mehr als 50 (n=1.726)	insge- samt (n=51.194)
Das wusste ich bereits.	45	59	62	73	81	63
Darüber war ich mir nicht sicher.	25	19	19	15	9	18
Das wusste ich noch nicht.	19	11	10	6	4	10
Ich verstehe das nicht.	0,8	0,6	0,6	0,4	0,6	0,5
Ich glaube nicht, dass das stimmt.	11	10	9	7	5	9

7. Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe

Eine in Deutschland noch wenig beworbene Möglichkeit der (medizinischen) Primärprävention ist die so genannte Post-Expositions-Prophylaxe (PEP). Dabei werden bis zu 72 Stunden nach einem wahrgenommenen Risikokontakt vier Wochen lang antiretrovirale Medikamente eingenommen, um eine Infektion mit HIV (trotz zunächst möglicherweise erfolgter Übertragung) zu verhindern. Zu wissen, dass es Medikamente gibt, die nach einem Risikokontakt eingenommen werden, um eine HIV-Infektion zu verhindern, ist etwas anderes, als zu wissen, dass es sich bei diesen unter dem Namen „PEP“ oder „Post-Expositions-Prophylaxe“ bekannten Tabletten um die gleichen Medikamente handelt, die auch als Kombinationstherapien eingesetzt werden (selbst wenn für eine PEP nicht alle zugelassenen antiretroviralen Substanzen verwandt werden). Seit der Erhebung von 1999 wurde in den SMA-Befragungen auf die Möglichkeit einer medikamentösen Post-Expositions-Prophylaxe mit der Antwortvorgabe verwiesen, dass die neuen Kombinationstherapien nach einem Risikokontakt eine HIV-Infektion verhindern können. In der Antwortvorgabe wurde die PEP allerdings nicht als Begriff genannt. Bei HIV-positiv getesteten Männern war 2007 die Zustimmung zu dieser Aussage mit 24% am höchsten (negativ Getestete 16%, Ungetestete 17%) (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 161). In der EMIS-Umfrage wurde 2010 die Post-Expositions-Prophylaxe mit drei Fragen direkt als Begriff eingeführt. Die Befragungsteilnehmer wurde gebeten, bei den drei vorgegebenen Aussagen anzugeben, ob ihnen der Sachverhalt bereits bekannt war („das wusste ich bereits“), ob sie darüber im Zweifel waren, darüber noch nicht informiert waren, oder ob sie davon ausgehen würden, dass dies nicht stimmt.

Es zeigt sich, dass 2010 ein höheres Informationsniveau zu den Möglichkeiten des Einsatzes von antiretroviralen Mitteln nach Risikokontakten besteht als 2007, gleichzeitig wird deutlich, dass diese Informationen nach wie vor sehr ungleich verteilt sind, und mit Ausnahme HIV-positiv Getesteter nur bei einer Minderheit der Befragten bekannt sind. 40% aller Befragten ist bekannt, dass die Post-Expositions-Prophylaxe versucht, „eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.“ 29% der MSM wissen, dass die PEP-Behandlung für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden muss, 41% ist bekannt, dass die PEP nach einem Risikokontakt am besten innerhalb von wenigen Stunden eingenommen werden sollte. Tabelle 8.15 zeigt, dass einer Mehrheit von positiv Getesteten

diese drei Sachverhalte bekannt sind, ungetestete MSM erweisen sich als am wenigsten informiert. Tabelle 8.16 veranschaulicht die bildungsabhängigen Unterschiede im Informationsniveau, Tabelle 8.17 Unterschiede im Informationsniveau nach Altersgruppen. MSM mit mehr als 10 Sexpartnern im Jahr vor der Befragung sind besser informiert als Männer mit geringeren Partnerzahlen (Tabelle 8.18), MSM mit häufigeren ungeschützten analgenitalen Kontakten mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus erweisen sich nicht als wesentlich besser informiert als Befragte ohne Risikokontakte (Tabelle 8.19). Lediglich 2 % der Befragten geben an, dass sie den drei Aussagen zu PEP nicht glauben, bezweifeln also den therapeutischen Wert einer Post-Expositions-Prophylaxe. Dieser Anteil ist relativ unabhängig vom Serostatus der Befragten, von der Partnerzahl und vom Risikoverhalten. Kleine Unterschiede ergeben sich in Hinblick auf das Bildungsniveau und auf das Alter: 3 % der Befragten mit Hauptschulabschluss bezweifeln die Richtigkeit aller drei Aussagen zu PEP, 3 % der über 44-Jährigen bezweifeln sie ebenfalls.

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Anteils serodiskordanter Paare und des Anteils der mitgeteilten Risikokontakte scheint es notwendig, Informationsaktivitäten zu den Möglichkeiten (und Begrenzungen) der Post-Expositions-Prophylaxe zu verstärken. Den Aidshilfen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, sowohl was ihre Beratungstätigkeiten als auch ihre Vor-Ort-Arbeit und ihre Informationsmaterialien anbelangt, ebenso den Arztpraxen mit schwulen Patienten.

Von den ungetesteten und negativ getesteten MSM sind sich 70 % sehr sicher bzw. ziemlich sicher, dass sie eine PEP erhalten werden, wenn ein Bedarf entsteht; wenig oder überhaupt nicht sicher sind sich die verbleibenden 30 %. Unterschiede im Vertrauen darauf, bei Bedarf Zugang zu einer PEP zu finden, sind gering in Hinblick auf das Bildungsniveau, das Alter und die Partnerzahl der Befragten. Bewohner von Orten mit unter 100.000 Einwohnern zeigen sich weniger zuversichtlich, eine Post-Expositions-Prophylaxe zu erhalten. *Die Tatsache, dass sich hier keine (in anderen Zusammenhängen oft konstatierte) bildungs- und altersbedingten Unterschiede beobachten lassen, unterstreicht die Notwendigkeit, die Informationsaktivität zur Post-Expositions-Prophylaxe generell zu verstärken. Das Informationsniveau zur PEP ist auf alle Befragte bezogen noch relativ niedrig.*

Unter den ungetesteten und negativ getesteten MSM geben 1,4 % an, dass sie jemals mit einer PEP behandelt wurden. Dieser Anteil steigt deutlich an, wenn die Zahl der Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung berücksichtigt

wird. 5 % der MSM mit mehr als 50 Sexpartnern erhielten schon einmal eine PEP, 3 % jener mit 11 bis 50 Sexpartnern. MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss geben zu einem doppelt so hohen Anteil (1,8 %) Erfahrung mit einer PEP an als solche mit Hauptschulabschluss (0,9 %).

Tab. 8.15: Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe nach Serostatus (in %)
Basis: EMIS

	HIV-positiv (n=4.313)	HIV-negativ (n=33.119)	Ungetestet (n=16.109)	Insgesamt (n=53.541)
Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	71,7	43,5	25,2	40,2
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	60,3	30,6	18,6	29,4
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt eingenommen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	72,1	43,7	26,4	40,8

228

Tab. 8.16: Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe nach Bildungsabschluss (in %)
Basis: EMIS

	Hauptschule (n=5.329)	Mittlere Reife (n=16.673)	Abitur oder höher (n=31.565)
Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	31,4	32,7	45,7
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	28,5	26,6	31,1
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt eingenommen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	31,4	33,6	46,1

Tab. 8.17: Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe nach Altersgruppen (in %)
Basis: EMIS

	unter 20 Jahre (n=3.389)	20 bis 29 Jahre (n=17.577)	30 bis 44 Jahre (n=21.933)	über 44 Jahre (n=10.890)
Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	28,9	37,3	44,6	39,8
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	23,6	27,2	31,8	30,1
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt eingenommen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	32,9	39	44,5	38,5

229

Tab. 8.18: Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe nach Anzahl der Sexpartner (in %)
Basis: EMIS

	1 bis 10 (n=35.489)	11 bis 50 (n=10.273)	über 50 (n=1.724)
Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	37,8	51,3	62,4
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	27,6	36,8	47,5
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt eingenommen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	38,6	51,3	61,0

Tab. 8.19: Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe nach Häufigkeit von Risikokontakten (in %)
Basis: SMA

	kein Risiko (n=26.278)	sporad. Risiko (n=5.042)	häufiges Risiko (n=4.801)
Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	41,2	39,0	45,3
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	28,9	28,8	34,7
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt eingenommen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	41,9	39,9	45,5

IX. MSM mit Migrationshintergrund

231

Seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 ist sowohl der Anteil gemeldeter HIV-Infektionen bei MSM als auch der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund angestiegen. Von daher verdient die Schnittmenge dieser beiden Gruppen (MSM mit Migrationshintergrund) eine besondere Beachtung. Dieser Aspekt wurde bereits im Rahmen vorangegangener Befragungen thematisiert. Aus den Ergebnissen der Erhebung von 2003 ging hervor, dass MSM mit Migrationshintergrund sowohl mehr Sexualpartner als auch Risikokontakte hatten, sich seltener auf HIV testen ließen und weitaus stärker von sexuell übertragbaren Infektionen und HIV betroffen waren (Bochow/Wright/Lange 2004: 137–144).

Diese Ergebnisse wurden mit der Erhebung von 2007 nicht bestätigt. Zum Teil ist dies der anderen soziodemographischen Zusammensetzung der Gruppe der MSM in dieser Befragung geschuldet. MSM mit Migrationshintergrund wiesen ein höheres Bildungsniveau auf und konzentrierten sich auf Großstädte mit mehr als 500.000 Einwohnern. Trotz höherer Partnerzahlen gingen sie nicht zu einem höheren Anteil HIV-Übertragungsrisiken ein. Sie waren ebenso gut über die Übertragungswege von HIV wie auch über die lebensverlängernde Wirkung antiretroviraler Therapien und die

derzeitige Unmöglichkeit einer endgültigen Heilung von AIDS informiert wie die deutschstämmigen MSM.

Laut amtlicher Statistik lebten im Jahre 2009 über 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was einem Anteil von knapp 20 % an der Gesamtbevölkerung entspricht. Die Mehrheit der Menschen mit Migrationshintergrund stellen 10,6 Millionen Personen dar, die seit 1950 nach Deutschland zuwanderten. Ein Großteil dieser Zuwanderer stammt aus EU- und EFTA-Ländern, den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, der Türkei und den Nachfolgestaaten Jugoslawiens. Gut 3 Millionen Menschen haben ihre Wurzeln in der Türkei, 2,9 Millionen in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, 1,5 Millionen in den Nachfolgestaaten Jugoslawiens und knapp 1,5 Millionen in Polen. Die ehemaligen „Gastarbeiter“-Anwerbeländer ohne Jugoslawien und die Türkei stellen zusammen 1,7 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Hier hat Italien mit 830.000 den höchsten Anteil an Personen vor Griechenland mit 403.000 Personen und Portugal mit 171.000 nach Spanien mit 172.000 den niedrigsten Anteil (Statistisches Bundesamt 2010). Zum Teil spiegeln sich diese Zuwanderungsprozesse in der Gruppe der MSM mit Migrationshintergrund, die sich an der EMIS-Studie beteiligten, wider (Tabelle 9.1). Unter den MSM mit nicht-deutschem Hintergrund sind in nennenswertem Umfang ebenfalls MSM aus den Nachbarländern Deutschlands, wie Österreich und der Schweiz, den Niederlanden und Frankreich stark vertreten. Auch die engen Bindungen (West-)Deutschlands zu den USA, die nach dem Zweiten Weltkrieg entstanden, finden ihren Niederschlag.

**Tab. 9.1: Herkunftsländer
Basis: SMA, Befragte, die nicht in Deutschland geboren wurden**

Geburtsland	Befragter	Mutter des Befragten	Vater des Befragten
Polen	455	634	633
USA	391	68	244
Frankreich	249	148	144
Italien	232	168	370
Österreich	219	262	311
Russland	198	146	166
übrige Staaten der ehem. Sowjetunion	229	154	175
Großbritannien	179	61	123
Rumänien	155	140	140
Nachfolgestaaten Ex-Jugoslawien	144	268	292
Spanien	142	89	86
Brasilien	129	36	38
Schweiz	119	78	79
Niederlande	116	129	111
Türkei	104	198	261
Griechenland	83	89	121
Bulgarien	63	15	24
Tschechische Republik	58	217	213
Mexiko	58	8	7
Ungarn	46	81	119
übrige Länder	1.042	734	815
n insgesamt	4.411	3.723	4.472

Mit der EMIS-Befragung 2010 konnten insgesamt 8.378 MSM mit Migrationshintergrund erreicht werden, was einem Anteil von 15,4% an der Gesamtstichprobe entspricht.¹⁶ Von diesen 8.378 Männern wurde etwas

¹⁶ Als Personen mit Migrationshintergrund wurden MSM definiert, die entweder selbst nicht in Deutschland geboren sind bzw. bei denen mindestens ein Elternteil aus einem anderen Land als Deutschland stammt.

mehr als die Hälfte ($n = 4.411$; 52,6%) nicht in Deutschland geboren.¹⁷ Im deutschen Fragebogenanhang wurde ergänzend das Geburtsland der Eltern der Befragten erhoben. Die Befragten, die in Deutschland geboren wurden, deren Eltern jedoch ein anderes Geburtsland haben, wurden (in Anlehnung an die Praxis des Statistischen Bundesamtes) ebenfalls als MSM mit Migrationshintergrund definiert. Da 74% der Befragten den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, konnte demzufolge nicht von allen Befragten ein Migrationshintergrund bestimmt werden; die Informationen zum Geburtsland der Eltern liegen für ein Viertel von ihnen nicht vor. Um die Definition des Migrationshintergrundes zu vereinfachen, wurde ein solcher auch zugeschrieben, wenn lediglich ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde. Tabelle 9.1 zeigt in Spalte 2 und 3 neben den Geburtsländern der Befragten die Geburtsländer ihrer Eltern. In der Tabelle wurden lediglich die Länder einzeln berücksichtigt, in denen mindestens jeweils 50 Befragungsteilnehmer geboren wurden (mit der Ausnahme von Ungarn, das dieser Größenordnung aber nahekommt).

Wie in früheren Befragungen werden die MSM für die folgenden Auswertungen nach dem Kriterium der gesellschaftlichen Akzeptanz von Homosexualität in ihrem Herkunftsland (bzw. dem ihrer Eltern) in zwei Gruppen eingeteilt (vgl. auch die Anmerkungen in Kapitel 2, Abschnitt Migrationshintergrund):

1. MSM aus Ländern, in denen Homosexualität ähnlich akzeptiert ist bzw. gelebt wird wie in Deutschland (Gruppe II, ausführlicher zur Bildung dieser Gruppe siehe Kapitel II)¹⁸;
2. MSM aus Ländern, in denen ein größeres Ausmaß an Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Homosexuellen herrscht (Gruppe III)¹⁹.

17 In der Stichprobe befinden sich 128 im Ausland geborene Männer, deren Eltern deutschstämmig sind. Sie gelten in unseren Analysen als „Deutsche“.

18 Andorra, Argentinien, Australien, Belgien, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dänemark, Finnland, Frankreich & Überseeterritorien, Griechenland, Grönland, Irland, Island, Israel, Italien, Japan, Kanada, Liechtenstein, Luxemburg, Monaco, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Südafrika, Tschechische Republik, Großbritannien & Überseeterritorien, USA, Uruguay.

19 Afghanistan, Ägypten, Äquatorialguinea, Äthiopien, Albanien, Algerien, Angola, Armenien, Aserbaidschan, Bahamas, Bahrain, Bangladesch, Barbados, Belize, Benin, Bhutan, Bolivien, Bosnien-Herzegowina, Botsuana, Brunei, Bulgarien, Burkina Faso, China, Dominica, Dominikanische Republik, Dschibuti, Ecuador, El Salvador, Elfenbeinküste, Eritrea, Estland, Fidschi-Inseln, Gabun, Gambia, Georgien, Ghana, Guatemala, Guinea, Haiti, Honduras, Indien, Indonesien, Irak, Iran, Jamaika, Jemen, Jordanien, Kamerun, Kap Verde, Kasachstan, Katar, Kenia, Kirgisistan, Kolumbien, Kongo – Brazzaville, Kongo – Kinshasa, Kosovo, Kroatien, Kuba, Kuwait, Laos, Lesotho, Lettland, Libanon, Litauen, Malaysia, Malediven, Mali, Malta, Marokko, Mauretanien, Mauritius,

Die „kulturelle“ Vergleichbarkeit wurde daran gemessen, ob ähnliche subkulturelle Gesellungsformen, eine etablierte Schwulenbewegung (oder zumindest eine in Ansätzen sich entwickelnde) oder Regelungen für gleichgeschlechtliche Partnerschaften vorhanden sind. Die Einteilung in Gruppe II und Gruppe III erfolgte anhand des Geburtslandes des Befragten bzw. der Geburtsländer der Eltern (bei in Deutschland geborenen MSM mit Migrationshintergrund). Eine Unterscheidung zwischen den beiden Ländergruppen erscheint uns auch deshalb wichtig, da eine Reihe von Untersuchungen ergaben, dass MSM, die sich gesellschaftlich nicht akzeptiert fühlen, Schwierigkeiten bei der Aufnahme und Umsetzung MSM-spezifischer Präventionsbotschaften haben (siehe z. B. Bochow 2000a).

1. Soziodemografische Merkmale

Befragte MSM mit Migrationshintergrund – sowohl aus Gruppe II als auch aus Gruppe III – unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale zum Teil deutlich von den deutschstämmigen Befragten.

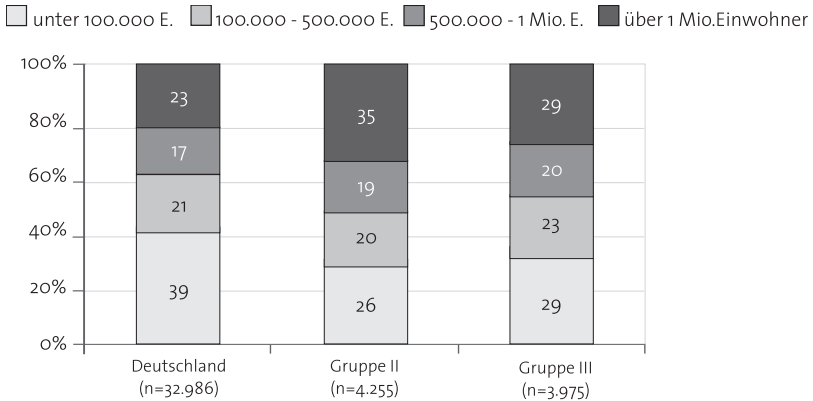
Im Vergleich mit deutschstämmigen MSM haben Befragte aus Gruppe II höhere Bildungsabschlüsse (45 % vs. 31 % mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss) und wohnen häufiger in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern (54 % vs. 40 %, vgl. Abbildung 9.1). Der Altersmedian beträgt in beiden Gruppen 34 Jahre.

235

Mazedonien, Mexiko, Moldawien, Mongolei, Montenegro, Mosambik, Namibia, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Oman, Pakistan, Palästina, Paraguay, Peru, Philippinen, Polen, Puerto Rico, Rumänien, Russland, Sambia, Saudi-Arabien, Serbien, Simbabwe, Singapur, Slowakei, Somalia, Sri Lanka, Sudan, Süd-Korea, Syrien, Tadschikistan, Taiwan, Tansania, Thailand, Togo, Trinidad-Tobago, Tschad, Tunesien, Türkei, Türkische Republik Nordzypern, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ukraine, Ungarn, Usbekistan, Vanuatu, Vatikanstadt, Vereinigte Arabische Emirate, Venezuela, Vietnam, Weißrussland, Zentralafrikanische Republik, Zypern.

Abb. 9.1: Deutschstämmige und MSM mit Migrationshintergrund nach Wohnortgröße

Basis: SMA



236

Befragte aus Gruppe III sind hingegen jünger als deutschstämmige MSM (Altersmedian 30 vs. 34 Jahre) und haben ebenfalls, aber weniger stark ausgeprägt, höhere Bildungsabschlüsse (38% vs. 31%). Hier wird ein Selektionsbias in der Erhebung sichtbar: Migranten in Deutschland – insbesondere aus Ländern der Gruppe III – verfügen in der Regel im Vergleich zur deutschstämmigen Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt über niedrigere Bildungsabschlüsse.

Befragte aus Gruppe II und III unterscheiden sich deutlich hinsichtlich der Dauer ihres Aufenthaltes in Deutschland. Im Mittel sind MSM aus Gruppe III länger in Deutschland ansässig als MSM aus Gruppe II (Median 14 Jahre vs. 11 Jahre). Der Anteil der Männer, die erst seit maximal fünf Jahren in Deutschland leben, ist bei MSM aus Gruppe II höher als bei jenen aus Gruppe III (34% vs. 22%). Entsprechend ist der Anteil derjenigen, deren Aufenthalt in Deutschland bereits seit 15 Jahren oder länger andauert, bei MSM aus Gruppe III höher (47% vs. 37%). Dieser Befund kann u. a. dadurch erklärt werden, dass Personen in Gruppe II (ungefähr zu drei Vierteln aus EU-Ländern) räumlich mobiler sind, da sie es aufgrund EU-weiter gesetzlicher Regelungen einfacher haben, sich in Deutschland oder anderen EU-Ländern niederzulassen, während Menschen aus Nicht-EU-Ländern zahlreiche Bedingungen erfüllen und sich einem langwierigen bürokratischen Prozess unterwerfen müssen, bevor sie in Deutschland leben dürfen.

2. Sexuelle Identität, Kenntnis der Homosexualität im sozialen Umfeld, Szenenähe

Die Grundlage für die Einteilung der nicht-deutschstämmigen MSM in die beiden Gruppen war die Akzeptanz von Homosexualität in der Gesellschaft des Herkunftslandes. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass Befragte aus Gruppe III sich mit 75% nur zu einem leicht geringeren Anteil als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen als Befragte in den anderen beiden Gruppen (Deutschstämmige 79%, Gruppe II 80%). Die Ablehnung einer Selbstbezeichnung ist bei MSM aus Gruppe III mit einem Anteil von 8% nicht deutlich höher als bei den Deutschstämmigen mit 5% und MSM aus Gruppe II mit 6%. Die befragten Männer berichten in allen drei Gruppen in gleichem Ausmaß von Sexkontakten mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung: 11% der MSM aus Gruppe II, 13% in Gruppe III hatten in den 12 Monaten vor der Befragung sexuelle Kontakte mit einer (oder mehreren) Frau(en), bei den deutschstämmigen Befragten sind es 12%. Der Anteil der MSM, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer Beziehung mit einer Frau leben, ist mit 7% unter den Deutschstämmigen am höchsten, er beträgt 5% in Gruppe II und 6% in Gruppe III.

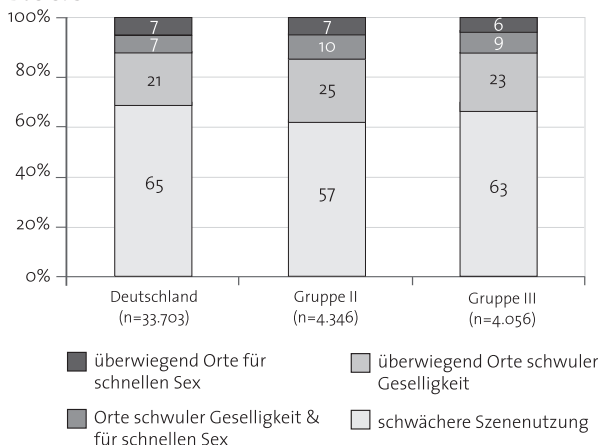
Wie in Kapitel 3 bereits ausgeführt, wurde in der Erhebung von 2010 nach der Kenntnis – und nicht, wie in vergangenen Erhebungen, nach der Akzeptanz – der eigenen Homosexualität im sozialen Umfeld gefragt. MSM aus Ländern mit ähnlichen Lebensbedingungen für Schwule (Gruppe II) wie in Deutschland leben ihre Homosexualität offener als deutsche MSM: der Anteil der Männer, bei denen allen oder fast allen Menschen aus dem sozialen Umfeld die Homosexualität bekannt ist, ist bei Befragten aus Gruppe II mit 51% leicht höher als bei Deutschstämmigen (48%). Lediglich 37% der MSM in Gruppe III geben an, dass die meisten Freunde, Familienmitglieder, Arbeits- und Studienkollegen über die homosexuelle Orientierung informiert sind. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Freundeskreises zeigen sich kaum Unterschiede zwischen deutschstämmigen MSM und jenen aus anderen Ländern. Befragte aus Gruppe II berichten zu einem etwas höheren Anteil von einem überwiegend schwulen Freundeskreis (39% vs. 33%).

Der Bezug zu den verschiedenen Orten der schwulen Subkultur lässt ebenfalls keine ausgeprägten Unterschiede erkennen (vgl. Abbildung 9.2). Sowohl die intensivere Frequentierung der Orte für schnellen Sex wie auch der Orte schwuler Geselligkeit unterscheiden sich kaum zwischen den drei Gruppen.

Auch wenn die 8 im Fragebogen vorgegebenen unterschiedlichen Szenetreffs/Szeneorte lediglich quantitativ gruppiert werden (siehe Kapitel III.5), zeigen sich kaum Unterschiede. Einzige Ausnahme: 18% der Deutschstämmigen und 17% der MSM in Gruppe III suchen keinen dieser Szeneorte auf, bei den MSM in Gruppe II sind dies 13%. Die Hälfte der Deutschstämmigen (48%) und der MSM in Gruppe III (50%) rekrutieren alle oder die meisten ihrer Sexpartner über das Internet; es sind 44% der MSM in Gruppe II (hier nicht dargestellt).

Abb. 9.2: Szenenähe: Deutschstämmige und MSM mit Migrationshintergrund

Basis: SMA



MSM mit Migrationshintergrund, insbesondere jene aus Gruppe II, werden etwas häufiger Opfer schwulenfeindlicher Gewalt als Deutschstämmige; dies wird besonders bei Gewalterfahrungen deutlich, die länger als 12 Monate zurückliegen: Der Anteil der Befragten, die von verbaler oder „symbolischer“ Gewalt in den letzten fünf Jahren und davor berichten, ist bei Männern aus Gruppe II mit 46% (Deutschstämmige und Gruppe III: 42%) etwas höher, insgesamt kann jedoch von einer gleichen Größenordnung gesprochen werden. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf Erfahrungen physischer Gewalt: Männer aus Gruppe II sind in den letzten fünf Jahren und davor mit 17% stärker betroffen, 16% der Männer aus Gruppe III wurden in diesem Zeitraum Opfer physischer Gewalt; dies war bei 12% der Deutschstämmigen der Fall. Angeichts dieser ähnlichen Anteile wurde darauf verzichtet, die Betroffenheit

von physischer Gewalt nach der Länge des Aufenthalts in Deutschland zu unterteilen. Bei Männern mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer fehlen ohnehin Informationen, in welchem Land die Gewalt erfolgte, da sie nicht notwendigerweise im Geburtsland stattfand. Betrachtet man hingegen die Erfahrungen mit physischer Gewalt in den letzten 12 Monaten, so zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den drei Ländergruppen: 2 % der Deutschstämmigen und der MSM aus Gruppe II waren davon betroffen, 3 % aus Gruppe III.

3. Feste Freundschaften, Sexualität, Risikoverhalten

In der SMA-Befragung 2007 wurde festgestellt, dass die Anteile von MSM mit Migrationshintergrund (in beiden Gruppen), die bereits eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingegangen sind, deutlich über denen der deutschen Vergleichsgruppe lagen (Bochow/Schmidt/Grote 2010: 187). 2010 kann kein Unterschied zwischen Deutschstämmigen und MSM aus Gruppe II oder III festgestellt werden (siehe Tabelle 9.2). Der Anteil von MSM mit Migrationshintergrund (in beiden Gruppen), die in einer Beziehung mit einem Mann leben, unterscheidet sich kaum von diesem Anteil bei den Deutschstämmigen: 43 % der Deutschstämmigen, 45 % der MSM in Gruppe II und 41 % derer in Gruppe III leben in einer Beziehung mit einem Mann (hier nicht dargestellt). Tabelle 9.2 veranschaulicht bestehende Ähnlichkeiten und Differenzen.

Der Anteil von MSM mit Migrationshintergrund mit mehr als 10 Sexpartnern in den 12 Monaten vor der Befragung liegt sowohl bei den unter 30-Jährigen wie auch bei den Älteren höher als bei den Deutschstämmigen. Wie erwähnt leben MSM mit Migrationshintergrund zu einem höheren Anteil in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern. Dies begünstigt höhere Partnerzahlen. Hinsichtlich eines durchgängigen Kondomgebrauch beim Analverkehr in den letzten 12 Monaten vor der Befragung lassen sich keine Unterschiede zwischen MSM mit Migrationshintergrund und Deutschstämmigen feststellen, weder innerhalb fester Partnerschaften noch mit anderen Sexpartnern.

Tab. 9.2: Ausgewählte Parameter zu Partnerschaft, Sexualität und Kondomgebrauch nach Herkunftsland (in %)
Basis: SMA

	Deutschland	Gruppe II	Gruppe III
unter 30 Jahre			
eingetragene Lebenspartnerschaft (n=39.419)	3	3	3
Beziehung mit männlichem Partner (n=42.133)	39	38	36
über 10 Sexpartner in den letzten 12 Monaten (n=40.368)	14	23	23
Besuch von Darkrooms/Sexclubs/Sexpartys* (n=41.914)	6	11	10
Besuch von Cruising-Orten* (n=41.699)	8	9	11
durchgehend Kondom (fester Partner) (n=22.724)	22	26	22
durchgehend Kondom (andere Partner) (n=27.369)	53	57	52
für Sex bezahlt in den letzten 12 Monaten (n=39.189)	2	2	2
für Sex bezahlt worden in letzten 12 Monaten (n=39.203)	7	9	12
30 Jahre und älter			
eingetragene Lebenspartnerschaft (n=39.419)	11	12	11
Beziehung mit männlichem Partner (n=42.133)	45	49	47
über 10 Sexpartner in den letzten 12 Monaten (n=40.368)	27	36	32
Besuch von Darkrooms/Sexclubs/Sexpartys* (n=41.914)	18	22	19
Besuch von Cruising-Orten* (n=41.699)	21	22	21
durchgehend Kondom (fester Partner) (n=22.724)	25	25	22
durchgehend Kondom (andere Partner) (n=27.369)	53	55	50
für Sex bezahlt in den letzten 12 Monaten (n=39.189)	11	9	10
für Sex bezahlt worden in letzten 12 Monaten (n=39.203)	2	4	4

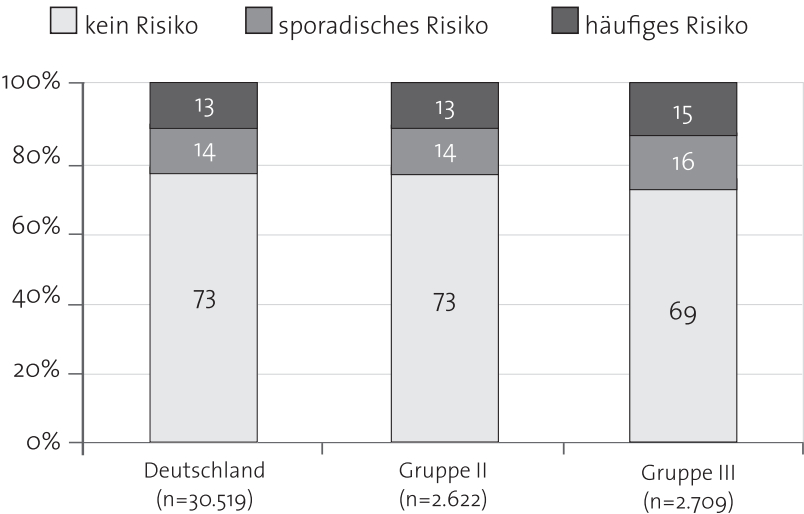
* in den letzten 4 Wochen

12% der unter 30-jährigen MSM aus Gruppe III wurden in den 12 Monaten vor der Befragung für Sex bezahlt; dies ist ein deutlich höherer Anteil als in der Gruppe der Deutschstämmigen (7%). Bei mehr als der Hälfte der MSM in dieser Gruppe erfolgte die prostitutiven Kontakte allerdings nur sporadisch (1 bis 10 Mal).

Die drei Gruppen unterscheiden sich kaum, was das Eingehen von Risikokontakten (ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus) angeht. Deutschstämmige und MSM aus Gruppe II unterscheiden sich überhaupt nicht im Ausmaß ihrer Risikokontakte, eine Differenz besteht zu Gruppe III. Auch wenn die Differenz quantitativ nicht bedeutend ist, so ist sie doch signifikant (signifikant auf dem 0,1%-Niveau) (siehe Abbildung 9.3). MSM aus Gruppe III gehen sowohl sporadische Risikokontakte (< 5 in den 12 Monaten vor der Befragung) zu einem höheren Anteil ein als auch häufigere Risikokontakte.

Abb. 9.3: Risikoverhalten von Deutschstämmigen und MSM mit Migrationshintergrund

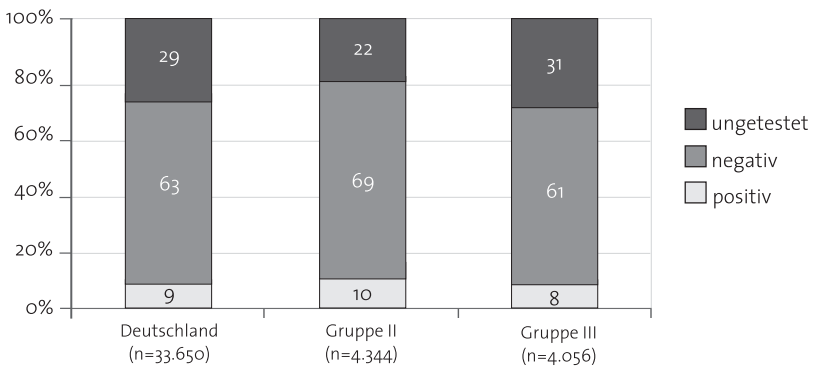
Basis: SMA



4. HIV-Testverhalten und -Serostatus, STI

Auch in Hinblick auf HIV-Testverhalten und -Serostatus zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht besonders groß sind. Männer aus Gruppe III sind zu einem leicht höheren Anteil (31%) als Deutschstämmige nicht getestet (29%). Auffällig ist, dass nur 22% der Männer aus Gruppe II nicht getestet sind. Dies steht in einem Zusammenhang mit ihrem hohen Bildungsniveau und dem höheren Anteil von MSM mit einer großen Anzahl von Sexpartnern in dieser Gruppe. In Gruppe II ist der Anteil der HIV-Positiven mit 10% leicht höher als unter den Deutschstämmigen (9%), unter den MSM in Gruppe III beträgt er 8% (Abbildung 9.4)

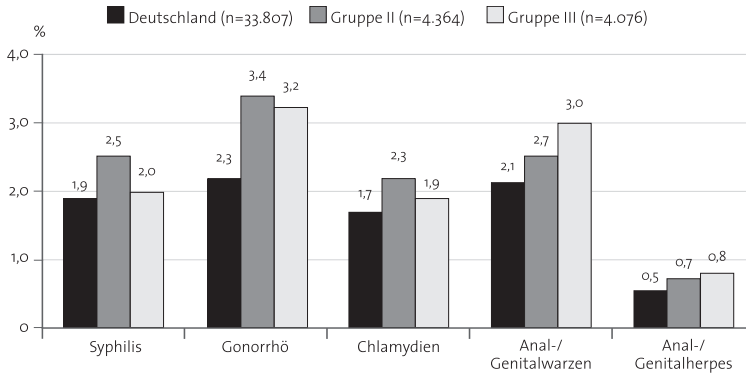
Abb. 9.4: Serostatus: Deutschstämmige und MSM mit Migrationshintergrund
Basis: SMA



In den 12 Monaten vor der Befragung waren mehr Männer aus Gruppe II von sexuell übertragbaren Infektionen betroffen als MSM aus Deutschland oder anderen Ländern; sie berichten häufiger von Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien als die beiden Vergleichsgruppen. Über Anal- und Genitalwarzen hingegen wird häufiger von MSM aus Ländern der Gruppe III berichtet (vgl. Abbildung 9.5). Das erhöhte Auftreten von STI bei Befragten aus Gruppe II steht in Zusammenhang mit der höheren Partnerzahl (besonders bei den über 29-Jährigen), der intensiveren Frequentierung von Orten schwuler Geselligkeit und für schnellen Sex.

Abb. 9.5: Betroffenheit von STI in den 12 Monaten vor der Befragung

Basis: SMA



5. Informationsniveau und Informationsquellen

Die Befragten aus den drei Ländergruppen unterscheiden sich nur unwesentlich in Bezug auf ihr Informationsverhalten: Der Anteil der Männer, die sich in den letzten 12 Monaten gar nicht zum Thema HIV/AIDS informiert haben, beträgt jeweils 28%. Hinsichtlich der Kenntnisse zu HIV und seinen Übertragungswegen zeigt sich, dass der Anteil der gut Informierten bei MSM aus Gruppe II mit 59% am höchsten ist (Deutschstämmige 56%, Gruppe III 54%). Entsprechend unterschiedlich fallen die Anteile der schlecht Informierten in den drei Gruppen aus (Tabelle 9.3). Ähnlich verhält es sich beim Wissen zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP): Ein Drittel der Männer aus Gruppe II wissen, dass eine PEP eine HIV-Infektion nach einer Risikoexposition zu verhindern versucht, dass die antiretroviralen Mittel für den Zeitraum eines Monats genommen werden sollten und dass die PEP möglichst innerhalb weniger Stunden nach dem Risikokontakt begonnen werden sollte. Bei den Deutschstämmigen und den MSM in Gruppe III liegen die entsprechenden Werte leicht darunter. Diese Unterschiede lassen sich zum einen auf das höhere Bildungsniveau der MSM in Gruppe II zurückführen, zum anderen trägt das geringere Durchschnittsalter von MSM in Gruppe III zu diesen Differenzen bei.

Tab. 9.3: Informationsniveau zu HIV/AIDS (in %)
Basis: SMA

	Deutschland	Gruppe II	Gruppe III	insgesamt
schlecht informiert	8	7	10	8
teils/teils	36	34	36	35
gut informiert	56	59	54	56
n insgesamt	33.299	4.274	3.982	41.555

Werden die Antworten auf die verschiedenen Fragen zum Wissen über HIV, seine Übertragung und seine Behandlung bei den negativ getesteten und nicht getesteten Befragten betrachtet, fallen die Differenzen zwischen den drei Gruppen so gering aus, dass sich eine graphische Darstellung erübrigt. Das Wissen der positiv Getesteten unterscheidet sich ebenfalls nicht sehr stark, die Differenzen sind jedoch bei einigen Fragen erwähnenswert, so dass diese in einer Tabelle dargestellt werden sollen (Tabelle 9.4).

Tab. 9.4: Wissen zu HIV (in %)
Basis: EMIS, HIV-positiv Getestete (n= 3.600)

	Deutschland	Gruppe II	Gruppe III
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.	99,1	99,1	98,1
AIDS wird durch ein Virus verursacht, das HIV heißt.	98,8	98,4	98,7
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV.	98,1	97,2	96,5
Man kann sich über seinen Enddarm (Rektum) beim ‚passiven‘ ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	96,5	97,9	95,3
Eine HIV-Infektion kann mit Medikamenten in Schach gehalten werden, so dass deren Auswirkungen viel geringer sind.	98,5	99,1	94,6
Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.	97,7	97,7	97,5
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.	91,6	94,9	89,9
Man kann sich beim ‚aktiven‘ ungeschützten Anal- oder Vaginalverkehr mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	90,8	90,3	87,3
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	94,2	95,2	91,5
Wenn einer oder beide Partner andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen) haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn HIV infizierte und nicht infizierte Männer Sex miteinander haben.	83,2	82,9	78,5
Eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung.	78,9	80,0	69,7

In allen drei Gruppen unter den positiv Getesteten wird das Wissen zur Existenz des HIV-Tests und zur Tatsache, dass AIDS durch ein Virus verursacht wird von 98 bis 99% geteilt. Auch bei den im Fragebogen vorgegebenen Aussagen, dass es kein Heilmittel gegen HIV gibt und dass es nach einer frischen HIV-Infektion Wochen bis zum Nachweis des HI-Virus dauern kann, sind kaum Unterschiede bei den Zustimmungsraten festzustellen.

Hervorgehoben werden muss aber, dass von den MSM in Gruppe III 70 % darüber informiert sind, dass eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion das Risiko einer HIV-Übertragung verringert, während dies 80 % in Gruppe II sind und 79 % unter den deutschstämmigen MSM.

Im Hinblick auf die Informationsquellen zu HIV und AIDS lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen den drei Gruppen feststellen. Deshalb seien hier nur die als besonders wichtig angesehenen Informationsquellen tabellarisch dargestellt (Tabelle 9.5). In allen drei Gruppen rangiert das Internet an erster Stelle. Für Deutschstämmige und Männer aus Gruppe III stellt die „Schwulenpresse“ das zweitwichtigste Informationsmedium dar, für Befragte aus Gruppe II rangiert der Arzt bzw. die Ärztin an dieser Stelle. Dies überrascht nicht, angesichts der Tatsache, dass die Männer in dieser Gruppe stärker von STI betroffen sind. Insgesamt sind bei den als besonders relevant eingestuften Informationsquellen (neben den „sonstigen Internet-Quellen“ auch die Online-Angebote der Aidshilfen) bemerkenswert wenige Unterschiede in der Wertung der Befragten in den drei Gruppen festzustellen. Diese geringen Differenzen lassen vermuten, dass bei den mit der EMIS-Befragung in Deutschland erreichten MSM mit Migrationshintergrund keine bedeutsamen sozio-kulturell bedingten Kommunikationsbarrieren bestehen, die es ihnen erschweren würden, die in Deutschland verfügbaren Informationsquellen zu nutzen oder die Präventionsbotschaften aufzunehmen.

Tab. 9.5: Wichtigste Informationsquellen (in %)
Basis: SMA

	Deutschland (n=24.148)	Gruppe II (n=2.043)	Gruppe III (n=2.145)
Schwule Zeitungen	24	24	23
Presse (Tages- und Wochenzeitungen)	15	15	13
Fernsehen	16	15	16
Radio	6	6	5
Gespräche im Freundeskreis	17	19	16
Medizinische Fach- und Allgemeinliteratur	12	14	14
Arzt oder Ärztin	21	26	21
Beratung im Gesundheitsamt/ Krankenhaus	6	6	8
Informationsmaterial der Aidshilfen	12	13	12
BZgA insgesamt	10	9	10
Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA	5	4	6
Großflächenplakate der BZgA	4	4	4
Informationsmaterial der BZgA	5	4	5
Internetangebote insgesamt	58	54	56
Online-Info-Angebote der Aidshilfen	15	16	16
Online-Beratung der Aidshilfen	7	7	8
Online-Info-Angebote der BZgA	9	8	8
Online-Kampagne IWWIT	7	6	6
Sonstige Internet-Quellen	41	37	39
Unterricht an Schulen*	25	34	29

* unter 20-Jährigen

Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn verglichen wird, inwieweit die Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe „ICH WEISS WAS ICH TU“ in den drei Gruppen wahrgenommen wird. 41% der Deutschstämmigen und der MSM in Gruppe II haben sie wahrgenommen, 39% der Befragten in Gruppe III. Abbildung 9.6 zeigt die Informationsquellen, über die IWWIT wahrgenommen wurde, bezogen auf alle Befragten, die den deutschen Fragenanhang ausgefüllt haben. Sie zeigt also die Reichweite von Elementen der IWWIT-Kampagne. Obwohl die Befragten zu einem ungefähr gleichem Anteil angeben, auf IWWIT aufmerksam geworden zu sein, wird jede Informationsquelle zu einem höheren Anteil von den Deutschstämmigen angegeben als von MSM

in Gruppe II und III. Werden die Angaben zu den Informationsquellen nur auf die Befragten bezogen, die angeben, IWWIT wahrgenommen zu haben, schwächen sich die Differenzen ab (Abbildung 9.7). Unabhängig davon, welche Bezugsgröße für die Darstellung der Informationsquellen zu IWWIT gewählt wird, bleibt die Schwulenpresse als Informationsmedium von übertragender Bedeutung. Bei den MSM, die IWWIT wahrgenommen haben, sind es in allen drei Gruppen ungefähr zwei Drittel, die angeben, von IWWIT in der Schwulenpresse gelesen zu haben. Ein gutes Drittel der MSM hat in allen drei Gruppen von IWWIT auf anderen Websites erfahren, ungefähr ein Viertel über die Werbeartikel der IWWIT-Kampagne (Abbildung 9.7).

Abb. 9.6: Informationsquellen, über die IWWIT wahrgenommen wurde

Basis: SMA

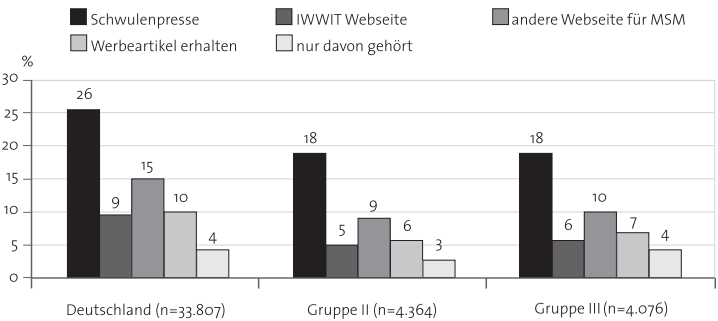
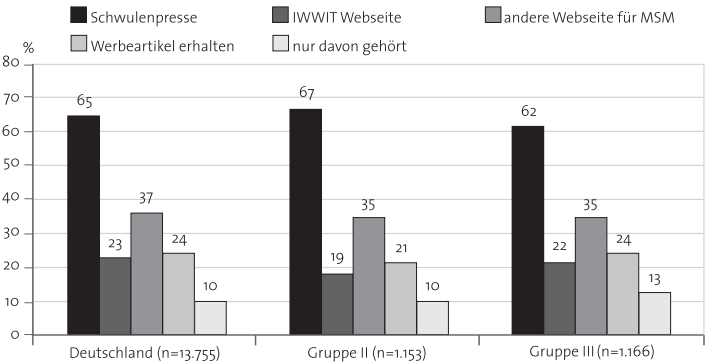


Abb. 9.7: Informationsquellen, über die IWWIT wahrgenommen wurde

Basis: SMA, Befragte, die IWWIT wahrgenommen haben



Von den IWWIT-Testwochen haben 8 % der Deutschstämmigen und der MSM in Gruppe III gehört, es sind 10 % in Gruppe II. 1 % der Deutschstämmigen, 1,2 % der MSM in Gruppe II und 1,6 % der MSM in Gruppe III haben sich im Rahmen der Testwochen auf HIV, Syphilis oder Hepatitis testen lassen.

Auch bei der Wahrnehmung der IWWIT-Kampagne zeigen sich demzufolge keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den deutschstämmigen Befragten, den MSM aus Gruppe II (die durch Befragte aus den „alten“ EU-Ländern und aus Nordamerika dominiert wird) und den MSM aus Gruppe III (die die Länder zusammenfasst, in denen männliche Homosexualität entweder kriminalisiert oder noch stark diskriminiert und stigmatisiert wird).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass MSM mit Migrationshintergrund in der vorliegenden Erhebung im Gegensatz zu früheren SMA-Befragungen nicht mehr stark unterrepräsentiert sind. Es gibt jedoch gute Gründe für die Annahme, dass das Ausmaß an Informiertheit zu HIV und AIDS sowie präventives Verhalten bei weniger gebildeten bzw. weniger in schwule Lebenswelten integrierten MSM mit Migrationshintergrund geringer ausfällt als bei der Mehrheit der mit dieser Erhebung erreichten Männer. Zu den MSM mit Migrationshintergrund, die ein niedriges Bildungsniveau und zudem große Distanz zu den Lebenswelten schwuler Männer aufweisen, ist mit den hier referierten Ergebnissen noch wenig gesagt. Der Fragebogen konnte in 25 Sprachen ausgefüllt werden. Demzufolge konnten viele MSM mit Migrationshintergrund den Fragebogen in der Sprache ihres Herkunftslandes oder des ihrer Eltern beantworten; dennoch muss hervorgehoben werden, dass das Sprachverständnis, das erforderlich war, um den 198 Fragen umfassenden Fragebogen der EMIS-Erhebung auszufüllen, ein beachtliches kulturelles Kapital erforderte. Auch wenn auf Allgemeinverständlichkeit des EMIS-Fragebogens in allen angebotenen Sprachen geachtet wurde, ist seine Komplexität nicht zu unterschätzen. Erwähnenswert ist zudem, dass 96 % der MSM, die sich in Deutschland an der Befragung beteiligten, diesen in Deutsch ausfüllten; 15,4 % der Befragten haben wie schon erwähnt einen Migrationshintergrund. Dies bedeutet, dass ein Großteil der MSM mit Migrationshintergrund den Fragebogen in Deutsch ausgefüllt hat; 1,6 % der Befragungsteilnehmer in Deutschland füllten ihn in Englisch aus, weitere 0,5 % in Spanisch und 0,4 % in Französisch. Dies heißt, dass 2,5 % der MSM den Fragebogen in einer Sprache ausgefüllt haben, die nicht den in Deutschland besonders zahlreich vertretenen „Gastarbeiter“-Herkunftsländern entspricht. Türkisch als Sprache wählten 43 Befragte (1 %) und Serbisch 13 Befragte.

Auch Italienisch (0,3 %), Russisch (0,2 %) und Polnisch (0,2 %) sind, gemessen an der Bedeutung der mit diesen Sprachen verbundenen Herkunftsländern der Einwanderung nach Deutschland, nicht stark vertreten

X. NEUE ANSÄTZE DER HIV-PRÄVENTION FÜR MSM IN GROSSBRITANNIEN, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ

X. Neue Ansätze der HIV-Prävention für MSM in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz

251

Die Ergebnisse der EMIS-Befragung zu den mit dem Eingehen von Infektionsrisiken (bzw. von Transmissionsrisiken) zusammenhängenden Faktoren – vor allem eine hohe Partnerzahl, häufigerer Drogenkonsum und ein positiver Serostatus – bestätigen die Ergebnisse früherer Erhebungen in Deutschland, sie finden sich ebenfalls in Publikationen anderer (west-)europäischer Länder mit einer bedeutsamen Forschungstradition auf diesem Gebiet. Wie in Deutschland wird auch in diesen Ländern diskutiert, welche Schlussfolgerungen für die Prävention für MSM aus den Ergebnissen aktueller Befragungen zu ziehen sind. Beispielhaft sei in diesem Kapitel auf die Diskussionen in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz eingegangen. Großbritannien und Frankreich eignen sich durch ihre Bevölkerungsgröße, der Ausdifferenzierung der Schwulenszenen in den Metropolen und dem Vorliegen einer Vielzahl von Follow-Up-Befragungen von MSM als Vergleichsländer. Zwischen der Schweiz und der Bundesrepublik bestand seit den 1980er-Jahren ein intensiver Erfahrungsaustausch zu den Problemen der HIV-Prävention. Die Schweiz kann als das europäische Land angesehen werden, dass sich nicht nur den Anforderungen der HIV-Prävention frühzeitig vorbildlich

gestellt, sondern die verschiedenen Maßnahmen auch zeitnah evaluiert hat. Zunächst sei hier auf eine aktuelle englische Veröffentlichung verwiesen, die zudem das Verdienst hat, den gegenwärtigen Forschungsstand in Großbritannien und Australien (z.T. auch in den USA und Kanada), zu rezipieren.

1. „Making it Count – 2011“

Die vierte Version des „Cooperative Planning Framework“ (CHAPS Partnership 2011), an dem die wichtigsten mit Prävention für MSM befassten Organisationen in England mitgewirkt haben (u. a. Terrence Higgins Trust – THT, Gay Men Fighting Aids – GMFA, National Aids Manual – NAM, Sigma Research, alle London), nimmt für ihre Empfehlungen folgende englische Forschungsergebnisse zum Ausgangspunkt:

„Behaviourally and casually, picking up HIV is associated with larger numbers of intercourse partners, less use of condoms, and accepting more ejaculations in the body. In today's cultures, these behaviours are in turn associated with using saunas and backrooms, a larger number of sexual partners overall, a greater use of 'party drugs' and (for a minority of men) sex work.

So the factors associated with acquiring HIV are the same as those associated with passing it on, both before and after diagnoses. Behaviourally and in terms of sexual lifestyle, men who are most likely to pick up HIV and men most likely to pass on HIV are undistinguishable. They are the same men at different points in time.“ (CHAPS Partnership 2011: 29)

Die vierte Version von „Making it Count“ (Titel des „Cooperative Planning Framework“) steht als Konsenspapier britischer HIV-Prävention für MSM (die schottische Prävention hat ihren eigenen Rahmen) in der Tradition der drei vorhergehenden Fassungen, deren erste 1996 erschien; sie alle wurden vom Terence Higgins Trust, der britischen Entsprechung der Deutschen AIDS-Hilfe, moderiert. Dieses Dokument kann als beispielhaft für die gegenwärtige Reflexion zu den aktuellen Erfordernissen der HIV-Prävention in Großbritannien gesehen werden und soll nicht nur deshalb ausführlicher rezipiert werden. „Making it Count“ ist zugleich das systematischste und umfassendste strategische Grundsatzpapier, das zu diesem Themenbereich in Europa vorliegt. In einem zweiten Schritt soll in diesem Kapitel ein – ebenfalls sehr aktueller französischer Bericht zu „Prävention und Risikoverringering in den Gruppen

mit hohem Risiko im Hinblick auf HIV und sexuell übertragbare Infektionen“ (Lert/Pialoux 2010) herangezogen werden. Abschließend wird auf präventionsstrategische Überlegungen in der Schweiz eingegangen werden.

„Making it Count“ will nicht nur die Ziele der als notwendig erachteten Präventionsinterventionen und Wege ihrer Umsetzung skizzieren, sondern begreift sich zugleich als

- Hilfe für die Schulung von ehrenamtlichen und professionell Tätigen in der HIV-Prävention,
- Bezugsrahmen zur Evaluation der geleisteten Arbeit,
- Inspirationsquelle für alle an der Prävention Beteiligten.

Leitende Prinzipien sollen dabei das Engagement für „the best sexual health“ aller MSM in Großbritannien sein, der Kampf gegen soziale und gesundheitliche Ungleichheit, die Transparenz der dabei getroffenen Entscheidungen und schließlich die Partnerschaft mit den „communities“, in denen MSM leben, und mit deren Organisationen. Dieser in gewisser Weise auch normative Rahmen der in der CHAPS-Gruppe vereinten britischen Organisationen unterscheidet sich kaum von dem, was in entsprechenden programmatischen Erklärungen der DAH oder regionaler deutscher Aidshilfen zu finden ist. Allerdings fällt in der Absichtserklärung von „Making it Count“ eine leitende Maxime auf, die in ihrer Formulierung im deutschen Präventionsdiskurs der Aidshilfen als ungewöhnlich wahrgenommen werden würde: „We seek to educate MSM about sex and the law, and how to stay within it.“ (CHAPS Partnership 2011: 8).

Dieses Ziel beinhaltet z. B. die Vermittlung von Informationen über bestehende juristische Regelungen, z. B. zum so genannten Schutzalter (im Englischen zutreffender als ‚age of consent‘ bezeichnet) oder zur Strafbarkeit bestimmter Kontexte des Eingehens von HIV-Übertragungsrisiken. Es beinhaltet jedoch auch eine bestimmte Form von „Sexualerziehungen“, wie sich zeigen wird.

Der konzeptionelle Bezugsrahmen der britischen Autoren berücksichtigt, „that sexual mixing and sexual behaviour are influenced by knowledge, will and power“ (CHAPS Partnership 2011: 7). Die Autorengruppe betont, dass sie einen Ansatz der Risikoverringerung („risk reduction“) verfolgt und ein Null-Risiko-Ziel in der Prävention für wenig aussichtsreich hält: „All men have the potential to be experts in their own lives, including making choices about sex, treatment, utility and risk. We do not seek to control men or make choices for themselves and their sexual partners. Instead we seek to inform and empower men to make the best choices for themselves and their sexual partners.“ (CHAPS Partnership 2011: 9)

Die Autorengruppe schätzt, dass 2,8% der volljährigen Bevölkerung in Großbritannien homosexuell aktiv sind. Da im Jahr 2007 ca. 32.000 MSM HIV-positiv gemeldet sind, wird von einer Prävalenz unter MSM von ungefähr 4,8% ausgegangen. Geschätzt werden zudem 20 bis 32% an nicht diagnostizierten HIV-Infektionen unter MSM, was einem Anteil von 0,8 bis 1,8% in der Bevölkerungsgruppe der MSM darstellen würde (CHAPS Partnership 2011: 13-14). Auch wenn die starke Zunahme an HIV-Diagnosen in den vergangenen 10 Jahren in Großbritannien zu einem bedeutsamen Anteil auf die Zunahme der Durchführung von HIV-Tests in dieser Gruppe zurückgeführt wird (siehe auch Dougan et al. 2007), erklärt es die Autorengruppe zu ihren beiden Hauptzielen, die Zunahme von HIV-Neuinfektionen und ebenso den Anteil nicht erkannter HIV-Infektionen deutlich zu verringern.

Vor diesem von den Autoren detailliert skizzierten und hier nur knapp wiedergegebenen Hintergrund schlagen sie mehrere Ansätze vor, um die HIV-Übertragungen verursachenden Verhaltensweisen von MSM zu beeinflussen. Als Kontexte für Interventionen arbeiten sie 10 Handlungsalternativen („choices“) heraus, die sie homosexuell aktiven Männern zur Entscheidung anheimstellen. Dabei betonen sie einerseits: „Most adults do not want to be told what to do and many MSM are positively hostile to authorities telling what to do, particularly in the area of sex (CHAPS Partnership 2011: 32).“ Andererseits stellen sie detailliert den „CHAPS approach to influencing choices“ dar.

„Choice One“ stellt weniger eine Alternative zur Wahl dar, sondern eher eine Empfehlung, deren Befolgung angeraten und von deren Nicht-Befolgung abgeraten wird. CHAPS befürwortet einen „STI check-up“ bevor Sexkontakte mit einem neuen Sexpartner eingegangen werden. Angesichts des bedeutsamen Anteils von MSM mit einer höheren Partnerzahl, für die eine solche Strategie sehr aufwändig, um nicht zu sagen nicht durchführbar wäre, modifizieren die Autoren diese Empfehlung: „Although some men currently have too many partners for it to be feasible to STI screen between each one, all men always have the choice of seeking an STI screen before their next (kursiv i. O.) partner by declining or deferring their next partner.“ (CHAPS Partnership 2011: 49)

Wie innovativ diese Empfehlung ist, mag dahingestellt bleiben. Hervorgehoben werden muss, dass die Ermutigung, die Gelegenheit zu Sexkontakten mit neuen Sexpartnern nicht wahrzunehmen, im Präventionsdiskurs von einer Selbsthilfeorganisation, die seit Beginn ihrer Existenz neben die Befürwortung von „Safer Sex“ auch immer das Bemühen um „Save Sex“ gestellt hat,

eine neue Qualität hat. Neben der Deutschen AIDS-Hilfe war THT in Europa bislang die Organisation, die am engagiertesten eine subjektnahe, sexuelles Begehren berücksichtigende Präventionspolitik verfochten hat. Diese überraschende Empfehlung zur (zumindest partiellen) sexuellen Abstinenz ist im Rahmen der 2011 publizierten neuen Version von „Making it Count“ kein Einzelfall, sondern scheint eine Weichenstellung zu einem neuen Ansatz in der HIV-Prävention für MSM zu sein.

Dies wird deutlich, wenn „Choice Three“ betrachtet wird („Choice Two“ erläutert das Für und Wider einer antiretroviralen Therapie für HIV-Positive). Als Wahlentscheidung wird angeboten: „Declining or deferring a new sexual partner, or having a new sex partner“ (CHAPS Partnership 2011: 44). Zu bedenken wird in diesem Zusammenhang gegeben, dass „besserer Sex“ nicht gleichbedeutend ist mit „mehr Sexpartnern.“ Dieser Aussage schließen sich konkrete Handlungsanweisungen an: „Saying ‚No, thanks!‘ or ‚How about next week?‘ or ‚How about going for a/something other than sex?‘ are all choices men have when an opportunity rises for sex with a new partner. Having sex with a new partner, particularly not having had an STI screen since the last partner, is a sexual health risk behaviour relative to do something other than having a new partner“ (CHAPS Partnership 2011: 44). Eine solche Empfehlung überschreitet den Rahmen der HIV-Prävention und nimmt die Form einer „Beratung“ für angemessenes sexuelles Verhalten an. Allerdings bleibt sie in der Logik des „Making it Count“-Ansatzes, der nicht nur Handreichungen für sichereren, sondern auch für „besseren“ Sex geben will. Dies wird sehr deutlich bei den aufgezeigten Alternativen zu „Choice Five“ („Choice Four“ betrifft den Informationsaustausch zwischen Sexpartnern über bestehende HIV/STI-Infektionen).

„Choice Five“ trägt den Titel „Monogamy or open relationship (if men have a regular sexual partner)“. Ausführlich werden unter diesem Titel die Vorzüge einer monogamen Beziehung und die Nachteile einer offenen Beziehung erläutert. Als Gründe für eine monogame Beziehung werden eine stabile und sichere Basis für „emotional closeness and for benefiting from the focused sexual attention of each other“ (CHAPS Partnership 2011: 49) hervorgehoben. Da sich die Autoren bewusst sind, dass sie hiermit sehr weitgehende lebensstil-normierende Empfehlungen unterbreiten, versuchen sie sich an jedem Punkt ihrer Argumentation abzusichern. Zu „Choice Three“ merken sie an: „We are not (kursiv i. O.) advocating sexual abstinence“ (CHAPS Partnership 2011: 44). Im Rahmen von „Choice Five“ merken sie an: „We will attempt

to influence men's choice of relationships by increasing awareness of the benefits of monogamous relationships and the costs of open relationships. We will not attempt to disable or prevent men from implementing open relationships if that is what they and their partner choose" (CHAPS Partnership 2011: 48).

Diese Textpassage ist in doppelter Hinsicht bemerkenswert. Sie enthält eine der vielen salvatorischen Klauseln von „Making it Count“, mit der suggeriert wird, dass den einzelnen Subjekten doch immer eine Wahl anheimgestellt wird. Gleichzeitig werden die Alternativen so dargestellt, dass ein gesundheitsbewusster schwuler Mann sich nur für eine der beiden angebotenen Alternativen entscheiden kann. Dies wird auch deutlich in „Choice Six: Sex without or with anal intercourse (if men have sex)“. Auch hier schließt sich wieder ein belehrender Satz zur Qualität schwuler Sexualität an: „Sex between men is not equal to anal intercourse and men do not need to have anal intercourse to be gay. Even in the absence of HIV/STIs, there are benefits to not having intercourse when having sex... Most sexual acts are easier to perform than anal intercourse and can be less messy... Masturbation and fellation can feel more egalitarian than anal intercourse“ (CHAPS Partnership 2011: 50-51). Hieraus leitet die britische Autorengruppe die Empfehlung an die Adressaten ihrer HIV-Prävention ab, den Anteil sexueller Begegnungen, die analgenitale Kontakte umfassen, zu verringern. Die Empfehlungen gehen in der Diskussion von „Choice Three“, in deren Zusammenhang die Vorteile und Nachteile der Kontaktaufnahme zu neuen Sexpartnern bilanziert werden, noch einen Schritt weiter: „Having many partners can blunt our emotional apparatus making emotionally meaningful relationships difficult“. Zudem könnte der Sex mit neuen Partnern „poor or bad“ sein. Das Eingehen von Sexkontakten mit vielen neuen Partnern erhöhe zudem das Risiko, Opfer von Gewaltattacken zu sein („assault“; alle Zitate: CHAPS Partnership 2011: 45). Diese Empfehlungen zu präventivem Verhalten transzendieren hier weitgehend den Rahmen der HIV-Prävention, wie er bisher in Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern definiert wurde. Aus Präventionsempfehlungen werden ganz im Stile US-amerikanischer Sex-Ratgeber Ratschläge zu „gutem Sex“.

Der Wandel in den leitenden Prinzipien der britischen Präventionspolitik für MSM, die von Organisationen vertreten wird, die sich als Sprachrohr bzw. Kooperationspartner der britischen „gay community“ verstehen, ruft Erinnerungen an frühe Kontroversen zur AIDS-Prävention in der alten

Bundesrepublik hervor. Rolf Rosenbrock konstatierte 1986, „dass der Erfolg von Versuchen der Beeinflussung des sexuellen Verhaltens u. a. davon abhängig ist, dass die geforderte Änderung des sexuellen Verhaltens möglichst gering ist und möglichst leicht in die gewohnte Lebenspraxis eingefügt werden kann“ (Rosenbrock 1986: 49). In anderen Kontexten wird von Mediziner*innen von „minimal invasiven“ Methoden gesprochen. Diese Kategorie kann als Metapher gebraucht werden, um den deutschen Konsens zu einer primär auf Selbstverantwortung bauenden HIV-Präventionspolitik Anfang der 1990er-Jahre zu charakterisieren. Der 2011 vertretene britische Präventionsansatz vertraut gewiss auch auf Selbstverantwortung und versucht eine auf Zwangsmaßnahmen setzende Politik zu vermeiden. Von der Maxime „minimal invasiver“ Maßnahmen hat sich die britische Autorengruppe mit dem Plädoyer für eine Reduzierung der Partnerzahlen, eine Reduzierung der Frequenz analgenitaler Kontakte und für – wenn es denn geht – monogame Beziehungen unter schwulen Männern beherzt verabschiedet.

„Choice Seven“ und „Choice Eight“ halten sich eher im Rahmen verbreiteter Empfehlungen zu „Safer Sex“. „Choice Seven“ empfiehlt den Gebrauch von Kondomen und Gleitmitteln bei analgenitalen Kontakten, „Choice Eight“ thematisiert die Sperma-Ejakulation innerhalb (oral und anal) oder außerhalb des Körpers des Sexpartners. „Choice Nine“ rät vom Gebrauch von Poppers ab, da zumindest bei rezeptiven Analverkehr und HIV-positivem insertivem Partner dessen Gebrauch die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV vergrößert. „Choice Ten“ thematisiert die Vor- und Nachteile einer Post-Expositions-Prophylaxe mit ART.

Den Abschluss des 74-seitigen Dokuments bildet eine Liste von neun Zielen („Population Targets“), die einerseits den Dekalog der „Choices“ widerspiegelt, sich andererseits weniger an die Empfänger der Präventionsbotschaften richtet, sondern mehr an die in der HIV-Prävention Tätigen.

Die ersten beiden Ziele richten sich an das Gesundheitssystem und an in der Prävention engagierten Organisationen. Angestrebt werden sollen:

1. die Verkürzung der Zeit zwischen HIV-Infektion und Diagnose;
2. die Vergrößerung des Anteils der HIV-positiven MSM, die sich in einer antiretroviralen Behandlung befinden.

Die restlichen „Population Targets“ wandeln die als Alternativen präsentierten „Choices“ in Aufforderungen zum Handeln an homosexuell aktive Männer um:

3. „Reduce the average number of sexual partners between STI screens“,
4. „Reduce the frequency with which men have unprotected anal intercourse without knowing whether or not they and their partner are HIV sero-concordant“,
5. „Increase the length of time since having an extra-relational sex partner, among men with a regular male sex partner“,
6. „Decrease the proportion of sexual sessions between men that feature anal intercourse“,
7. „Increase the proportion of anal intercourse events that feature condoms from the beginning of intercourse“,
8. „Reduce the frequency with which ejaculation occurs into a mouth or rectum without a condom“,
9. „Reduce the frequency with which men use poppers during receptive anal intercourse“ (CHAPS Partnership 2011: 71).

Hervorzuheben ist, dass die britische Autorengruppe die durch die antiretroviralen Therapien verringerte Kontagiosität von HIV-positiven Männern nicht in ihre strategischen Überlegungen einbezieht. Dies wird mit dem Dissens in der fachwissenschaftlichen Diskussion über die bei einer sehr geringen Viruslast weiterhin bestehenden Übertragungsrisiken von HIV begründet. Die „Making it Count“-Autoren berufen sich in diesem Zusammenhang auf Modell-Rechnungen einer australischen Forschergruppe (Wilson et al. 2008), die unter bestimmten Annahmen eine Vervierfachung der HIV-Inzidenz bei männlichen Paaren mit unterschiedlichem Serostatus innerhalb von zehn Jahren vorhersagt. Damit setzten sie sich auch explizit von den Schweizer EKA-Fempfehlungen (EKA= Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen; siehe Vernazza et al. 2008) ab, die HIV-infizierte Menschen ohne andere STI unter wirksamer antiretroviraler Therapie als nicht infektiös erklärt: „There is good reason to not transfer the Swiss Statement about vaginal intercourse to the case of anal intercourse“ (CHAPS Partnership 2011: 19).

Beeindruckend ist das große Vertrauen, das „Making it Count“ in der Fassung von 2011 in die Steuerbarkeit des sexuellen Verhaltens von MSM setzt. Nur auf der Basis dieser Grundannahme ist überhaupt die optimistische Sexualpädagogik, der sich die britischen Autoren verschreiben, verständlich. Sie gehen davon aus, „that sexual mixing and sexual behaviour are influenced by knowledge, will and power“ (CHAPS Partnership 2011: 8). Dieser Ansatz kann zwar ungleiche Macht- und Durchsetzungschancen von sozialen Gruppen und Individuen sowohl in gesellschaftlicher Hinsicht wie auch in der Perspektive von Paarbeziehungen reflektieren, mit der Konzentration auf Wissen und Willen blenden die Autoren aber merkwürdigerweise die zentrale Dimension von HIV-Prävention für MSM aus, ohne deren Berücksichtigung jeder Präventionsansatz in Schwierigkeiten gerät: die Dimension des sexuellen Begehrens, das nicht ohne Weiteres durch auf Wissen basierenden Entscheidungen gesteuert werden kann. Dies ist umso erstaunlicher, als es sich bei den Mitgliedern der Autorengruppe nicht um vor allem sozial-epidemiologisch interessierte Mediziner, Virologen oder Verwaltungsfachleute handelt, sondern um Frauen und Männer, die ein breites sozialwissenschaftliches Spektrum repräsentieren und deren Mehrheit eine biographisch begründete Nähe zur britischen „gay community“ aufweist.

2. Mission Réduction des Risques – MRRs

2.1 Bestandsaufnahme

Angesichts der Präventionsstrategie, die das britische Autorenteam befürwortet, ist es bemerkenswert, welche Optionen eine aktuelle französische Studie, die im Auftrag des französischen Gesundheitsministeriums erstellt wurde, in den Vordergrund stellt. Der Bericht rezipiert in sehr viel umfassender Weise sexual- und politikwissenschaftliche, soziologische und sozialpsychologische Forschungsergebnisse. Die von France Lert, eine seit Langem in der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung engagierte Psychologin, und Gilles Pialoux, einem erfahrenen Pariser Klinikarzt, 2010 vorgelegte Studie trägt den programmatischen Titel „Mission Réduction des Risques – Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST“ (Lert/Pialoux 2010; in freier Übersetzung etwa: Mission Risikoverringung – Prävention und Risikoverringung in den Gruppen

mit hohen Risiken in Hinblick auf HIV und STI; im Folgenden sind alle Zitate Übersetzungen der AutorInnen aus dem Französischen.) Der Titel lässt eine gemeinsame Perspektive mit dem britischen Autorenteam vermuten. Schon im Titel der Studie steht programmatisch „Mission Risikoverringung“, dies bedeutet, dass auch im französischen Bericht davon ausgegangen wird, dass lediglich eine Risikoverringung und keine Risikoeliminierung mittelfristig als realistisch angesehen wird. Das Gutachten erarbeitet Vorschläge zur Prävention für die Hauptbetroffenengruppen in Frankreich: injizierende Drogengebraucher, Menschen mit Subsahara-Migrationshintergrund und MSM. Im Folgenden wird vor allem auf die Vorschläge zur HIV-Prävention für MSM eingegangen werden. Der Bericht stellt sich selbst in einen wesentlich politischeren Kontext als das britische Strategiepapier. Als Kontext der Gutachtenerstellung wird ausdrücklich Bezug genommen auf die Polemiken hinsichtlich präventiver Botschaften, die in Frankreich stattfanden und gegenwärtig weiter fortgeführt werden. Die Frontstellungen verliefen dabei nicht zwischen Ärzten, Epidemiologen und staatlicher Verwaltungen einerseits und den französischen NGOs andererseits, sondern mitten durch einzelne Gruppen, insbesondere der NGOs, die in der Prävention für MSM tätig sind. Ein weiterer Ausgangspunkt von Lert/Pialoux sind die Wandlungen in der gesellschaftlichen Situation der Homosexuellen in Frankreich und der Veränderungen ihrer Lebenswelten (Lert/Pialoux 2010: 14).

Gleich im Einleitungskapitel wird unterschieden zwischen der hohen „theoretischen“ Schutzwirkung des Kondoms (im Sinne von „efficacy“) und der möglicherweise niedrigeren Schutzwirkung (im Sinne von „effectiveness“), bedingt durch individuelle Methoden der Anwendung. Lert/Pialoux definieren „Risikoverringung“ sehr weit und vergleichen unter Verweis auf andere Autoren die Risikoreduktion durch die Beschneidung von Männern (60 prozentige Risikoverringung) mit der durch den Kondomgebrauch erreichten (ca. 80 prozentige Verringerung veranschlagt) und schließlich der Auswirkungen der Verringerung der Viruslast von HIV-positiven Personen durch eine antiretrovirale Therapie (ca. 92% Risikoverringung; Lert/Pialoux 2010: 16-17). In diesem Zusammenhang nehmen sie Bezug auf eine Kontroverse, die innerhalb der französischen NGOs besonders heftig ausgetragen wird, die jedoch in den Debatten in Deutschland und anderen europäischen Ländern ebenfalls eine Rolle spielen. Während die französische Schwesterorganisation der Deutschen AIDS-Hilfe AIDES relativ behutsam Risikoverringungsstrategien, die eine Umgehung des Kondoms beinhalteten, zur

Diskussion stellte, wurde sie von den Vertretern der Kondom-Orthodoxie von Act Up Paris heftig angegriffen. Lert/Pialoux ironisieren das Konzept von Act Up als Konzept „tout capote“ (wörtlich: alles Kondom). Die Heftigkeit der Debatten in und zwischen den NGOs in Frankreich hat ihnen zufolge in den vergangenen Jahren neue Ansätze behindert und wurde vom „ohrenbetäubenden Schweigen“ (Lert/Pialoux 2010: 18) der in der sozialwissenschaftlichen und medizinischen Forschung engagierten Wissenschaftler begleitet. Lert/Pialoux kritisieren den Konservatismus der französischen Professionellen und loben in diesem Zusammenhang die in ihren Augen mutige Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für AIDS-Fragen (Vernazza et al. 2008). Diese stellt im Gegensatz zum britischen Strategiepapier einen wichtigen Bezugspunkt im französischen Gutachten dar und wird durchgängig mit der Bezeichnung „Swiss statement“ versehen. Das Beharrungsvermögen der in der HIV-Prävention Tätigen wird kritisiert. Die „Normalisierung“ von AIDS, u. a. auch durch die antiretroviralen Therapien, habe zu einer Trennung derer geführt, die für eine politische und soziale Gleichberechtigung von Schwulen, Lesben, Bisexuellen und Transgender-Menschen kämpfen, von denen, die sich dem Kampf gegen AIDS verschrieben haben. Dieser Prozess beinhalte jedoch nicht nur eine Trennung, sondern geradezu eine Marginalisierung der Aidshilfe-Gruppen: „Der Kampf für die Gleichheit wird unter dem Banner von LGBT geführt, der dem republikanischen Modell folgt, in dessen Rahmen die meisten politischen Bewegungen in Frankreich Minderheiten definieren, und überlässt den Kampf gegen AIDS ‚spezialisierten‘ Vereinen“ (Lert/Pialoux 2010: 29). Auf diese Weise habe sich die Verankerung des Kampfes gegen AIDS in der „gay community“ abgeschwächt, obwohl sie eine Säule der Prävention für Homo- und Bisexuelle bleiben müsse. Vor diesem Hintergrund mahnen Lert/Pialoux ein neues „pluralistisches und konsensuelles“ Referenzdokument an, das unter den verschiedensten Adressaten verteilt werden sollte. Sie definieren verschiedene „Präventionsachsen“:

- Der HIV-Test und die antiretrovirale Therapie werden als bedeutsame Werkzeuge einer Risikoverringerungsstrategie angesehen, STI-Screening soll regelmäßige HIV-Tests begleiten.
- Kondome bleiben die Grundlage der HIV-Prävention.
- Die spezifischen Anforderungen für die Prävention für HIV-positive Menschen müssen berücksichtigt werden und eine Integration des Ansatzes „Treatment as Prevention (TasP)“ gewährleistet sein. Dieses ist eine der weitgehendsten Forderungen der französischen AutorInnen.

- Der soziale Pakt gegen die Kriminalisierung von Positiven muss bekräftigt werden: „Der breite Konsens, der heute in Frankreich über die Nicht-Kriminalisierung der Übertragung von HIV besteht, ist eine der Bedingungen für den Erfolg der Prävention für Positive und einer der Schlüssel des notwendigen Rückgangs der Stigmatisierung“ (Lert/Pialoux 2010: 38).
- Als dringendstes Desiderat wird eine Neugestaltung der Prävention im Hinblick auf die neuen Medien (unter denen vor allem das Internet verstanden wird) hervorgehoben. Besonderes Augenmerk sei auf die dank dieser Medien sich bildenden sozialen Netzwerke zu richten. Lert/Pialoux fordern in diesem Zusammenhang eine Arbeitsgruppe, die die technischen, juristischen und ethischen Aspekte der Verbreitung der Präventionsbotschaften in den neuen Medien kritisch überprüft.
- Da die HIV-Inzidenz unter MSM besonders hoch in Frankreich ist, messen Lert/Pialoux der Prävention in dieser Gruppe Priorität zu. Für sie kann diese nur erfolgreich sein, wenn die LGBT-Gruppen wieder in erhöhtem Maße für die Prävention gewonnen werden können.
- Um dieser Priorität Rechnung zu tragen, schlagen Lert/Pialoux die Schaffung neuer Zentren „Sexuelle Gesundheit für LGBT“ vor. Diese Zentren sollen nicht nur HIV-Tests anbieten und STI-Screenings übernehmen, sondern auch antiretrovirale Therapien, besonders im Hinblick auf festgestellte Defizite in der Betreuung von Trans-Menschen und MSM.

In ihren Empfehlungen zur Neujustierung der Prävention für MSM kommen Lert/Pialoux mehrfach auf die EKAf-Empfehlungen von Vernazza et al. (2008) zurück. Im Gegensatz zum „Swiss statement“, das sich vor allem an heterosexuelle serodiskordante Paare wandte, beziehen sie dieses auch auf MSM. Die Verringerung des Niveaus der HIV-Exposition in der Bevölkerung hänge von der Aufrechterhaltung der Viruslast unter der Nachweisgrenze bei den in Behandlung befindlichen Patienten ab. In dieser Perspektive müsse die ärztliche Betreuung den betroffenen Patienten dazu verhelfen, die Information zu ihrer Viruslast in ihr präventives Verhalten zu integrieren. Bei vielen behandelnden Ärzten würden solche Überlegungen noch zu selten angestellt (Lert/Pialoux 2010: 74).

Während die französischen Autorinnen die EKAf-Empfehlungen weit auslegen, argumentieren sie sehr vorsichtig, was die Möglichkeiten von „Superinfektion“ und „Wiederinfektionen“ anbelangt. Sie betonen zwar, dass das Risiko der Superinfektion schwach sei, beharren jedoch darauf, dass HIV-positive Menschen darüber informiert werden müssten (Lert/Pialoux 2010: 87).

2.2 Die „Werkzeuge der Prävention“

Ein ganzes Kapitel widmen Lert/Pialoux den „Werkzeugen der Prävention“, unter denen sie das Präservativ für Männer, das für Frauen, die Post-Expositions-Prophylaxe und die Beschneidung zählen. Ihr Bericht für das französische Gesundheitsministerium ist eines der wenigen neueren umfangreichen Dokumente zur Prävention, das Bezug nimmt auf Studien zur Wirksamkeit von Kondomen. Mehrmals verweisen sie auf die Cochrane-Untersuchung (Weller/Davis 2003), die auf Kohorten-Studien zu heterosexuellen Paaren basiert und eine Schutzwirkung des Kondoms von ungefähr 80 % schätzt. Auch wenn die Schutzwirkung von Kondomen bei Analverkehr geringer sei als bei Vaginalverkehr, sei sie so erheblich, dass das Kondom als ein zentrales „Werkzeug“ in der Prävention weiter fungieren müsse (Lert/Pialoux 2010: 102). Zu wenig berücksichtigt finden die AutorInnen jedoch die in verschiedenen Studien erhobenen Fälle des Abgleitens oder des Platzens des Kondoms bei seinem Gebrauch. Diese Vorfälle seien bei MSM zu einem geringeren Anteil im Zeitraum von 12 Monaten vor einer Befragung zu beobachten als bei heterosexuellen-aktiven Männern (20 %). Das Auftreten solcher Vorfälle sinke mit dem häufigen Kondomgebrauch und hänge auch ab von seiner Qualität (z. B. besondere Eignung für analgenitale Kontakte). Die Häufigkeit der Vorfälle beim Kondomgebrauch würde zu wenig in der Beratungstätigkeit von Aidshilfen und anderen im Feld engagierten Organisationen berücksichtigt. Vielmehr würden Berichte zu „Kondomunfällen“ viel zu oft als nachträgliche Ausrede nach einem ungeschützten anal- oder vaginalgenitalen Kontakt angesehen. Vor dem Hintergrund der Möglichkeiten, die die PEP biete, sei solchen Berichten mehr Aufmerksamkeit und den Ratsuchenden mehr Glauben zu schenken. Lert/Pialoux betonen, dass bei jedem einzelnen Gebrauch des Kondoms der Erfolg seiner Anwendung hoch sei. Würden alle anal- oder vaginalgenitalen Kontakte für einen bestimmten Zeitraum betrachtet, käme es jedoch zu einer nicht unerheblichen Kumulierung von Misserfolgen (Lert/Pialoux 2010: 103).

Der Kritik an der mangelnden Berücksichtigung der Anwendungsprobleme beim Kondomgebrauch im französischen Präventionsdiskurs schließt sich ein Verweis auf ein vielleicht noch gravierenderes Defizit in den Diskussionen

zu neuen Ansätzen in der Prävention an: „Die Banalisierung des Kondoms ist stark und stabil“, aber die Beeinträchtigung der sexuellen Lust werde von den Befragten nach wie vor hervorgehoben (Lert/Pialoux 2010:104). Die AutorInnen resümieren hier die Ergebnisse einer Umfrage von 2005 in der heterosexuellen Bevölkerung der Ile de France, der zufolge 40 % der befragten Männer über eine Beeinträchtigung ihres Lustempfindens beim Kondomgebrauch klagten.

2.3 Die „medikalisierten“ Techniken der Prävention

Für zukünftige Präventionskampagnen kommt Lert/Pialoux zufolge der Post-Expositions-Prophylaxe eine zentrale Bedeutung zu. Die Diskussion zur PEP sei überlagert worden von der Angst ihres Missbrauchs und ihrer zu häufigen Verschreibung; für Frankreich seien jedoch eher mangelnde Kenntnisse über die PEP sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei sero-diskordanten Paaren festzustellen. Die möglichen negativen Effekte der PEP – wie ein denkbarer „Missbrauch“ als „Pille“ nach ungeschützten anal- oder vaginalgenitalen Kontakten – seien weit überschätzt worden und ihr möglicher Nutzen sei – vor allem auch für hetero- und homosexuelle diskordante Paare – nicht hinreichend propagiert worden. Der Nutzen einer weitaus stärkeren Anwendung der PEP wird von Lert/Pialoux so hoch veranschlagt, dass sie für ihre bessere Zugänglichkeit vor allem in französischen Großstädten mit einer bedeutsamen MSM-Bevölkerung plädieren; diesem Plädoyer schließt sich die Aufforderung an, die PEP gegenüber Ärzten zu valorisieren, indem aufgezeigt wird, dass der befürchtete Missbrauch der PEP als Ersatz für präventive Vorkehrungen nicht eingetreten sei (Lert/Pialoux 2010:120). In einer ähnlichen Perspektive fordern sie, dass die systematische Begleitung HIV-positiver Menschen in Frankreich verbessert wird, vor allem im Hinblick auf die Möglichkeiten, durch antiretrovirale Therapien die Viruslast einer bedeutsamen Zahl infizierter Personen unter der Nachweisgrenze zu halten.

Da in Frankreich vermutet wird, dass ein Drittel (40.000 Personen) der geschätzten 100.000 bis 170.000 HIV-positiven Menschen noch keine HIV-Diagnose erhalten haben, drängen die AutorInnen zudem auf eine weitere Verbesserung des Zugangs zu HIV-Tests und eine Intensivierung der Informationen für den Personenkreis, der von einem Testangebot profitieren könnte (Lert/Pialoux 2010:123).

2.4 MSM, Prävention und Risiken

Der HIV-Prävention für MSM widmen Lert/Pialoux ein sehr engagiertes eigenes Kapitel in ihrem Bericht. Sie knüpfen dabei immer wieder an Aussagen an, die sie schon in vorhergehenden Kapiteln getroffen haben. Ohne dass es ein Konzept der „strukturellen Prävention“, wie es von der Deutschen AIDS-Hilfe seit den 1990er-Jahren vertreten wird (Beißwenger/Höpfner 1998), in Frankreich als etablierten Bezugsrahmen geben würde, argumentieren sie ganz in diesem Sinne. Zu den Kontroversen zwischen den Vertretern der Kondom-Orthodoxie (vor allem Act Up Paris) und den AIDES-Protagonisten, die auch eine Berücksichtigung individueller Risikominderungsstrategien in den Präventionskampagnen befürworten, resümieren sie lakonisch:

„Die Vervielfachung dieser Kontroversen wird begleitet von einer Abkoppelung einer Minderheit von Experten, denen die Komplexität der Risikodeterminanten bewusst ist... von einer Mehrheit von Schwulen, für die das Kondom die nicht diskutierbare Norm bleibt, und bei der dessen Nichtgebrauch begleitet wird von präventiven Basteleien, die nur schwach konsistent sind“ (Lert/Pialoux 2010: 142).

Diese Kluft zwischen schwulen „Experten“ und der großen Mehrheit der Schwulen würde die Distanz zwischen den AIDS-Selbsthilfegruppen und den verschiedenen LGBT-Gruppen verstärken. Die Lebenswelten homosexueller Männer in Frankreich hätten sich zwar durch die seit den 1970er-Jahren erfolgte sexuelle Liberalisierung stark geändert, dennoch bestehe ein starkes Ausmaß an Schwulenfeindlichkeit in der französischen Gesellschaft weiter. Als Indikator für die persistierende Homophobie in Frankreich führen Lert/Pialoux an, dass die Umfragen unter MSM und unter heterosexuellen Männern eine fünffache Rate an Selbstmordversuchen unter MSM (14%) im Vergleich zu heterosexuellen Männern (3%) im Verlaufe ihres Lebens belegten. Die Unterstützung von Selbsthilfe-Netzwerken für (junge) Schwule und die Sensibilisierung professioneller Beratungsangebote für Schwule im Coming out sei in dieser Perspektive auch ein Beitrag zur AIDS-Prävention, um Phasen psychischer Fragilisierung in den Biographien von MSM zu verkürzen oder sie in ihren einschränkenden Auswirkungen auf präventives Verhalten abzumildern. Zu den in der sozialwissenschaftlichen AIDS-Präventionsforschung seit längerem diskutierten Kategorien wie „serosorting“, „seropositioning“ und „negotiated safety“ merken Lert/Pialoux an, dass diese Risikominderungsstrategien von Sozialwissenschaftlern nach der Analyse ihrer Daten

a posteriori entwickelt wurden. Fraglich sei, ob es sich bei den beschriebenen präventiven Praktiken jeweils um bewusste präventive Akte als solche handle, oder ob die beobachteten und in Kategorien gegossenen sexuellen Interaktionen nicht eher deren besonderem Kontext oder bestimmten sexuellen Präferenzen geschuldet seien. Sie wenden sich damit keineswegs gegen Versuche, wiederkehrende sexuelle Interaktionsmuster in präventiver Perspektive zu systematisieren. Unter Rückgriff auf einige australische Studien kommen sie zu dem Schluss, dass diese Risikominderungsstrategien nicht notwendig illusionär und mindestens zum Teil präventiv wirksam seien (Lert/Pialoux 2010: 160–162). Allerdings fordern sie von den mit HIV-Prävention befassten Organisationen, dass verbreitete Risikominderungsstrategien immer wieder im Präventionsdiskurs daraufhin befragt werden, ob diese Strategien wirklich präventive Wirkungen haben (z. B. „serosorting“ versus „seroguessing“). Sie erinnern zudem daran, dass ohne jährliche HIV-Tests und Untersuchungen auf andere STI die erwähnten Risikominderungsstrategien jede Basis verlieren würden. Als Konsequenz fordern sie Kampagnen der Testermutigung und die Verbesserung der Zugänglichkeit von HIV-Tests und STI-Screenings.

Zum Abschluss des „tour d’horizon“ zum Innovationsbedarf in der HIV-Prävention für MSM heben Lert/Pialoux noch einmal organisatorische und institutionelle Desiderate hervor. Sie plädieren für eine Organisation neuen Typus, die einerseits eine stabile administrative Basis hat und andererseits Vertreter der Gesundheitsministeriums, Experten und Vertreter des Selbsthilfebereichs zusammenführt. Ausgeprägte partizipative Elemente sollen die Expertise der Selbsthilfeorganisationen dabei besser als bisher zur Geltung bringen. Besondere Wirksamkeit wird diese neue Struktur nach ihrer Auffassung allerdings nur erlangen, wenn es gelingt, die Gruppen der LGBT-Community wieder mehr in die Vor-Ort-Arbeit und die Präventionskampagnen der Aidshilfen und verwandter Organisationen zu integrieren.

2.5. Zwischenbilanz

Obwohl der präventive Diskurs von Lert/Pialoux nicht durchgängig „medicalisiert“ ist, wird im Vergleich zum vorgestellten britischen Präventionsansatz deutlich, dass das französische Gutachten stark auf die durch die Erfolge der Medizin gebotenen Möglichkeiten setzt. Dies zeigt sich im eindringlichen Plädoyer zum verbreiteten Einsatz der Post-Expositions-Prophylaxe, zur Integration der „Treatment as Prevention (TasP)“-Strategie in das Präventionskonzept, in der Forderung nach einem regelmäßigen HIV-Test für MSM und nach einem damit verbundenen STI-Screening. Während sowohl das britische als auch das französische Präventionskonzept als wesentlichen Bestandteil partizipative Elemente in der Prävention für MSM eingelöst wissen wollen, beinhaltet das britische Konzept auch das Ziel, den sexuellen Lebensstil und die Sexualität von MSM zu beeinflussen. Empfehlungen der britischen Autorengruppe an die Adressaten der Prävention, die Vorzüge geringerer Partnerzahlen und die von monogamen Beziehungen zu reflektieren, finden sich bei Lert/Pialoux in keiner Weise, ebenso wenig wie die an die Zielgruppe der MSM gerichtete Botschaft, dass es viele befriedigende Sexualpraktiken jenseits von analgenitalen Kontakten gebe. Während „Making it Count“ die EKAf-Empfehlungen als ungeeignet für MSM-Paare erklären, gehen im Gegensatz dazu Lert/Pialoux über diese vor allem an serodiskordante heterosexuelle Paare gerichteten Empfehlungen hinaus. In ihren Augen hat eine durch antiretrovirale Medikamente bewirkte Senkung der Viruslast bei einem signifikanten Anteil von HIV-Positiven – seien diese nun homo- oder heterosexuell – einen wichtigen Stellenwert in der Prävention für MSM.

267

3. Die Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel

Neben der 4. Auflage der Londoner „Making it Count“-Leitlinien von 2011 und der französischen Expertise von 2010 kann die Studie eines internationalen Expertengremiums, die im September 2009 im Auftrag des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht wurde, als ein weiteres Dokument angesehen werden, in dem ein systematischer Versuch unternommen wird, Anforderungen an eine zukünftige HIV-Prävention zu formulieren

(Rosenbrock et al. 2009a, 2009b). Die Studie ist auch vor dem Hintergrund von Interesse, dass die Schweiz für (West-)Europa beispielhaft innovative Ansätze der HIV-Prävention seit Beginn der Epidemie in den 1980er Jahre umgesetzt hat (siehe z. B. Dubois-Arber/Jeannin/Spencer 1999; Balthasar et al. 2010).

Ähnlich wie das französische Gutachten plädiert die Schweizer Studie zu einer besseren Vernetzung von Organisationen, die vor allem in der HIV-Prävention für MSM engagiert sind, mit Schweizer LGBT-Organisationen. Die Expertengruppe hebt hervor, dass die Fortschritte in den antiretroviralen Therapien eine problematische Wirkung in sozialer Hinsicht hatte: „Heutzutage liegt ein wichtiger Schwerpunkt auf der sekundären Prävention – auf einfacherem Zugang zu Tests, Früherkennung und Behandlung. Die medizinische Herangehensweise und der eher klinische Umgang mit der HIV-Infektion als chronischer Krankheit führten bei Menschen, die mit dem HI-Virus leben, zu einer Individualisierung. Die zuvor starken Gemeinschaften – speziell die schwulen Gemeinschaften – wurden schwächer und ihre Struktur und Form änderten sich“ (Rosenbrock et al. 2009a: 7).

268

Das Expertengremium bemängelt das Fehlen eines systematischen Ansatzes in der HIV-Prävention für MSM in Hinblick auf die vergangenen Jahre. Positive institutionelle Anknüpfungspunkte in der Schweizer Präventionsarbeit werden jedoch auch gesehen: „Die einfach zugänglichen, freiwilligen und gemeinschaftsbasierten Beratungs- und Test-Einrichtungen (die so genannten Checkpoints) in Genf und Zürich scheinen eine wichtige und innovative Triebkraft hinter dem Konzept der ‚medizinischen Prävention‘ zu sein. Der Checkpoint Zürich bietet die umfassendsten Dienstleistungen, was die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP), HIV- und STI-Tests und -Behandlung sowie die psychologische Betreuung und Beratung angeht“ (Rosenbrock et al. 2009a: 16). Das Expertengremium befürwortet den Ausbau solcher Checkpoints, fordert aber, dass die Rolle der Checkpoints in der nationalen Strategie klarer herausgestellt wird und das Konzept der in der Schweiz so genannten medizinischen Prävention weiter entwickelt wird. Im „Executive Summary“ geht die Expertengruppe noch einen Schritt weiter. In diesem Dokument schlägt sie vor, für den Bereich (nicht nur) der HIV-Prävention eine Schweizer Gesundheitsorganisation für schwule Männer zu gründen. Diese Gründung sollte unter maßgeblicher Beteiligung der schwulen Organisationen in der Schweiz erfolgen und unter Berücksichtigung der innovativen Impulse, die die Checkpoints in Zürich und Genf schon gegeben haben: „Kriterien einer

klar schwulen Selbst- und Fremdwahrnehmung und hoher Autonomie bei der Gestaltung der Prävention erscheinen... wichtiger als die Frage, ob diese Organisation unter dem Dach der AHS (i.e. Aidshilfe Schweiz) oder als unabhängige Neugründung entsteht. Aufgabe dieser Organisation wäre die Gestaltung eines *bottom-up*-Prozesses in den existierenden und aktivierbaren Szenen zur Definition und Umsetzung einer HIV-Präventionsstrategie für schwule Männer und andere MSM im breiteren Rahmen eines *sexual health*-Ansatzes (kursiv i. O.)“ (Rosenbrock et al. 2009b: 7).

Partizipative Elemente in der HIV-Prävention für MSM erscheinen – ebenso wie bei Lert/Pialoux – für die Expertengruppe besondere Relevanz zu gewinnen, gerade auch vor dem Hintergrund der Distanz, die sich zwischen den HIV-Prävention betreibenden NGOs und den LGBT-Gruppen auch in der Schweiz entwickelt hat: „Das Gremium erkennt die Problematik, dass die progressive Professionalisierung der HIV-Arbeit solchen Initiativen entgegenstehen könnte. Trotzdem empfiehlt das Gremium, die Einbindung der ‚gay community‘ als eine Verpflichtung anzusehen“ (Rosenbrock et al. 2009a: 17). Auch mit seiner Empfehlung, die Konsequenzen des EKAF-Statements (Vernazza et al. 2008) wie die Verfügbarkeit von PEP und das Wissen über die Primoinfektion im Rahmen einer umfassenden Präventionsstrategie für MSM zu berücksichtigen, kommt der Expertenbericht dem Votum der französischen GutachterInnen nahe.

269

4. Fazit

Die herangezogenen aktuellen Dokumente zur HIV-Prävention für MSM aus Großbritannien, Frankreich und der Schweiz signalisieren ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, der HIV-Prävention neue Impulse zu geben. Die in der britischen Publikation vorgeschlagenen nächsten Schritte unterscheiden sich stark von der von Lert/Pialoux befürworteten Neujustierung der Prävention für MSM. Die zukünftige Diskussion in Deutschland sollte auf diese unterschiedlichen Konzepte Bezug nehmen und reflektieren, welche strategischen Konzepte entwickelt werden müssen, die über die innovativen Elemente der IWWIT-Kampagne der Aidshilfen hinausgehen.

XI. Zusammenfassung und Ausblick

271

1. Erhebungsmethode und Rücklauf

In den Jahren 1991 bis 2007 wurden im Abstand von zwei bis drei Jahren im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Befragungen zum präventiven Verhalten homosexueller Männer vor dem Hintergrund der Bedrohung von AIDS durchgeführt. Die Erhebungen erfolgten durch die Schaltung eines vierseitigen Fragebogens in den wichtigsten Monatszeitschriften für homosexuelle Männer in der Bundesrepublik, wobei die Befragungen der Jahre 2003 und 2007 auch online zugänglich gemacht wurden. Die Erhebung von 2010, die im Rahmen des European MSM Internet Survey (EMIS) europaweit durchgeführt wurde, erfolgte ausschließlich über das Internet. Der Großteil (74 %) der 54.387 Befragungsteilnehmer in Deutschland hat auch den angefügten deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt (n=40.178). Die Mehrheit der Befragten (83 %) wurde durch das Internetportal GayRomeo rekrutiert, der übrige Rücklauf erfolgte im Wesentlichen über fünf andere Portale für MSM (Barebackcity, dbna= du bist nicht allein, Gay-Royal, Homo.net, Queer.de). Die Datenerhebung fand statt von Anfang Juni bis Ende August 2010.

2. Soziodemografische Zusammensetzung der Stichprobe

Wie in früheren Befragungen konnte insgesamt ein breites Spektrum von MSM erreicht werden, sowohl hinsichtlich der Altersstruktur als auch der Wohnortgröße. Im Vergleich zu 2007 war 2010 ein geringerer Anteil der Befragungsteilnehmer unter 20 Jahre alt (11% vs. 6%), jedoch ist die Gruppe der jüngsten MSM im Sample von 2010 in absoluten Zahlen fast 4-mal so groß wie 2007 ($n = 915$ vs. $n = 3.463$). Der Altersmedian beträgt 34 Jahre für die Befragten, die auch die deutschen Zusatzfragen beantworteten, und 30 Jahre für die, die dies nicht taten. Insgesamt beträgt der Median 33 Jahre.

Ein Viertel (24 %) der Befragungsteilnehmer gab 2010 an, in einer Millionenstadt zu wohnen. Insgesamt 41 % aller Befragten wohnen in Großstädten mit mehr als 500.000 Einwohnern, 38 % in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern. Der Anteil der Befragungsteilnehmer, der in kleineren Gemeinden wohnt, nahm in allen (auch) online durchgeführten Befragungen zu im Vergleich zu den in den 1990er-Jahren über Printmedien durchgeführten. Wie in früheren Erhebungen zeigt sich in der Stichprobe ein im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Deutschlands überdurchschnittlich großer Anteil an Männern mit höheren Bildungsabschlüssen: 31 % der befragten MSM verfügen über einen (Fach-)Hochschulabschluss, während der Anteil der Akademiker in der deutschen Gesamtbevölkerung bei 14 % liegt (bezogen auf die 15-bis 59-Jährigen). Weitere 28 % haben eine (Fach-)Hochschulreife (Gesamtbevölkerung 29 %). 10 % haben einen Hauptschulabschluss (oder keinen Schulabschluss; Gesamtbevölkerung 26 %).

Die Mehrheit der Befragten ist berufstätig: 56 % sind Vollzeit beschäftigt, 11 % sind selbstständig und rund 5 % der befragten MSM gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Arbeitslos gemeldet waren zum Zeitpunkt der Befragung 6 % der Männer, wobei insbesondere jene mit niedrigen Bildungsabschlüssen betroffen sind.

Erstmalig wurde in der Erhebung von 2007 nach dem monatlichen Nettoeinkommen gefragt. 97 % der Befragungsteilnehmer, die den deutschen Zusatzfragebogen ausfüllten, haben 2010 Angaben zum persönlichen Einkommen gemacht. Werden nur die Berufstätigen berücksichtigt, so zeigt sich, dass ein Drittel (36 %) über ein Nettoeinkommen von über 2000 € verfügt. 39 % der Berufstätigen verdienen weniger als 1500 €.

Mit der EMIS-Umfrage konnte ein bedeutsamer Anteil an Männern mit Migrationshintergrund erreicht werden ($n = 8.378$, dies entspricht einem Anteil von 15 % an der Gesamtstichprobe); etwas mehr als die Hälfte (52,6 %) davon wurde nicht in Deutschland geboren. Die nicht-deutschstämmigen Befragungsteilnehmer kommen in ihrer Mehrheit aus west-, mittel- und osteuropäischen Ländern sowie aus Nordamerika.

3. Zur Lebenssituation der Befragten

Die Mehrheit (76 %) der Befragungsteilnehmer bezeichnet sich als „schwul oder homosexuell“, wobei diese Selbstdefinitionen am stärksten von der Altersgruppe der 30- bis 44-Jährigen gewählt wurde (79 %). Am geringsten ist der Anteil der sich als „schwul“ bzw. „homosexuell“ Definierenden bei den unter 20-jährigen MSM, er liegt hier bei 69 %. In dieser Altersgruppe ist der Anteil jener, die sich als „bisexuell“ bezeichnen, mit 23 % am höchsten (vs. 17 % alle Befragten). Insgesamt lehnen 6 % der Befragten eine Selbstdefinition ab.

Die große Mehrheit der MSM (44 %) wohnt allein, 24 % leben mit ihrem festen Partner zusammen, 6 % mit ihrer Partnerin. 41 % der Befragungsteilnehmer leben in einer Beziehung mit einem Mann, rund 1 % gibt mehrere feste männliche Partner an. In 40 % der Partnerschaften zu Männern gibt es neben dem festen Freund keine weiteren Sexpartner, während es in der Mehrheit der Beziehungen auch zu Sexkontakten außerhalb der Partnerschaft kommt. Eine Beziehung zu einer Frau wird von 8 % der Befragten angegeben ($n = 4.342$). Über die Hälfte derer, die einen männlichen festen Partner haben, wohnen auch mit diesem zusammen (57 %).

8 % der befragten MSM geben an, bereits eine eingetragene Lebenspartnerschaft (ELP) eingegangen zu sein (2007: 6 %). 19 % teilen mit, dass sie eventuell mit ihrem festen Freund eine ELP eingehen würden, während 9 % eine ELP strikt ablehnen. 44 % teilen mit, dass sie dies unter Umständen tun würden. Das „offene“ Leben der eigenen Homosexualität im familiären und weiteren sozialen Umfeld ist für einen bedeutsamen Anteil der Befragten nach wie vor nicht einfach. 46 % der Männer berichten, dass „alle oder fast alle“ über deren Homosexualität informiert sind. Bei 27 % der Befragten wissen nur wenige bzw. niemand aus dem Familien-, Freundes- und Kollegenkreis von deren Homosexualität. Ein Zusammenhang besteht zwischen der Offenheit bzw. Verdecktheit des eigenen schwulen Lebens und der Größe des Wohnorts.

Befragte aus Millionenstädten leben zu einem höheren Anteil „offen schwul“ als MSM aus kleineren Gemeinden mit Einwohnerzahlen von bis zu 100.000. Ein ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch in Bezug auf die Zusammensetzung des Freundeskreises: je größer der Wohnort, in dem ein Befragter lebt, desto höher ist der Anteil schwuler Männer im Freundeskreis. Von den Männern, die in Millionenstädten leben, gibt fast die Hälfte (49 %) an, einen überwiegend schwulen Freundeskreis zu haben. Hingegen haben 63 % der Befragten aus Wohnorten mit weniger als 100.000 Einwohnern einen überwiegend heterosexuellen, männlichen Freundeskreis.

Wie in früheren Befragungen wurde auch 2010 erhoben, welche Orte bzw. Treffpunkte der Schwulenszene aufgesucht wurden. Die Angaben hierzu dokumentieren, dass es mit der Befragung 2010 gelungen ist, eine große Streubreite unter den Teilnehmern zu erreichen. 65 % der Befragten wurden als MSM mit schwächerer Szenenähe eingestuft, da sie keine bzw. wenige der Treffpunkte im Monat vor der Befragung aufgesucht haben. 21 % der Männer suchten mehrmals im Monat vor der Befragung überwiegend Orte schwuler Geselligkeit auf (Schwulenorganisationen und -gruppen, Bars, Cafés, Diskos etc.). 7 % der Befragungsteilnehmer besuchten überwiegend Orte für schnellen Sex (Klappen, Saunen, Pornokinos etc.); ein ebenso großer Anteil gehört einer Mischkategorie an, der MSM zugeordnet sind, die sowohl Orte schwuler Geselligkeit als auch Orte für schnellen Sex häufiger frequentierten.

Werden die Ergebnisse der Befragungen von 2010 und 2007 mit den vorhergehenden Erhebungen verglichen, die Befragte bis 1999 ausschließlich über Printmedien und noch 2003 zur Hälfte über Printmedien rekrutierten, so zeigt sich, dass Befragungen, die überwiegend oder ausschließlich online operieren, einen höheren Anteil von Männern mit schwächerem Szenebezug erreichen. Da eine große Mehrheit von MSM inzwischen Zugang zum Internet und zahlreichen Websites für MSM hat, wäre es irreführend, den Befragten, die unregelmäßiger, seltener oder gar nicht verschiedene Szenetreffpunkte aufsuchen, zu unterstellen, dass sie sich in großer Distanz zu den Lebenswelten schwuler Männer befinden. Das Internet kann inzwischen als eine eigene Szene angesehen werden.

4. Gewalt gegen Schwule

Seit 1991 wird erhoben, ob Befragungsteilnehmer in den zwölf Monaten vor der Befragung Opfer schwulenfeindlicher Gewalt wurden. Dabei wurde

zwischen verbaler („symbolischer“) Gewalt (Beleidigung, Beschimpfung etc.) und physischer Gewalt unterschieden. 33 % der Befragten berichten von verbalen, 2 % von körperlichen Gewalterfahrungen in den zwölf Monaten vor der Befragung. Insgesamt sind jüngere Männer eher von verbaler und physischer Gewalt betroffen. 59 % der unter 20-Jährigen geben an, Opfer symbolischer Gewalt gewesen zu sein, weitere 7 % berichten von physischen Gewalterfahrungen. Bei den über 44-Jährigen liegen die entsprechenden Anteile bei 21 bzw. 1 %.

5. Partnerzahl und Beziehungsstatus

Drei Viertel (77 %) der Befragten hatten in den zwölf Monaten vor der Befragung weniger als elf männliche Sexualpartner. Etwa ein Viertel (23 %) gibt an, lediglich einen Sexpartner in diesem Zeitraum gehabt zu haben, dieser Wert ist identisch mit dem von 2007. Bei 80 % der Männer ist dieser einzige Sexpartner der feste Freund.

Im Unterschied zu 2007 (1 %) geben 2010 7 % der Männer an, keinen männlichen Sexpartner gehabt zu haben. Die Anteile der Befragten, die keinen Sexpartner für die zwölf Monate vor der Befragung angeben, verteilen sich sehr ungleich auf einzelne Gruppen. Unter den Männern, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, beträgt der Anteil derjenigen ohne männlichen Sexpartner 17 %, unter den Befragten ohne Beziehung (sei es mit einem Mann oder einer Frau) 12 %.

Die Tatsache, ohne männlichen Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung gelebt zu haben, ist nicht nur abhängig vom Beziehungsstatus, sondern ebenfalls vom Alter. Unter den Männern *ohne festen Partner* zum Zeitpunkt der Befragung ist der Anteil derjenigen ohne Sexpartner bei den unter 20-Jährigen mit 25 % am höchsten; in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen fällt dieser Anteil auf 12 %, in allen höheren Altersgruppen beträgt er ungefähr 10 %.

Im Median geben die Befragten an, im Jahr vor der Befragung fünf unterschiedliche männliche Sexpartner gehabt zu haben einschließlich des festen Partners (2007 betrug der Median vier Sexpartner). Befragte ab 30 Jahren haben mehr Sexualpartner als Befragte unter 30 Jahren (im Median sechs vs. vier Sexpartner). Männer ohne feste Beziehung und in einer „offenen“ Beziehung geben im Median fünf Sexpartner im Jahr vor der Befragung an, Männer in einer Beziehung zu einer Frau vier Sexpartner.

6. Wohnorte und Zahl der Sexpartner/Sexpartnerinnen

Die Möglichkeit, mehr als zehn Sexpartner in einem Jahr zu finden, ist deutlich größer in Städten mit über 500.000 Einwohnern als in kleineren Orten. Ein Drittel (34 %) der Bewohner von Millionenstädten gibt mehr als zehn Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung an, es sind 16 % in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern. Während ein Zehntel der Befragten in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern keine männlichen Sexpartner im Jahre vor der Befragung hatte, sind dies fünf % in Millionenstädten. Ein umgekehrter Zusammenhang zeigt sich bei Sexpartnerinnen. 92 % der MSM in Millionenstädten hatten keine Sexpartnerinnen im Jahr vor der Befragung, 84 % in den Gemeinden unter 100.000 Einwohner.

Die Unterschiede in der Zahl männlicher Sexpartner nach Größe des Wohnorts sind bemerkenswert, wenn berücksichtigt wird, dass ein hoher Anteil der Befragten alle (24 %) oder die meisten (24 %) Sexpartner über Internetportale gewonnen hat. Gemeinhin wird angenommen, dass das Internet die früher bestehende Ungleichheit der Chancen, in Großstädten oder kleineren Orten Sexpartner zu finden, stark abgeschwächt hat. Diese Unterschiede mögen sich verringert haben, bestehen aber nach wie vor.

Der Anteil der MSM, die alle oder die meisten ihrer Sexpartner über das Internet gefunden haben, ist fast unabhängig von der Größe des Wohnorts und beläuft sich auf ungefähr die Hälfte der Befragten. 40 % der Befragten haben einige (14 %) oder keinen Sexpartner (26 %) über das Internet kennengelernt. In der Gruppe der Befragten mit mehr als 50 Sexpartnern gibt ein Drittel (32 %) an, keine oder nur einige Sexpartner über das Internet gewonnen zu haben. Von den Männern, die zwei bis fünf Sexpartner im Jahr vor der Befragung hatten, geben dies 22 % an.

7. Sexpraktiken mit anderen Partnern als dem festen Freund

Das europäische Erhebungsinstrument enthielt hinsichtlich der ausgeübten Sexpraktiken die Frage nach Analverkehr innerhalb der Partnerschaft und detailliertere Fragen zu den mit anderen Partnern gewählten Sexpraktiken. Auf letztere konzentriert sich deshalb die Zusammenfassung.

Mutuelle Masturbation und insertiver und rezeptiver Oralverkehr gehören (wie in allen bisherigen Erhebungen) zu den von fast allen Befragten

ausgeübten Sexpraktiken; jeweils über 90 % geben diese an. Fast die Hälfte der MSM mit anderen Partnern praktizierte mutuelle Masturbation und Oralverkehr in der Woche vor der Befragung, ungefähr drei Viertel im Monat vor der Befragung. Insertiver oder rezeptiver Analverkehr wird von zwei Drittel mit anderen Partnern im Jahr vor der Befragung praktiziert, ein Viertel der MSM berichtet von einem insertiven oder rezeptiven analgenitalen Kontakt für die Woche vor der Befragung, etwas weniger als die Hälfte hatten sie im Monat vor der Befragung.

Fisten ist im Vergleich zu allen anderen erhobenen Sexpraktiken die Praktik einer Minderheit: 15 % geben insertives Fisten für das Jahr vor der Befragung an, 8 % rezeptives Fisten.

8. Analverkehr mit dem festen Freund

Deutlich wird (wie in allen früheren Befragungen), dass Analverkehr zu einem höheren Anteil in festen Beziehungen praktiziert wird. Lediglich 4 % der Männer in einer festen Beziehung zum Zeitpunkt der Befragung geben an, keinen Analverkehr mit ihrem Freund in den zwölf Monaten vor der Befragung gehabt zu haben.

277

9. Kondomgebrauch, Erfahrungen, Widerstände

Der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker hat wiederholt drauf hingewiesen, dass sich für einen bedeutsamen Anteil schwuler Männer das Kondom trotz langjährigen Gebrauchs (als mehr oder weniger) störend erweist; die Befragungen im Rahmen dieser Erhebungsreihe bestätigen diese Aussage. Im deutschen Anhang der EMIS-Erhebung wurde gefragt, ob „Kondome beim Sex sehr störend“ seien. 13 % der ungetesteten und negativ getesteten MSM, die analgenitale Kontakte eingingen, finden, dass dies „völlig zutrifft“ (so die Formulierung einer der möglichen Antworten). 2007 betrug der entsprechende Anteil 15 %. Ein Drittel (36 %; 2007: 41 %) findet, dass dies „teilweise zutrifft“, 41 % finden die Aussage nicht zutreffend (2007: 34 %), 10 % finden die Frage „schwer zu beantworten“.

Wenn auch der Anteil bei den unter 20-Jährigen, die sich durch Kondome beim Analverkehr (sehr oder teilweise) gestört fühlen, mit 42 % am

niedrigsten und bei den über 44-Jährigen mit 53 % am höchsten ist, bleibt der hohe Prozentsatz der MSM in der jüngsten Altersgruppe, die sich durch den Kondomgebrauch beeinträchtigt fühlen, bemerkenswert; in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen sind es fast die Hälfte der MSM (47 %), die sich in ihrer Sexualität beeinträchtigt fühlen. Wie auch schon in den vorangegangenen Befragungen ist unter den Männern, die beim Analverkehr keine Kondome benutzen, der Anteil derer am höchsten, die sich stark durch das Kondom beeinträchtigt fühlen; unter denen, die durchgängig Kondome benutzen, fühlen sich die wenigsten beeinträchtigt. Besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang beim Analverkehr mit anderen als dem festen Partner.

Diesem – trotz aller „Pro-Kondom-Kampagnen“ – weiter bestehenden Unbehagen beim Kondomgebrauch auch in jüngeren Altersgruppen muss in der Präventionsarbeit Rechnung getragen werden. Die Tatsache, dass gerade die MSM, die häufiger Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Serostatus haben, dabei auch häufig kein Kondom benutzen, sollte für die Prävention zu denken geben; ein erheblicher Teil dieser MSM, für die analgenitale Kontakte psychisch hoch besetzt sind, fühlt sich vom Gebrauch eines Kondoms beeinträchtigt. Eine präventive Empfehlung an diese Gruppe, lieber auf analgenitale Kontakte zu verzichten, wird folgenlos bleiben und eher Widerstände gegen präventive Botschaften erhöhen. Ein erheblicher Teil der Männer, die sich durch Kondome beeinträchtigt fühlen, weicht zur Risikominderung auf die Praktik des Serosorting aus. Diese MSM sollten eher zu einem effektiven (im Sinne von adäquaten) Serosorting aufgefordert und vor den Gefahren eines Seroguessing gewarnt werden. Hintergrund diese Empfehlung ist auch die Einschätzung, dass es wenig aussichtsreich erscheint, diese Männer wieder zum Gebrauch von Kondomen zu bekehren.

Der Gebrauch von Kondomen ist außerhalb fester Partnerschaften sehr viel mehr verbreitet, vor allem was seine Habitualisierung, also den regelmäßigen Gebrauch, anbelangt. Die Hälfte der Männer (53 %), die analgenitale Kontakte mit Partnern außerhalb fester Partnerschaften hatten, gibt an, dabei immer Kondome benutzt zu haben. Weitere 23 % geben an, dies „meistens“ getan zu haben. Ein Viertel (24 %) der Befragten in festen Partnerschaften benutzte „immer“ ein Kondom, 9 % meistens.

Der durchgängige Kondomgebrauch innerhalb fester Beziehungen ist abhängig von der Dauer der Beziehung. Während ein Drittel (30 %) der Männer in Beziehungen bis zu einem Jahr angeben, nie ein Kondom zu benutzen, steigt dieser Anteil schon auf 51 % bei Männern mit einer Beziehungsdauer von ein

bis zwei Jahren an, der Anteil steigt weiter auf 64 % bei Männern mit einer Beziehungsdauer von drei bis vier Jahren.

Fast ein Drittel der Kondombenutzer gibt an, ein Kondom ohne Gleitmittel zu gebrauchen, mehr als ein Drittel benutzte Speichel als Gleitmittel, 15 % verwendeten nicht genug Gleitmittel, ebenfalls 15 % benutzten dasselbe Kondom bei einem insertiven Analverkehr, auch wenn dieser länger als eine halbe Stunde dauerte und ein Zehntel benutzte fetthaltige Gleitmittel. *Es erscheint notwendig, in zukünftigen Präventionskampagnen noch einmal auf die Voraussetzungen eines sachgemäßen Kondomgebrauchs hinzuweisen.*

10. Häufigkeit von Risikokontakten

Seit 1996 wurde in dieser Erhebungsreihe die Häufigkeit ungeschützter analgenitaler Kontakte mit Sexpartnern erhoben, deren HIV-Testergebnis unbekannt oder diskordant war. Hierbei wurde jeweils unterschieden zwischen dem festen (primären) Partner, Partnern, die der Befragte schon vor dem Sexualkontakt kannte, und unbekannten Partnern.

Von den Teilnehmern an der deutschen Zusatzerhebung bejahten 26 % (2007: 25 %) die Frage, ob sie in den zwölf Monaten vor der Befragung ungeschützte analgenitale Kontakte zu Männern hatten, deren HIV-Testergebnis sie nicht kannten. 5 % (2007: 3 %) gaben ungeschützten Analverkehr (UAV) mit Männern mit einem anderen Serostatus an.

Von den Männern mit Risikokontakten in festen Beziehungen gaben lediglich 30 % sporadische (1–4) Risikokontakte mit ihrem Partner in den zwölf Monaten vor der Befragung an, mehr als die Hälfte (56 %) hatte wöchentliche oder monatliche Risikokontakte. Dagegen machen sporadische Risikokontakte bei den Befragten, die solche mit anderen bekannten oder vorher unbekannten Partnern eingingen, die große Mehrheit aus: 72 % geben 1 bis 4 Risikokontakte mit Partnern, die sie kannten, an, es sind 71 % der Männer bei Partnern, die sie vor dem Sexkontakt nicht kannten. Auch ungeschützte Kontakte mit einem sero-diskordantem Partner kommen häufiger mit dem festen Partner vor als mit anderen Partnern.

Die absolute Häufigkeit ungeschützter analgenitaler Kontakte hängt jedoch nicht nur vom Beziehungsstatus ab, sondern auch in hohem Maße von der Anzahl der Sexpartner. Während der Anteil der Befragten ohne Risikokontakte von 88 % bei einem Sexpartner auf 43 % bei mehr als 50 Sexpartnern

fällt, vervierfacht sich der Anteil der Männer mit mehr als 50 Risikokontakten von 5 % (ein Sexpartner) auf 22 % (mehr als 50 Sexpartner in den 12 Monaten vor der Befragung).

Werden alle auf Analverkehr bezogenen Risikokontakte (UAV mit Partnern mit unbekanntem und diskordantem Serostatus) zusammengefasst, zeigt sich für ungetestete und negativ getestete Befragte, dass 75 % dieser Männer keinen so definierten Kontakt angeben. Werden ein bis vier Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung als „sporadisch“ definiert, so geben 13 % der MSM in dieser Gruppe sporadische Kontakte an, 12 % häufigere Risikokontakte.

HIV-positive Befragte gehen mehr Risiken ein als negativ oder ungetestete. 20 % der HIV-Positiven geben sporadische Risikokontakte ein, 30 % häufigere. Dieses Ergebnis bestätigt die Resultate früherer Erhebungen.

Werden HIV-positive MSM einerseits und negativ und ungetestete MSM andererseits getrennt betrachtet, ergeben sich für beide Gruppen hinsichtlich der Wohnortgröße kaum Unterschiede im Risikoverhalten. Unterschiede sind jedoch festzustellen in Hinblick auf den höchsten Bildungsabschluss. Zwei Drittel (67 %) der Befragten mit Hauptschulabschluss (oder ohne Schulabschluss) geben an, dass sie keine Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung hatten, es sind drei Viertel (75 %) unter den Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss. Ähnliche Unterschiede zeigen sich, wenn der sozioökonomische Status betrachtet wird. Befragte mit niedrigem Monatsnettoeinkommen (weniger als 1.500 €) und niedrigem Bildungsniveau gehen zu einem höheren Anteil Risikokontakte ein (35 %) als Befragte mit hohem Einkommen (über 3.000 € oder Hochschulabschluss; 24 %).

Diesem schichtenspezifischen Risikoverhalten ist nicht isoliert im Rahmen der HIV/AIDS-Prävention für MSM zu begegnen. Das Leben in prekären sozialen Verhältnissen strukturiert den Erwartungs- und Aufmerksamkeitshorizont der betroffenen Individuen. Die Gesundheitsvorsorge bei Angehörigen der unteren Schichten folgt einer anderen – auch einer anderen zeitlichen – Logik als die der Mittelschichten und der Oberschicht. Die kognitiven, zeitlichen und materiellen Ressourcen, die Gesundheitsorientierungen bestimmen, sind vergleichbar mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, die eine Teilhabe am kulturellen Reichtum der Gesellschaft ermöglichen. Soziale Ungleichheit hat weitreichende Auswirkungen auf schichtenspezifische gesundheitliche Ungleichheit. Ihr Abbau ist nur gesamtgesellschaftlich anzugehen und nicht isoliert in einem Teilbereich von Public Health (öffentlicher Gesundheit), wie es

die HIV/AIDS-Prävention darstellt. Eine mit diesen Problemen allein gelassene HIV-Prävention wäre überfordert.

Der Zusammenhang zwischen dem häufigeren Aufsuchen einer Vielfalt von Szenetreffs und einem erhöhten Risikoverhalten zeigt sich zum wiederholten Mal im Laufe der SMA-Befragungen (wenngleich dieser Zusammenhang in früheren Befragungen vor allem zwischen dem Aufsuchen von Orten für schnellen Sex und erhöhtem Risikoverhalten bestand).

In Präventionskampagnen Szeneorte als Orte des Risikos darzustellen, verbietet sich im Rahmen des lebensstilbejahenden Konzepts struktureller Prävention. Diskutiert werden sollte in diesem Zusammenhang jedoch, inwieweit die Interventionsformen aufsuchender Szenearbeit (im Sinne der Vor-Ort-Arbeit), wie sie in verschiedenen deutschen Schwulenmetropolen (u.a. Berlin, Hamburg, München, Köln) seit Längerem praktiziert wird, verbessert und intensiviert werden können.

Der Vergleich mit den vorhergehenden Befragungen zeigt, dass der Anteil der Männer, die Risikokontakte eingingen, relativ stabil geblieben ist. Seit 1996 geben über 70 % der Befragten keine ungeschützten analgenitale Kontakte mit Sexpartnern mit unbekanntem oder anderem Testergebnis an. Zwischen 14 und 16 % gingen solche Risiken sporadisch (ein bis vier Mal) ein, zwischen neun und 13 % häufiger. Diese zeitliche Stabilität ist bemerkenswert.

281

11. Drogenkonsum und Risikoverhalten

Die Liste der im EMIS-Erhebungsinstrument abgefragten Substanzen war etwas ausführlicher als die in Deutschland 2007 und 2003 eingesetzte, für die Auswertung erfolgte eine zu 2007 analoge Aufteilung nach Partydrogen und anderen Substanzen. Als Partydrogen wurden zusammengefasst: Ecstasy („E“, MDMA), Amphetamine (Speed), Crystal (Meth), Mephedron (Mep, Miau), GHB/GBL (Liquid Ecstasy), Ketamin (Special K), LSD (Acid) und Kokain). Als nicht der Gruppe der Partydrogen zugehörig wurden Heroin und Crack klassifiziert, der Konsum von Viagra (bzw. Cialis, Levitra und ähnliche Substanzen) und Anabolika wurde gesondert analysiert, wie auch der Konsum von Cannabis und Poppers.

Die mit einigem Abstand von den meisten Befragten konsumierte Substanz war (wie auch in früheren Erhebungen) Poppers. Insgesamt 34 % gaben den Konsum von Poppers in den zwölf Monaten vor der Befragung an (2007: 29 %),

darunter 13 % in der Woche vor der Befragung und 7 % im Monat davor. Die nach Poppers am häufigsten konsumierte Substanz ist Cannabis, deren Konsum 18 % aller Befragten angeben (2007= 17 %). Der entsprechende Anteil für Viagra (und ähnliche Substanzen) beträgt 13 %, hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg zum 2007 beobachtetem Anteil von 9 %. 6 % der Befragten konsumierten jeweils Speed oder Kokain, 5 % Ecstasy, 3 % Ketamin, 3 % Liquid Ecstasy (GHB/GBL).

Fast alle genannten Substanzen werden im höheren Umfang konsumiert, wenn eine intensivere Frequentierung bestimmter Szeneorte erfolgt. Auch wenn die bloße Anzahl der aufgesuchten Treffs der Schwulenszene in den zwölf Monaten vor der Befragung berücksichtigt werden, nimmt der Anteil des Substanzkonsums zu, unabhängig vom Charakter der besuchten Treffs. Dies gilt vor allem für Poppers, Viagra und Partydrogen, aber auch für Anabolika. Es gilt ebenfalls für Cannabis, obwohl für diese Substanz nicht notwendigerweise ein Szene-Setting vorliegen muss, da Cannabis auch häufig solitär oder im privaten Freundeskreis konsumiert wird. Allerdings sollte hier berücksichtigt werden, dass Cannabis als Substanz häufig im geselligen Rahmen konsumiert wird als entspannende Vorbereitung und Einstimmung auf sexuelle Kontakte (vor allem auch für rezeptiven Analverkehr).

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und sexuellen Risikokontakten. Der Zusammenhang ist ausgeprägter beim Konsum von Partydrogen als beim Konsum von Poppers oder Cannabis. Aus vorangegangenen Erhebungen ist bekannt, dass HIV-positive Männer fast alle genannten Substanzen zu einem höheren Anteil und häufiger konsumieren als andere Befragte. Unter den Ungetesteten und negativ Getesteten MSM, die keine der genannten Drogen im Jahr vor der Befragung konsumierten, geben 80 % keinen ungeschützten Analverkehr mit Sexpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus an. Unter den Befragten, die mindestens eine der genannten Partydrogen konsumiert haben, fällt dieser Anteil auf 63 %, der Anteil fällt auf 53 % bei den Befragten, die in den vier Wochen vor der Befragung mindestens zwei der als Partydrogen klassifizierten Substanzen konsumiert haben. Unter positiv Getesteten ist – bei einem höheren Niveau des Eingehens von Übertragungsrisiken (in Absetzung von Infektionsrisiken) – ein ähnliches mit dem Substanzgebrauch einhergehendes Risikoverhalten zu beobachten.

In Querschnittsuntersuchungen dieser Art werden im Wesentlichen nur eine eher geringe Anzahl individueller Faktoren erfasst und weniger der gesamte soziale Kontext. Riskantes Verhalten – sei es der Konsum psychoaktiver

Substanzen oder das Eingehen ungeschützter analgenitaler Kontakte – wird durch individuelle lebensgeschichtlich bedingte Faktoren und durch unterschiedliche soziale Kontexte beeinflusst. Präventive Strategien, die auf Drogenkonsum bei MSM abzielen, sind kaum in der Lage, auf die lebensgeschichtlich bedingten individuellen Faktoren einzuwirken (mit Ausnahme der im Rahmen der HIV/AIDS-Prävention aufgebauten Beratungsangebote). Präventive Interventionen wie die Vor-Ort-Arbeit können jedoch den Versuch unternehmen, auf die sozialen Kontexte des Drogenkonsums in den Schwulen-Szenen einzugehen.

12. HIV-Antikörpertest

Etwas weniger als ein Drittel (30 %) der Befragten hat noch keinen HIV-Test durchführen lassen (2007: 36 %). Der Anteil der MSM mit HIV-Test steigt mit zunehmendem Alter: 73 % der unter 20-Jährigen sind nicht getestet, von den 45- bis 49-Jährigen sind nur noch 19 % nicht getestet; ab dem Alter von 50 Jahren steigt der Anteil der Nicht-Getesteten wieder von 24 % bei den 50- bis 54-Jährigen auf 31 % bei den über 59-Jährigen. Analog zur Teilnahme am HIV-Test steigt ebenfalls der Anteil der positiv Getesteten. Sind von allen unter 20-Jährigen lediglich 0,4 % positiv getestet, so steigt der Anteil der positiv Getesteten bei den 25- bis 29-Jährigen auf 4 %; der höchste Anteil positiv Getesteter wird mit 16 % in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen erreicht, danach sinkt er wieder bis auf 10 % bei den über 59-Jährigen. Insgesamt sind 8 % aller Befragten HIV-positiv getestet, 62 % negativ und 30 % nicht getestet. Dies bedeutet, dass von allen Getesteten 11,5 % HIV-positiv und 88,5 % negativ getestet sind.

Ein starker Zusammenhang besteht zwischen der Zahl der Sexpartner in den zwölf Monaten vor der Befragung und einer Testteilnahme. Während ein Drittel der Männer mit einem bis fünf Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung ungetestet ist und fast zwei Drittel negativ getestet sind (4 % sind positiv getestet), sind ein Zehntel der Männer mit mehr als 50 Sexpartnern ungetestet, ein Drittel positiv und 58 % negativ getestet.

Wie 2007 (und anders als in früheren Erhebungen) ist ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Testverhalten festzustellen. Das Einkommen wurde im deutschen Anhang des EMIS-Fragebogens erhoben, den drei Viertel der positiv Getesteten ausfüllten. Befragte mit niedrigerem Einkommen und

niedrigem Bildungsniveau (Gruppe 1: monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €) haben höhere Anteile an nicht Getesteten und positiv Getesteten als Befragte mit hohem Einkommen (Gruppe 4: monatliches Nettoeinkommen mehr als 3.000 € oder Hochschulabschluss; Abbildung 5.5). Dieser schichtenspezifische Unterschied zeigt sich in allen drei gebildeten Altersgruppen. In allen vier sozioökonomischen Teilgruppen kann eine Zunahme des Anteils der positiv Getesteten mit zunehmendem Alter beobachtet werden. Das Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit der eingehenderen Berücksichtigung der Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit, eine Aufgabe, die weit über die Möglichkeiten der HIV-Prävention hinausgeht, wie schon im Zusammenhang mit den schichtenspezifischen Unterschieden in der Häufigkeit des Eingehens von Risikokontakten hervorgehoben wurde.

Der Beziehungsstatus bzw. der Lebensstil hat deutliche Auswirkungen auf das Testverhalten und den Serostatus der Befragten. Der Anteil der Ungetesteten unter den Befragten, die mit einer Frau zusammenleben, ist mit 41% im Vergleich zu den anderen Gruppen hoch, der Anteil der positiv Getesteten unter ihnen ist mit 2,5% am niedrigsten. Ein Drittel (36%) der MSM, die nicht in einer Beziehung zum Zeitpunkt der Befragung leben, hat noch keinen HIV-Test machen lassen, 7% in dieser Gruppe sind positiv getestet. Am niedrigsten ist der Anteil der Ungetesteten bei schwulen Männern in Beziehungen, relativ unabhängig davon, ob diese eher monogam oder offen gelebt werden. Am höchsten ist der Anteil der positiv Getesteten mit 13% in der Gruppe der Männer, die in einer offenen Beziehung leben.

13. Testberatung

31% der zuletzt negativ Getesteten erfuhr keine Beratung im Zusammenhang mit der Durchführung des Tests. Es sind über 40% derer, die ambulant oder stationär im Krankenhaus oder im Rahmen einer Blutspende getestet wurden und 36% derer, die sich in einer Arztpraxis testen ließen. Testorte wie Gesundheitsämter und Aidshilfen weisen mit 12% den geringsten Anteil an zuletzt negativ Getesteten ohne Beratung auf. *Diese Ergebnisse werfen kein gutes Licht auf die Beratungspraxis im Zusammenhang mit der Durchführung von HIV-Tests. Jeder durchgeführte HIV-Test sollte von einer Beratung begleitet sein, besonders die Beratungsdefizite in Krankenhäusern und Arztpraxen sollten behoben werden.*

Positiv Getestete werden zu ihrem positivem Testergebnis zu einem deutlich höheren Anteil beraten als negativ Getestete. *Dass insgesamt 11 % der positiv Getesteten angeben, nicht beraten worden zu sein, muss dennoch als schwerwiegender Kunstfehler in der ärztlichen Betreuung (keine Beratung 10 %) oder von Gesundheitsämtern und anderen Einrichtungen (keine Beratung 9 %) festgehalten werden.* Krankenhäuser weisen mit 14 % Patienten ohne Beratung den höchsten Anteil auf.

Auch wenn nur eine Minderheit der negativ oder nicht getesteten Befragten (13 %) davon ausgeht, keinen Zugang zu einem kostenlosen HIV-Test zu finden, und die Untergruppe der Befragten noch kleiner ist, die meint, sich ihn nicht leisten zu können, muss vor diesem Hintergrund festgehalten werden, dass in Deutschland der Zugang zu einem kostenlosen HIV-Test nicht durchgängig gesichert ist. Viele Gesundheitsämter und Aidshilfen bieten einen kostenpflichtigen Test an, die verlangten Beiträge bewegen sich zwischen 10 und 25 Euro. Im Rahmen zukünftiger HIV-Prävention sollten demzufolge die Informationen über den Zugang zu kostenlosen HIV-Tests noch besser verbreitet werden. In den Kontexten, in denen ein Kostenbeitrag verlangt wird, sollten die Möglichkeiten zu einem Dispens von einem Kostenbeitrag erweitert werden.

285

14. Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion der Befragten

Es zeigt sich, dass fast zwei Drittel (58 %) der HIV-Positiven es häufiger vermeiden haben, ihre HIV-Infektion zu erwähnen. Bemerkenswert ist, dass MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss dies häufiger vermeiden (61 %) als MSM mit Hauptschulabschluss (48 %). Deutlich wird andererseits, dass MSM mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss zu einem höheren Anteil (86 %) auf Unterstützung im Freundeskreis zurückgreifen konnten als Hauptschulabsolventen (66 %). Insgesamt zeigt sich, dass soziale Ausschließungsprozesse von MSM mit Hauptschulabschluss im höheren Umfang wahrgenommen wurden als von Befragten mit einem höheren Bildungsniveau. Negative Reaktionen des sozialen Umfeldes auf die HIV-Infektion im Sinne einer häufiger vorkommenden schlechteren Behandlung werden zu einem mehr als doppelt so hohen Anteil von Hauptschulabsolventen (25 %) berichtet als von Befragten mit Abitur oder (Fach-)Hochschulabschluss (10 %). Berücksichtigt werden sollte jedoch, dass das kulturelle Kapital, das den Befragten mit höherem Bildungsniveau zur Verfügung steht, ihnen

möglicherweise auch differenziertere Strategien der Informationskontrolle an die Hand gibt, um antizipierte negative Reaktionen des Umfeldes abzuf puffern. Aufschlussreich ist, dass unabhängig vom Bildungsniveau, 27 % der HIV-Positiven mitteilen, dass sie häufig fürchten, wegen ihrer HIV-Infektion „schlechter behandelt“ zu werden; ebenfalls unabhängig vom Bildungsniveau teilen 27 % mit, dass sie dies zumindest manchmal befürchten.

15. Verlaufskontrolle der HIV-Infektion

78 % der HIV-Positiven haben sich jemals einer antiretroviralen Behandlung unterzogen. Diese Anteile variieren kaum, wenn unterschiedliche soziodemografische Merkmale berücksichtigt werden. Eine Ausnahme zeigt sich, die Differenzen nach Altersgruppen sind groß: 51 % der unter 30-Jährigen, 24 % der 30- bis 44-Jährigen und 11 % der über 44-Jährigen waren noch nicht in einer antiretroviralen Behandlung. Diese Unterschiede sind zum großen Teil bedingt durch die unterschiedliche Dauer der HIV-Infektion der MSM in den drei Altersgruppen. Bei 74 % der unter 30-Jährigen befindet sich das Diagnosejahr ihrer HIV-Infektionen im Zeitraum von 2007 bis 2010, bei den 30- bis 44-Jährigen sind dies 36 %, bei den über 44-Jährigen 18 %.

In der Gruppe der HIV-Positiven (22 %), die noch nicht in einer ART waren, geben 89 % an, dass ihr Arzt bisher keine Behandlung als notwendig erachtete. 7 % der Positiven (70 Personen) ohne ART möchten Nebenwirkungen vermeiden; 8 % (76 Personen) finden eine ART nicht notwendig und 5 % (51 Personen) möchten durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten nicht jeden Tag an ihre Infektion erinnert werden.

Im Zusammenhang mit den Fragen zur Verlaufskontrolle der HIV-Infektion wurde auch erhoben, ob die Befragten über das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei ihrer letzten Kontrolluntersuchung informiert wurden. Gefragt wurde nicht nach einzelnen Werten, sondern lediglich danach, ob die Viruslast unter der Nachweisgrenze war („nicht nachweisbar“) oder ob sie nachweisbar war. Bei der Auswertung zur Nachweisbarkeit oder Nicht-Nachweisbarkeit der Viruslast wurden nur die Antworten der Befragten berücksichtigt, die über einen Arztbesuch innerhalb der letzten sechs Monate berichten. Dies sind 98 % derer, die Arztbesuche zur Verlaufskontrolle ihrer Infektion angeben.

Zwei Drittel (65 %) der HIV-Positiven mit aktuellen Werten teilen mit, dass

ihre Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt. 30% geben an, dass ihre Viruslast nachweisbar ist. 2,6% teilen mit, dass ihnen das Ergebnis der Viruslastbestimmung mitgeteilt wurde, sie sich aber nicht erinnern können, 1% erinnert sich überhaupt nicht, und ein weiteres Prozent teilt mit, dass die Viruslast bestimmt, das Ergebnis ihnen aber nicht mitgeteilt wurde.

16. Risikokontakte in Abhängigkeit vom Serostatus

Werden die Variablen der SMA-Erhebungsreihe berücksichtigt, so beträgt der Anteil der MSM, die 2007 keinen ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem oder anderem Serostatus angeben 75%, dieser Anteil beträgt 2010 73%. Die Variablen der deutschen Erhebungsreihe ermöglichen den Vergleich der eingegangenen Risikokontakte nicht nur nach festem Partner und anderen Sexpartnern, sie ermöglichen auch die Unterscheidung zwischen vorher schon bekannten anderen Sexpartnern und Sexpartnern, mit denen Sex in anonymer Weise erfolgte (unbekannte Sexpartner).

Werden die ungeschützten analgenitalen Kontakte mit Sexpartnern mit einem anderen (also diskordanten) Serostatus berücksichtigt, so zeigt sich bei den Sexkontakten mit bekannten und anonymen Partnern eine Verdoppelung des Anteils der Risikokontakte, wenn die Ergebnisse von 2007 und 2010 verglichen werden. Der Anteil derer, die ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit anderem Serostatus hatten, steigt in beiden Kategorien von 2% 2007 auf 4% 2010. Innerhalb fester Partnerschaften steigt dieser Anteil von zwei auf 3%. Es zeigen sich große Unterschiede, wenn das Risikoverhalten getrennt nach Serostatus betrachtet wird. 26% der *ungetesteten Befragten* gehen ungeschützte analgenitale Kontakte mit *ihrem festen Partner* ein, dessen Serostatus ihnen nicht bekannt ist, dies sind 13% bei den *negativ Getesteten*. Die Anteile der Risikokontakte mit dem festen Partner mit *diskordantem Serostatus* betragen 2% in beiden Gruppen.

2% der *ungetesteten MSM* geben ungeschützte Kontakte bei anderen bekannten Partnern mit anderem (also diskordantem) Serostatus an, es sind ebenfalls 2% bei anonymen Sexpartnern (bei denen ein anderer Serostatus vermutet wird). 3% der zuletzt *negativ Getesteten* geben ungeschützte Kontakte an sowohl mit anderen bekannten Partnern wie auch mit vorher unbekannten Partnern mit anderem Serostatus.

Das *Risikoverhalten HIV-positiver MSM* unterscheidet sich von Ungetesteten

und negativ Getesteten in starkem Maße. Fast die Hälfte (45 %) ging ungeschützten Analverkehr mit Partnern mit unbekanntem Serostatus ein, 28 % geben ungeschützten Analverkehr an mit Partnern, denen sie ein negatives Testergebnis unterstellen. 18 % der HIV-Positiven gingen ungeschützte Kontakte mit dem festen Partner ein, dessen Serostatus unbekannt war, 14 % mit dem negativ getestetem festen Freund.

Mehr als neun Zehntel der HIV-positiven Befragten war zur Verlaufskontrolle ihrer HIV-Infektion bei ihrem Arzt in den sechs Monaten vor der Befragung. Eine große Mehrheit dieser MSM teilt ebenfalls mit, dass sie über die Nachweisbarkeit oder Nicht-Nachweisbarkeit ihrer Viruslast informiert ist. Es zeigt sich, dass das Wissen oder Nichtwissen über die Nachweisbarkeit oder Nichtnachweisbarkeit der Viruslast kaum einen Einfluss auf das Eingehen von Risikokontakten hat. Das Ausmaß der Risikokontakte ist fast gleich hoch, unabhängig von der Nachweisbarkeit der Viruslast, sowohl bei Sexpartnern mit unbekanntem wie auch bei jenen, denen ein negativer Serostatus unterstellt wird.

17. HIV-Serostatus in festen Partnerschaften

Der Anteil der MSM in Beziehungen, die entweder serodiskordant sind oder in denen kein Abgleich des Serostatus erfolgte, ist mit insgesamt 40 % weiterhin hoch. Der Anteil der MSM, die nie oder selten ein Kondom benutzen, variiert in diesen Gruppen zwischen einem Drittel und zwei Drittel. Die Ergebnisse der Erhebung von 2010 zeigen somit wie die früheren Erhebungen, dass die Risiken von HIV-Infektionen im Kontext fester Beziehungen beträchtlich bleiben.

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Anteils serodiskordanter Paare und des Anteils der mitgeteilten Risikokontakte scheint es notwendig, Informationsaktivitäten zu den Möglichkeiten (und Begrenzungen) der Post-Expositions-Prophylaxe zu verstärken. Den Aidshilfen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, sowohl was ihre Beratungstätigkeiten als auch ihre Vor-Ort-Arbeit und ihre Informationsmaterialien anbelangt, ebenso den Arztpraxen mit schwulen Patienten.

18. Sexuell übertragene Infektionen

In den vergangenen Befragungen bis 2007 waren „szeneferne“ Befragte und solche, die oft Orte schwuler Geselligkeit aufsuchen, aber Orte für schnellen Sex eher meiden, weniger von STI betroffen als Befragte, die häufig oder regelmäßig Orte für schnellen Sex bzw. Orte der Lederszene aufgesucht haben.

Die Bedeutung des Internets zur Anbahnung sexueller Kontakte hat seitdem zugenommen: Im Jahre 2010 berichteten 24 % (2007: 16 %) der Befragten, sämtliche Sexualpartner der letzten zwölf Monate online kennengelernt zu haben. Für weitere 31 % (2007: 27 %) galt dies für die Mehrheit ihrer Sexualpartner; und 26 % (2007: 35 %) hatten keinen ihrer Sexualpartner online kennengelernt. Die zunehmende Anbahnung sexueller Kontakte über das Internet hat allem Anschein nach dazu beigetragen, den Einfluss unterschiedlicher „Szeneorte“ auf die Häufigkeit sexuell übertragener Infektionen zu relativieren. Während „Szeneorte“ (und damit die Menschen, die diese Treffpunkte aufsuchen) sozialräumlich verankert sind, führt die zunehmende Inanspruchnahme des Internets zur Anbahnung sexueller Kontakte zu einer stärkeren „Durchmischung“ von Sexualpartnern.

Es zeigt sich, dass nur noch die Partnerzahl, aber nicht der Treffpunkt, an dem der letzte (männliche, nicht-feste) Sexualpartner kennengelernt wurde, entscheidend ist für das Ausmaß an Betroffenheit von sexuell übertragenen Infektionen. Erstmals in den deutschen Befragungen schwuler und bisexueller Männer sind STI bei Befragten, die vorwiegend „Orte schwuler Geselligkeit“ frequentieren, sogar häufiger als bei Befragten, die vorwiegend „Orte für schnellen Sex“ aufgesucht haben. Entscheidend für den Erwerb von STI ist neben der Partnerzahl nicht mehr die Art der aufgesuchten Treffpunkte, sondern die Anzahl unterschiedlicher Arten von Treffpunkten, die aufgesucht werden. Dieses Phänomen lässt sich folgendermaßen erklären: Je mehr unterschiedliche Arten von Treffpunkten besucht werden, desto mehr Kontakte bestehen zu unterschiedlichen Subkulturen oder „Schwulenszenen“ und damit potenziell zu unterschiedlichen sexuellen Netzwerken. Um im Bild zu bleiben: Mit der Anzahl der Sexualpartner steigt die Anzahl der Verbindungen innerhalb der sexuellen Netzwerke; mit der Anzahl der besuchten Treffpunkte/Subkulturen (an unterschiedlichen Orten) steigt die Reichweite der Verbindungen: Die unterschiedlichen – zuvor vielleicht isolierten – sexuellen Netzwerke rücken so näher zusammen.

Jüngere – vor allem unter 20-Jährige – und Männer mit niedrigem Bildungsniveau finden zu einem geringeren Teil Zugang zu kostenlosen STI-Tests (oder meinen, sie sich nicht leisten zu können, wenn sie kostenpflichtig sind). Stärker als vom Alter oder Bildungsniveau hängt der Anteil der tatsächlich durchgeführten STI-Untersuchungen von der Wohnortgröße der Befragten ab und reicht von 14 % derer, die in kleineren Wohnorten leben, bis zu 30 % bei Befragten aus Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern.

Anders als bei HIV ist gerade bei bakteriellen STI (Gonorrhö, Syphilis und Chlamydieninfektion) zu berücksichtigen, dass sie sich auch leicht bei Oralverkehr übertragen lassen, auch ohne Ejakulation. Für oral-genitale Kontakte („Blasen“ und „Blasen lassen“) werden in Deutschland keine Kondome zur HIV-Prävention empfohlen und außerhalb kommerzieller sexueller Kontakte auch kaum verwendet. Daher ist – anders als bei HIV – vor allem die Partnerzahl, weniger der Kondomgebrauch beim Analverkehr, die entscheidende Einflussgröße für die STI-Häufigkeit.

Der Einfluss von Verhaltensparametern auf die in Deutschland angebotenen STI-Untersuchungen (einschließlich des HIV-Tests) ist gering: Ob ein schwuler oder bisexueller Mann in Deutschland im vorangegangenen Jahr einen, zwei bis zehn oder zehn bis 50 Sexualpartner hatte, spiegelt sich nicht darin wieder, welche Untersuchungen veranlasst wurden. MSM mit HIV erhalten häufiger Abstriche aus Harnröhre und Anus; mit den vorliegenden Daten ist jedoch nicht zu klären, ob dies wirklich auf ein höheres Screening-Angebot für positive Männer zurückzuführen ist oder höhere Übertragungsraten von Gonorrhö bzw. Chlamydien.

Im europäischen Vergleich der EMIS-Daten lässt sich zeigen, dass für Männer, die Sex mit Männern haben, in Deutschland (sowie überall in Europa mit Ausnahme Großbritanniens, Irlands, der Niederlande und Schwedens) die Gefahr einer substanziellen Untererfassung von Feigwarzen sowie von rektalen Infektionen mit Gonokokken oder Chlamydien besteht, auch bei MSM mit bekannter HIV-Infektion. Dies hat Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Männer sowie – aufgrund der fortgesetzten Möglichkeit einer Weiterübertragung – auf die Gesundheit und Lebensqualität ihrer Sexualpartner.

19. Informationsverhalten und Informationsquellen

Zu den Themen HIV und AIDS haben sich in den zwölf Monaten vor der Erhebung 72 % der Männer informiert, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben (2007: 79 %); 14 % taten dies regelmäßig (2007: 25 %). Der Anteil derer, die in diesem Zeitraum keine Informationen eingeholt haben, beläuft sich demnach auf 28 %. Es wäre aber falsch, dieser letzten Gruppe zu unterstellen, dass sie kein Interesse an diesem Thema hätte. Befragt, warum sie sich nicht informiert haben, geben 90 % in dieser Gruppe an, dass sie sich bereits ausreichend informiert fühlen (dieser Anteil betrug 2007 80 %). 4 % machten keine Angaben zum Grund ihrer Nicht-Nutzung der Informationsangebote, weitere 4 % stimmten der Antwortvorgabe zu, dass zu viel über AIDS berichtet wird. 2 % ziehen es schließlich vor, nichts über HIV und AIDS zu wissen.

Der Alterseinfluss auf das Informationsverhalten ist gering, hervorzuheben bleibt, dass sowohl die unter 18-Jährigen wie auch die 18- bis 19-Jährigen sich zu einem leicht höheren Anteil gelegentlich informieren als ältere Befragte und zu einem ähnlichen Anteil regelmäßig. Es kann somit nicht die Rede davon sein, dass jüngere MSM sich nicht für Informationen zu HIV und AIDS interessieren würden.

Schwache Unterschiede im Informationsverhalten zeigen sich, was das Bildungsniveau anbelangt. Einen wesentlich stärkeren Einfluss auf das Informationsverhalten als das Bildungsniveau hat hingegen der Serostatus. Nur 12 % der positiv Getesteten geben an, dass sie sich im Jahr vor der Befragung nicht informiert haben, dagegen 27 % der negativ Getesteten und 35 % der Ungetesteten. In allen drei Gruppen beträgt die Begründung der großen Mehrheit (jeweils über neun Zehntel) der MSM, die sich nicht informiert haben, dass sie sich hinreichend informiert fühlen.

Als das am häufigsten genutzte Informationsmedium wurde 2010 das Internet genannt (51 %). 41 % geben es als eine der wichtigsten Informationsquellen an. Bemerkenswert ist, dass die Schwulenpresse trotz des Verlustes der Bedeutung aller Printmedien einen bedeutsamen Platz behält. 38 % der online Befragten haben sich 2007 und 27 % 2010 über die Schwulenpresse informiert, 17 % zählen sie 2010 noch zu den wichtigsten Informationsquellen. Während die Nutzung persönlicher Informations- oder Kommunikationsangebote (Gespräche im Freundeskreis, mit dem Arzt, Beratung im Gesundheitsamt oder in Krankenhäusern) stabil bleibt, scheint die Nutzung der Medien Radio, Fernsehen, Tages- und Wochenzeitungen zu Gunsten des

Internets abzunehmen. Da verschiedene Informationsquellen im Internet gezielter aufgesucht werden können, ist dies nicht überraschend.

„Sonstige Internetquellen“ werden mit insgesamt 40 % häufiger genannt als die Internetseiten der Aidshilfen (16 %). Diese sonstigen Quellen werden von 29 % der Befragten auch zu den wichtigsten Informationsquellen gezählt. Die Befragungsteilnehmer scheinen anderen Internetseiten entweder einen höheren Informationsgehalt beizumessen, sie attraktiver aufbereitet oder leichter zugänglich zu finden. Da die Internetseiten der Aidshilfen weniger beworben werden und sich auch nicht dazu eignen, Sexpartner zu finden, ist ihre Nutzung allerdings keinesfalls als gering zu bewerten.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass einerseits eine Mehrheit von Befragten sich noch Informationen aus unterschiedlichen Quellen beschafft, dass aber sowohl bei der Mehrheit der überhaupt herangezogenen als auch bei den als wichtig eingestuften Informationsquellen ein Rückgang zu verzeichnen ist hinsichtlich der Anteile der Befragten, die sie nennen. Nicht auszuschließen ist bei einer Minderheit von MSM, dass HIV/AIDS keinen besonderen Aktualitätswert mehr hat, und zwar nicht nur bei denen, die sich in den letzten zwölf Monaten nicht informierten, sondern auch bei denen, die dies taten, allerdings in einem geringeren Umfang oder sporadischer als in früheren Jahren. Eine Aufgabe der Prävention bleibt es demzufolge das Infektionsrisiko mit HIV als aktuelles Thema präsent zu halten.

20. Verbreitung von DAH-Materialien

Die Informationsmaterialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind einer großen Mehrheit der Befragten, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, bekannt. Lediglich 8 % geben an, dass sie keine der im Fragebogen genannten Materialien (Plakate, Postkarten, Faltblätter, Anzeigen in der Schwulenpresse) kennen. Wie in den vorhergehenden Befragungen zeigt sich auch 2010 wieder, dass unter 20-Jährige schlechter mit DAH-Materialien erreicht werden. Wird berücksichtigt, dass ein größerer Teil der jungen Befragten noch in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern lebt, ist eher bemerkenswert, dass die Unterschiede zwischen den Altersgruppen in Hinblick auf Plakate, Postkarten und Faltblätter nicht größer ausfallen. Ein Großteil der Info-Materialien der Aidshilfen ist vor allem durch den Besuch von Szenetreffs oder der Aidshilfen direkt erhältlich.

21. ICH WEISS WAS ICH TU

Die Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ wurde von der Deutschen AIDS-Hilfe im Jahre 2008 gestartet. Sie dauert bis mindestens Ende 2015 noch an. Die Kampagne hat eine eigene Website und ist ebenfalls präsent auf der Website der DAH und regionaler Aidshilfen.

Innerhalb relativ kurzer Zeit (zur Erinnerung: die EMIS-Befragung erfolgte im Sommer 2010, spiegelt also den Bekanntheitsgrad zu diesem Zeitpunkt wider) hat die IWWIT-Kampagne einen relativ hohen Bekanntheitsgrad erreicht. 41% der Männer, die den deutschen Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, haben die Kampagne wahrgenommen. Unter 20-Jährige liegen mit 38% leicht unter diesem Durchschnitt, 20- bis 29-Jährige mit 43% leicht darüber, über 44-Jährige weisen mit 35% den niedrigsten Anteil auf. In Millionenstädten ist die Sichtbarkeit der Kampagne am höchsten: 50% der Befragten, die in Millionenstädten leben, haben sie wahrgenommen, 33% derer in Gemeinden mit weniger als 100.000 Einwohnern. Der Bekanntheitsgrad von IWWIT folgt einem ähnlichen Muster, wie es sich beim Informationsverhalten zu HIV/AIDS generell zeigt. Der Anteil derjenigen, die IWWIT wahrgenommen haben, ist mit 57% am höchsten unter positiv Getesteten, es sind 43% der negativ Getesteten und 31% der ungetesteten Befragten. Männer, die die Schwulenszene intensiver frequentieren und Männer mit höheren Partnerzahlen sind vertrauter mit IWWIT als szeneferner lebende Männer.

Die Schwulenpresse zeigt sich als wichtigstes Medium, um IWWIT kennenzulernen. 26% aller Befragten geben sie als Informationsquelle an, Webseiten für MSM folgen mit 15%. 9% haben IWWIT über die Kampagnen-Webseite kennengelernt und 10% über IWWIT-Werbe-Artikel.

293

22. Informationsniveau zu den Übertragungswegen von HIV

Die EMIS-Befragung von 2010 enthielt eine Reihe von Items, die das Basiswissen der Befragungsteilnehmer messen sollten. Die Befragten hatten die Möglichkeit, zu elf (ausschließlich zutreffenden) Aussagen, die HIV betreffen, anzugeben, ob sie dies bereits wussten oder nicht.

Es zeigt sich, dass 99% der Befragten bereits von einem medizinischen Test zum Nachweis des HI-Virus wussten, 98% wissen, dass „AIDS durch ein Virus

verursacht wird, das HIV heißt“. Am dritthöchsten ist mit 97% der Anteil derer, die davon ausgehen, dass es „derzeit keine Heilmittel gegen HIV“ gibt. Mehr als 90% der Befragten wissen, dass „eine HIV-Infektion ... mit Medikamenten in Schach gehalten werden“ kann und dass erst mehrere Wochen nach einer Infektion mit HIV diese mit Sicherheit mit einem Test nachgewiesen werden kann. Mehr als 90% wissen, „dass man sich über seinen Enddarm beim ‚passiven‘ ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner anstecken“ kann; ebenso ist mehr als 90% bewusst, dass man nicht „am äußeren Erscheinungsbild erkennen (kann), ob jemand HIV hat oder nicht“. Fast neun Zehntel (88%) der Befragten sind sich im Klaren darüber, dass bei ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr der insertive nichtinfizierte Partner sich bei einem infizierten rezeptiven Partner auch ohne Ejakulation infizieren kann.

Dass „Speichel HIV nicht überträgt“, wissen 86%, im Zweifel sind immer noch 14% der Befragten. Zwei Drittel der Befragten (65%) sind darüber informiert, dass sexuell übertragbare Infektionen die Chance erhöhen, HIV zu übertragen, wenn einer der Partner mit HIV infiziert ist. Mit 45% ist der Anteil derer am geringsten, die wussten, „dass eine wirksame Behandlung einer HIV-Infektion das Risiko einer HIV-Übertragung reduziert“; 21% „glauben“ dies nicht, 18% sind sich unsicher und 16% geben an, dies noch nicht gewusst zu haben.

Es bestätigt sich auch in der EMIS-Erhebung, dass Befragte, deren Homosexualität allen oder den meisten Personen in ihrem sozialen Umfeld (Familie, Freund, Studien- oder Arbeitskollegen) bekannt ist, besser informiert sind als jene, deren gleichgeschlechtlichen Kontakte nur wenigen oder niemandem im sozialen Umfeld bekannt ist.

23. Informationsniveau zur Post-Expositions-Prophylaxe

Eine in Deutschland noch wenig beworbene Möglichkeit der (medizinischen) Primärprävention ist die so genannte Post-Expositionsprophylaxe (PEP). Dabei werden bis zu 72 Stunden nach einem wahrgenommenen Risikokontakt vier Wochen lang antiretrovirale Medikamente eingenommen, um eine Infektion mit HIV (trotz zunächst möglicherweise erfolgter Übertragung) zu verhindern.

In der EMIS-Umfrage wurde 2010 die Post-Expositions-Prophylaxe mit drei

Fragen direkt als Begriff eingeführt. Es zeigt sich, dass 2010 ein höheres Informationsniveau zu den Möglichkeiten des Einsatzes von antiretroviralen Mitteln nach Risikokontakten besteht als 2007, gleichzeitig wird deutlich, dass diese Informationen nach wie vor sehr ungleich verteilt sind, und mit Ausnahme HIV-positiv Getesteter nur bei einer Minderheit der Befragten vorhanden sind. 40 % aller Befragten ist bekannt, dass die Post-Expositions-Prophylaxe versucht, „eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.“ 29 % der MSM wissen, dass die PEP-Behandlung für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden muss, 41 % ist bekannt, dass die PEP nach einem Risikokontakt am besten innerhalb von wenigen Stunden eingenommen werden sollte. Einer Mehrheit von positiv Getesteten sind diese drei Sachverhalte bekannt, ungetestete MSM erweisen sich als am wenigsten informiert.

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Anteils von Paaren mit unterschiedlichem Testergebnis und des Anteils der mitgeteilten Risikokontakte scheint es notwendig, Informationsaktivitäten zu den Möglichkeiten (und Begrenzungen) der Post-Expositions-Prophylaxe zu verstärken. Den Aidshilfen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, sowohl was ihre Beratungstätigkeiten als auch ihre Vor-Ort-Arbeit und ihre Informationsmaterialien anbelangt, ebenso den Hausärzten oder Dermatologen.

295

24. MSM mit Migrationshintergrund

Mit der EMIS-Befragung 2010 konnten insgesamt 8.378 MSM mit Migrationshintergrund erreicht werden, was einem Anteil von 15,4 % an der Gesamtstichprobe entspricht. Von diesen 8.378 Männern wurde etwas mehr als die Hälfte (N= 4.411; 52,6 %) nicht in Deutschland geboren.

Wie in früheren Befragungen wurden zur Vereinfachung der Analyse die Befragungsteilnehmer mit Migrationshintergrund nach dem Kriterium der gesellschaftlichen Akzeptanz von Homosexualität in ihrem Herkunftsland (bzw. dem ihrer Eltern) in zwei Gruppen eingeteilt: 1. MSM aus Ländern, in denen Homosexualität ähnlich akzeptiert wird bzw. gelebt werden kann wie in Deutschland und anderen „alten“ EU-Ländern (Gruppe II). 2. MSM aus Ländern, in denen ein größeres Ausmaß an Stigmatisierung oder Kriminalisierung von Homosexuellen besteht (Gruppe III).

Die kulturelle Vergleichbarkeit mit Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern wurde daran gemessen, ob vergleichbare subkulturelle Gesellschaftsformen, eine etablierte Schwulenbewegung (oder zumindest eine in Ansätzen sich entwickelnde) oder Regelungen für gleichgeschlechtliche Partnerschaften vorhanden sind. Die Einteilung in Gruppe II und Gruppe III erfolgte anhand des Geburtslandes des Befragten bzw. der Geburtsländer der Eltern (bei in Deutschland geborenen MSM mit Migrationshintergrund). Befragungsteilnehmer mit Migrationshintergrund – sowohl in Gruppe II wie auch in Gruppe III – unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale zum Teil deutlich von den deutschstämmigen Befragten. Im Vergleich mit deutschstämmigen MSM haben Befragte aus Gruppe II höhere Bildungsabschlüsse (45 % vs. 31 % mit Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss) und wohnen häufiger in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern (55 % vs. 40 %). Der Altersmedian beträgt in beiden Gruppen 34 Jahre. Befragte aus Gruppe III sind hingegen jünger als deutschstämmige MSM (Altersmedian 30 vs. 34 Jahre) und haben ebenfalls, aber weniger stark ausgeprägt, höhere Bildungsabschlüsse (38 % vs. 31 %). Hier wird ein Selektionsbias in der Erhebung sichtbar: Migranten in Deutschland – insbesondere aus Ländern der Gruppe III – verfügen in der Regel im Vergleich zur deutschstämmigen Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt über niedrigere Bildungsabschlüsse.

Die Grundlage für die Einteilung der nicht-deutschstämmigen MSM in die beiden Gruppen war die Akzeptanz von Homosexualität in der Gesellschaft des Herkunftslandes. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass Befragte aus Gruppe III sich mit 75 % nur zu einem leicht geringeren Anteil als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen als Befragte in den anderen beiden Gruppen (Deutschstämmige 79 %, Gruppe II 80 %). Die Ablehnung einer Selbstbezeichnung ist bei MSM aus Gruppe III mit einem Anteil von 8 % nicht deutlich höher als bei den Deutschstämmigen mit 5 % und MSM aus Gruppe II mit 6 %. Die befragten Männer berichten in allen drei Gruppen in gleichem Ausmaß von Sexkontakten mit Frauen in den 12 Monaten vor der Befragung: 11 % der MSM aus Gruppe II, 13 % in Gruppe III hatten in den 12 Monaten vor der Befragung sexuelle Kontakte mit einer (oder mehreren) Frau(en), bei den deutschstämmigen Befragten sind es 12 %.

MSM aus Ländern mit ähnlichen Lebensbedingungen für Schwule (Gruppe II) wie in Deutschland leben ihre Homosexualität offener als deutsche MSM: der Anteil der Männer, bei denen allen oder fast allen Menschen aus dem

sozialen Umfeld die Homosexualität bekannt ist, ist bei Befragten aus Gruppe II mit 51 % etwas höher als bei Deutschstämmigen (48 %). Lediglich 37 % der MSM in Gruppe III geben an, dass die meisten Freunde, Familienmitglieder, Arbeits- und Studienkollegen über die homosexuelle Orientierung informiert sind.

Der Anteil von MSM mit Migrationshintergrund (in beiden Gruppen), die in einer Beziehung mit einem Mann leben, unterscheidet sich kaum von diesem Anteil bei den Deutschstämmigen: 43 % der Deutschstämmigen, 45 % der MSM in Gruppe II und 41 % derer in Gruppe III leben in einer Beziehung mit einem Mann.

Der Anteil von MSM mit Migrationshintergrund mit mehr als zehn Sexpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung liegt sowohl bei den unter 30-Jährigen wie auch bei den Älteren höher als bei den Deutschstämmigen. Hinsichtlich eines durchgängigen Kondomgebrauchs beim Analverkehr in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung lassen sich keine Unterschiede zwischen MSM mit Migrationshintergrund und Deutschstämmigen feststellen, weder innerhalb fester Partnerschaften noch mit anderen Sexpartnern. Die drei Gruppen unterscheiden sich kaum, was das Eingehen von Risikokontakten (ungeschützte analgenitale Kontakte mit Partnern mit unbekanntem oder diskordantem Serostatus) angeht. Deutschstämmige und MSM aus Gruppe II unterscheiden sich überhaupt nicht im Ausmaß ihrer Risikokontakte (jeweils 73 % keine Risikokontakte), eine Differenz besteht zu Gruppe III. MSM aus Gruppe III gehen sowohl sporadische Risikokontakte (weniger als 5 in den zwölf Monaten vor der Befragung) zu einem leicht höheren Anteil ein (15 % versus 13 % in den anderen beiden Gruppen) als auch häufigere Risikokontakte (16 % versus 14 % in den anderen beiden Gruppen).

Auch in Hinblick auf HIV-Testverhalten und -Serostatus zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht erheblich sind. Männer aus Gruppe III sind zu einem leicht höherem Anteil (31 %) als Deutschstämmige nicht getestet (29 %). Auffällig ist, dass nur 22 % der Männer aus Gruppe II nicht getestet sind. Dies steht in einem Zusammenhang mit ihrem hohen Bildungsniveau und dem höheren Anteil von MSM mit einer großen Anzahl von Sexpartnern in dieser Gruppe. In Gruppe II ist der Anteil der HIV-Positiven mit 10 % etwas höher als unter den Deutschstämmigen (9 %), unter den MSM in Gruppe III beträgt er 8 %.

Die Befragten aus den drei Ländergruppen unterscheiden sich nur unwesentlich in Bezug auf ihr Informationsverhalten: Der Anteil der Männer, die

sich in den letzten 12 Monaten gar nicht zum Thema HIV/AIDS informiert haben, beträgt jeweils 28 %.

Werden die Antworten auf die verschiedenen Fragen zum Wissen über HIV, seine Übertragung und seine Behandlung bei den negativ getesteten und nicht getesteten Befragten betrachtet, fallen die Differenzen zwischen den drei Gruppen sehr gering aus.

Diese geringen Differenzen lassen vermuten, dass bei den mit der EMIS-Befragung in Deutschland erreichten MSM mit Migrationshintergrund keine bedeutsamen soziokulturell bedingten Kommunikationsbarrieren bestehen, die es ihnen erschweren würden, die in Deutschland verfügbaren Informationsquellen zu nutzen oder die Präventionsbotschaften aufzunehmen. Dieser Eindruck bestätigt sich, wenn verglichen wird, inwieweit die Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe „ICH WEISS WAS ICH TU“ in den drei Gruppen wahrgenommen wird. 41 % der Deutschstämmigen und der MSM in Gruppe II haben sie wahrgenommen, 39 % der Befragten in Gruppe III.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass MSM mit Migrationshintergrund in der vorliegenden Erhebung im Gegensatz zu früheren SMA-Befragungen nicht mehr stark unterrepräsentiert sind. Es gibt jedoch gute Gründe für die Annahme, dass das Ausmaß an Informiertheit zu HIV und AIDS sowie präventives Verhalten bei weniger gebildeten bzw. weniger in schwule Lebenswelten integrierten MSM mit Migrationshintergrund geringer ausfällt als bei der Mehrheit der mit dieser Erhebung erreichten Männer. Zu den MSM mit Migrationshintergrund, die ein niedriges Bildungsniveau und zudem große Distanz zu den Lebenswelten schwuler Männer aufweisen, ist mit den hier referierten Ergebnissen noch wenig gesagt. Der Fragebogen konnte in 25 Sprachen ausgefüllt werden. Demzufolge konnten viele MSM mit Migrationshintergrund den Fragebogen in der Sprache ihres Herkunftslandes oder ihrer Eltern beantworten; dennoch muss hervorgehoben werden, dass das Sprachverständnis, das erforderlich war, um den 198 Fragen umfassenden Fragebogen der EMIS-Erhebung auszufüllen, ein beachtliches kulturelles Kapital erforderte. Auch wenn auf Allgemeinverständlichkeit des EMIS-Fragebogens in allen angebotenen Sprachen geachtet wurde, ist seine Komplexität nicht zu unterschätzen. Erwähnenswert ist zudem, dass 96 % der MSM, die sich in Deutschland an der Befragung beteiligten, diesen in Deutsch ausfüllten; 15,4 % der Befragten, haben, wie schon erwähnt einen Migrationshintergrund. Dies bedeutet, dass ein Großteil der MSM mit Migrationshintergrund den Fragebogen in Deutsch ausgefüllt hat.

25. Neue Ansätze der HIV-Prävention für MSM in Großbritannien, Frankreich und der Schweiz

Bei einer Gegenüberstellung der neuesten Auflage (2011) von „Making it Count“ (CHAPS Partnership 2011), des „Cooperative Planning Framework“ der wichtigsten mit Prävention für MSM befassten Organisationen in England, mit dem Gutachten „Mission Réduction des Risques“ für das französische Gesundheitsministerium von 2010 (Lert/Pialoux 2010) wird ein markanter Unterschied deutlich. Obwohl der präventive Diskurs des französischen Gutachten nicht durchgängig „medikalisiert“ ist, wird im Vergleich zum englischen Präventionsansatz deutlich, dass das französische Gutachten stark auf die durch die Erfolge der Medizin gebotenen Möglichkeiten setzt. Dies zeigt sich im eindringlichen Plädoyer zum verbreiteten Einsatz der Post-Expositions-Prophylaxe und zur Integration der „Treatment as Prevention (TasP)“-Strategie in das Präventionskonzept ebenso wie in der Forderung nach einem regelmäßigen HIV-Test für MSM und nach einem damit verbundenen STI-Screening. Während sowohl das englische als auch das französische Präventionskonzept als wesentliche Bestandteile partizipative Elemente in der Prävention für MSM eingelöst wissen wollen, beinhaltet das englische Konzept auch das Ziel, den sexuellen Lebensstil und die Sexualität von MSM zu beeinflussen. Empfehlungen der englischen Autorengruppe an die Adressaten der Prävention, die Vorzüge geringerer Partnerzahlen und die von monogamen Beziehungen zu reflektieren, finden sich im französischen Gutachten in keiner Weise, ebenso wenig wie die an die Zielgruppe der MSM gerichtete Botschaft, dass es viele befriedigende Sexpraktiken jenseits von analgenitalen Kontakten gebe. Während „Making it Count“ die EKA-FEmpfehlungen (EKA-F= Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen) als ungeeignet für MSM-Paare erklärt, geht das französische Gutachten über diese vor allem an serodiskordante heterosexuelle Paare gerichteten Empfehlungen hinaus. Im französischen Ansatz hat eine durch antiretrovirale Medikamente bewirkte Senkung der Viruslast bei einem signifikanten Anteil von HIV-Positiven – seien diese nun homo- oder heterosexuell – einen wichtigen Stellenwert in der Prävention für MSM.

Ähnlich wie das französische Gutachten plädiert eine von einem internationalen Expertenpanel inspirierte Schweizer Studie von 2009 (Rosenbrock et al. 2009a) zu einer besseren Vernetzung von Organisationen, die vor allem in der HIV-Prävention für MSM engagiert sind, mit Schweizer

LGBT-Organisationen. Das Expertenpanel schlägt vor, für den Bereich der Schweizer HIV- und STI-Prävention eine Gesundheitsorganisation für schwule Männer zu gründen. Diese Gründung sollte unter maßgeblicher Beteiligung aller relevanten Organisationen für Schwule in der Schweiz erfolgen, unter besonderer Berücksichtigung der innovativen Impulse der schon in Zürich und in Genf existierenden Checkpoints. Aufgabe einer solchen Organisation sollte die Gestaltung eines Diskussionsprozesses in den existierenden Szenen sein, mit dem Ziel der Konzipierung und Umsetzung einer HIV-Präventionsstrategie für schwule Männer und andere MSM im breiteren Rahmen eines Sexual-Health-Ansatzes.

26. Ausblick

Die Auswertungen der Daten, die 2010 im Rahmen der größten in Deutschland jemals realisierten Stichprobe unter MSM gewonnen werden konnten, zeigen im Ergebnis kein stark verändertes Bild im Vergleich zu den Tendenzen, die in den SMA-Befragungen von 2003 und 2007 festgestellt wurden. Die eingangs zitierten vier Leitfragen der europäischen EMIS-Erhebung lauten (leicht gekürzt) wie folgt:

1. Wie hoch ist bei Sexualkontakten das Niveau der möglichen HIV-Übertragungen?
2. Wie ausgeprägt ist die Inanspruchnahme vorhandener Präventionsangebote? Welche Teilgruppen nehmen diese unterdurchschnittlich wahr?
3. In welchem Ausmaß wird die gesamte MSM-Population erreicht?
4. Welche Informationen werden gebraucht, um Untergruppen oder Teilszenen zielgruppengenaue zu erreichen?

Zu 1: Der Anteil der MSM, die (sporadische oder häufigere) Risikokontakte in den zwölf Monaten vor der Befragung eingingen, bleibt seit den 1990er Jahren beeindruckend stabil und liegt in jedem Erhebungsjahr leicht unter 30 %. Das Eingehen von Risikokontakten steht in einem Zusammenhang mit höheren Partnerzahlen (mehr als zehn in den zwölf Monaten vor der Befragung) und intensiverem Konsum von Partydrogen und anderen in der Szene beliebten Substanzen.

Zu 2: MSM mit niedrigerem Bildungsniveau und Einkommen (monatliches Nettoeinkommen geringer als 1.500 €) sind nach wie vor schlechter informiert zum Themenbereich HIV/AIDS. Die meisten Befragten mit hohen

Partnerzahlen und häufigeren Risikokontakten weisen allerdings ein hohes Informationsniveau auf. Für die große Mehrheit der Befragten steht das Eingehen von Risikokontakten nicht in einem Zusammenhang mit Informationsdefiziten zu den Übertragungswegen von HIV oder zu möglichen Ko-Faktoren der Übertragung oder zu den Möglichkeiten von antiretroviralen Therapien. HIV-positive MSM gehen zu einem deutlich höherem Anteil Risikokontakte ein als ungetestete oder negativ getestete Männer. Sie gehören gleichzeitig zu den besonders gut informierten Männern.

Ungetestete Befragte haben einen geringeren Szenebezug und weniger Sexualpartner als positiv und negativ Getestete. Die Distanz zu den unterschiedlichen Szenebereichen, innerhalb derer viele Informationsquellen zu HIV/AIDS zu finden sind, ist größer. Vermutlich fühlen sich auf Grund dieser Distanz auch viele ungetestete Befragte von AIDS weniger betroffen. Bei manchen von ihnen mag die Distanz zu den Lebenswelten von schwulen Männern auch Ausdruck einer „Distanzierung“ von AIDS bedeuten.

Zu 3: In welchem Ausmaß die gesamte MSM-Population erreicht wird, lässt sich nicht hinreichend klären, solange der Umfang der MSM-Population und ihre regionale Verteilung nicht präziser bestimmt werden kann. Die hohe (absolute) Zahl der unter 20-jährigen MSM, der MSM, die in einer Beziehung mit einer Frau leben, derer, die in Gemeinden mit unter 100.000 Einwohnern leben wie auch jener, die ihre homosexuelle Orientierung eher verdeckt leben, lässt darauf schließen, dass die Befragung von 2010 eine Reichweite unter MSM erzielen konnte, wie sie bisher in keiner Befragung in Deutschland realisiert wurde.

Zu 4: Die Basiskenntnisse zu den Übertragungswegen sind, wie sich regelmäßig seit den SMA-Befragungen in den 1990er-Jahren gezeigt hat, bei über 95 % der Befragten vorhanden. Dass die Infektion einer STI die Risiken einer HIV-Übertragung erhöht, ist hingegen nur 65 % der Befragten bekannt, lediglich 45 % wissen, dass eine wirksame ART-Behandlung einer HIV-Infektion das Risiko einer HIV-Übertragung verringert. Hier zeigen sich nicht nur Befragte mit einem niedrigerem Bildungsniveau schlecht informiert, auch MSM mit höheren Bildungsabschlüssen sind es (mit Ausnahme der positiv Getesteten). Weniger als die Hälfte der Befragten zeigt sich informiert über die Möglichkeiten der Post-Expositions-Prophylaxe und ihre Zugänglichkeit. Auch hier bedarf es zusätzlicher Anstrengungen in Präventionskampagnen, nicht nur wegen des hohen Anteils von Beziehungen, in denen die Partner nicht den gleichen Serostatus haben.

Weitere Anregungen für die Prävention

Ungefähr die Hälfte der Befragungsteilnehmer hat alle oder die meisten ihrer Sexpartner über das Internet kennengelernt. Dennoch bleibt ein Zusammenhang bestehen zwischen der Höhe der Partnerzahlen und der Größe des Wohnorts. Der Anteil von MSM mit mehr als zehn Sexpartnern ist in Großstädten mit über 500.000 Einwohnern deutlich höher als in kleineren Städten und Gemeinden. Dies bedeutet, dass Vor-Ort-Prävention in den Großstädten mit bedeutsamen Schwulenszenen einen hohen Stellenwert behält und einer Intensivierung und weiteren Ausdifferenzierung bedarf. Gleichzeitig sollten Präventionskampagnen über Internetportale für MSM intensiviert werden, angesichts der großen Bedeutung, die das Internet inzwischen sowohl für die Partnerrekrutierung wie auch für die Informationsbeschaffung zu vielen Dingen des Lebensalltags hat, seien dies nun Kino-, Theater- oder andere Kulturprogramme, Urlaubsziele, Flugpläne, etc.

Männer mit häufigeren Risikokontakten frequentieren intensiver Treffpunkte der Schwulenszene. Aus qualitativen Studien ist bekannt, dass die meisten von ihnen über dichte Netzwerke von schwulen Freunden und Bekannten verfügen. In diesen Netzwerken besteht ein enger sozialer Kontakt zu HIV-positiven Männern, Sexkontakte mit infizierten Männern sind nicht selten. Zum Lebensalltag der Männer mit einem risikoreicheren Lebensstil gehört die Erfahrung, dass die Lebensqualität ihrer HIV-positiven Freunde und Bekannten relativ gut oder sehr gut ist. Die soziale Nähe zu infizierten Männern führt zu einem hohen Informationsniveau, was HIV und AIDS anbelangt. Der enge soziale Kontakt mit infizierten Männern (der häufig sexuelle Kontakte mit einschließt) lässt offenkundig für viele Männer mit häufigeren Risikokontakt eine HIV-Infektion weniger bedrohlich erscheinen. Schon im Rahmen der Auswertungen der SMA-Daten von 2007 wurde bei den MSM, die bestimmte Szenen der schwulen Subkultur häufig frequentieren (und/oder häufiger Sexualpartner über das Internet fanden) von einer gewissen Risikobereitschaft ausgegangen, die diese Männer dazu bringt, eine Vielzahl von Sexpartnern zu suchen und häufigere Risikokontakte einzugehen. Präventionskampagnen können die Kontexte thematisieren, die risikoreiches Verhalten fördern.

In zukünftigen Präventionskampagnen sollten Elemente aufgegriffen und weitergeführt werden, die in der aktuellen bundesweiten Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe ICH WEISS WAS ICH TU z.T. schon enthalten sind, z.T. sollten sie neu entwickelt werden. Notwendig ist, szeneunerfahrene MSM

auf bestimmte Gepflogenheiten in Großstadtszenen hinzuweisen. Der Ansatz von IWWIT, HIV-Prävention in einer subjektnahen und lustfreundlichen Weise zu betreiben, muss unbedingt weiter verfolgt werden. Präventionskampagnen, die als „hidden curriculum“ sexualpädagogische Ziele verfolgen, wie sie im neuesten englischen Präventionskonzept vom Terence Higgins Trust u. a. anklingen, würden nach mehr als 25 Jahren erfolgreicher HIV-Prävention der deutschen Aidshilfen auf Unverständnis und Ablehnung stoßen. Vor allem scheint es wenig aussichtsreich zu sein, nach langen Jahren eines von den Aidshilfen geprägten Präventionsstils, der angesichts der AIDS-Krise bewusst den Akzent auf eine Valorisierung schwuler Sexualität setzte, der Zielgruppe der MSM nahezulegen, die Frequenz analgenitaler Kontakte und die Partnerzahlen zu reduzieren und stattdessen in der Sexualität eher auf Fellatio und Masturbation und in den Partnerschaftsformen eher auf „monogame“ Beziehungen zu setzen. Wenn überhaupt würden solche Empfehlungen noch am ehesten von den „worried well“ unter schwulen Männern beachtet werden, z.B. Männer mit geringen Partnerzahlen, mit geringer Szenenähe und allenfalls sporadischen Risikokontakten. An einer bedeutsamen Zielgruppe der HIV-Prävention, den szenenahen, großstädtischen und auf den Internetkontaktseiten aktiven MSM mit einem ausgeprägten konsumorientierten Lebensstil würden solche Botschaften jedoch abprallen, schlimmstenfalls würden sie Hohn und Spott ernten und damit kontraproduktiv wirken (vgl. auch Halperin 2007).

In Fortsetzung der IWWIT-Kampagne oder bei der Planung von anderen vergleichbaren öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen sollte weiterhin reflektiert werden, inwieweit sowohl für die Vor-Ort-Arbeit als auch für Printmedien und Websites für MSM im Internet bestimmte Kampagnenelemente in Formen zu präsentieren sind, die den unterschiedlichen lebensgeschichtlich bedingten Erfahrungsräumen in adäquater Weise Rechnung tragen. Zu den in diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigenden soziokulturell differierenden Erfahrungsräumen gehören u. a. die von MSM in Kleinstädten oder ländlichen Gegenden, von sozioökonomisch benachteiligten deutschstämmigen MSM und solchen mit Migrationshintergrund wie auch von jungen MSM unter 20 Jahre. Mit Sicherheit müssen auch die spezifischen Bedürfnisse von HIV-positiven MSM (im Sinne „positiver Prävention“, wie sie gegenwärtig besonders in Frankreich befürwortet wird) stärker als bisher wahrgenommen werden. Sorgfältig wird dabei darauf zu achten sein, dass diese „positive Prävention“ jeden Anschein von Marginalisierung bzw.

Exklusion vermeidet.

Die EMIS-Erhebung von 2010 zeigt, dass bei einem Viertel der Befragungsteilnehmer nur wenige Personen oder niemand in ihrem Familien-, Freundes- und Kollegenkreis von ihrer Homosexualität wissen. Ein Drittel der Befragten berichtet von Bedrohungen, Beleidigungen und Beschimpfungen wegen ihrer Homosexualität im Jahr vor der Befragung. Die Einbettung der Präventionskampagnen zu HIV und STI in einen Rahmen, der die gesellschaftliche Akzeptanz von Homosexualität gleichermaßen bekräftigt und einfordert, bleibt vor diesem Hintergrund ein dringliches Erfordernis, ebenso wie die Kooperation der mit Prävention für MSM befassen Organisationen mit Multiplikatoren und „Meinungsführern“ im Bereich von Bildung, Erziehung, Sport, Kultur und Medien.

Literaturverzeichnis

- Adam BD (2005).** AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*. 42: 238–248
- Adam BD (2006).** Infectious Behaviour: Imputing Subjectivity to HIV Transmission. *Social Theory & Health*. 4: 168–179
- Balthasar H et al (2010).** Intentional Risk Reduction Practices of Men in Switzerland Who Have Anal Intercourse With Casual Male Partners. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 54(5): 542–7
- Beißwenger K, Höpfner C (Hrsg.) (1998).** Strukturelle Prävention – Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. 33). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1988).** AIDS: Wie leben schwule Männer heute. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. II). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1989).** AIDS und Schwule. Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. IV). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1993).** Die Reaktionen homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 10). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1994).** Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS – Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. Ergebnisbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 16). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (1997).** Schwule Männer und AIDS. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 31). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (2000a).** Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern. Berlin: Edition Sigma
- Bochow M (2000b).** Are younger German gay men more at risk from HIV? Results of a national survey in the gay press in Germany. *Culture, Health & Sexuality*. 2(2): 183–195
- Bochow M (2000c).** Socio-economic status and HIV prevalence among gay men in Germany. In: Moatti J P et al. (Eds.) *AIDS in Europe – New challenges for the social sciences*. London, New York: Routledge: 92–102
- Bochow M (2000d).** Reaktionen homosexueller Männer in Deutschland auf die AIDS-Epidemie. In: Marcus U (Hrsg.) *Glück gehabt? Zwei Jahrzehnte AIDS in Deutschland*. Berlin, Wien: Blackwell Wissenschafts-Verlag: 153–183
- Bochow M (2001).** Schwule Männer, AIDS und Safer Sex. Neue Entwicklungen. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 40). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M (2005).** Ich bin doch schwul und will es immer bleiben. Schwule Männer im dritten Lebensalter. Hamburg: Männerschwarm Skript Verlag
- Bochow M (2010).** Safer Sex: Der lange Weg einer kurzen Formel. In: Gerlinger T et al. (Hrsg.) *Politik für Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber: 291–301
- Bochow M (2011).** Kontexte von HIV-Neuinfektionen bei schwulen Männern. AIDS-FORUM DAH, Bd. 59. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M et al. (2003).** Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985–2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand, Y (Hrsg.) *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS – collection sciences sociales et sida: 35–54

- Bochow M, Wright MT, Lange M (2004).** Schwule Männer und AIDS: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 48). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bochow M, Grote S, Schmidt AJ (2009).** Das schnelle Date – internetgestützte Sexkontakte und HIV-Infektionsrisiko. In: Milbrett T (Hrsg.) *Ins Netz gegangen – Schwule Männer, Sex und Prävention im Internet* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 53). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe: 25–42
- Bochow M, Grote S (2009).** Die Suche nach Sex im Internet. Ausgewählte Ergebnisse einer Literaturrecherche. In: Milbrett T (Hrsg.) *Ins Netz gegangen – Schwule Männer, Sex und Prävention im Internet* (AIDS-FORUM DAH, Bd. 53). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe: 73–89
- Bochow M, Schmidt AJ und Grote S (2010).** Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Szene, Sex 2007. Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (AIDS-FORUM DAH, Bd. 55). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- Bundesagentur für Arbeit (2010).** <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html>
- Campo J et al (2006).** Oral transmission of HIV, reality or fiction? An update. *Oral diseases*. 12: 219–228
- CHAPS Partnership (2011).** Making it Count 4: a collaborative planning framework to minimise the incidence of HIV infection during sex between men, 4th edition. London, Sigma Research
- Chemin A (2011).** Homosexualité: les droits avancent, la répression persiste. *Le Monde*, Mercredi 18 mai: 10
- Dannecker M (2000).** Wider die Verleugnung der sexuellen Wünsche. *AIDS Infothek*. 12(1): 4–10
- Dannecker M (2002).** Erosion der HIV Prävention. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 15(1): 58–64
- Dougan S et al (2007).** Does the recent increase in HIV diagnoses among men who have sex with men in the UK reflect a rise in HIV incidence or increased uptake of HIV testing? *Sexually Transmitted Infections*. 83: 120–126
- Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B (1999).** Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS*. 13: 2571–2582
- Gekeler C, Aretz B (2009).** Sexualität im Wandel. Positive Begegnungen 2008 in Stuttgart. *INFACT Aidshilfe Magazin* 2(6): 15–17
- Halperin D (2007).** *What Do Gay Men Want? An Essay on Sex, Risk, and Subjectivity*. Ann Arbor: University of Michigan Press
- Holt M, Ellard J (2011).** HIV risk reduction strategies among gay men. Discussion Paper. New South Wales, Australian Federation of AIDS Organisations (AFAO)
- Initiative D21 (2010).** (N)ONLINER Atlas 2010. Eine Topographie des digitalen Grabens durch Deutschland. <http://www.initiaved21.de/wp-content/uploads/2010/06/ NONLINER2010.pdf>
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (2010).** Map on Lesbian and Gay Rights in the World. http://www.ilga.org/map/LGBTI_rights.jpg
- Keogh P et al (2006).** Morality, responsibility and risk. Gay men and proximity to HIV. London: Sigma Research
- Kippax S, Race K (2003).** Sustaining safe practices: twenty years on. *Social Science & Medicine*. 57(1): 1–12
- Lampert T, Mielck A (2008).** Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *G+G Wissenschaft (GGW)*. 8(2): 7–16
- Lerch A (2007).** Transparence, verbalisation, silence: la gestion de l'information quant aux prises de risqué dans les couples gay multipartenaires. *Sexualité, relations et prevention chez les homosexuels masculins*. ANRS. Paris : Collection Sciences sociales et sida : 57–67

- Lert F, Pialoux G (2010).** Rapport MISSION RDRs. Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Paris: Gutachten für das französische Gesundheitsministerium
- MANEO (2007).** Gewalterfahrungen von schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland. Ergebnisse der MANEO-Umfrage 2006/2007.
<http://www.maneo-toleranzkampagne.de/umfrage-bericht1.pdf>
- Mercer C et al (2009).** Behaviourally bisexual men as a bridge population for HIV and sexually transmitted infections? Evidence from a national probability survey. *International Journal of STD and AIDS*. 20: 87–94
- Mielck A (2005).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber
- Ottosson D (2009).** State-sponsored Homophobia. A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults. The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. ILGA report: www.ilga.org
- Parsons J et al (2005).** Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS* 19(1): 13–25
- Richters J, Hendry O, Kippax S (2003).** When safe sex isn't safe. *Culture, Health & Sexuality*. 5(1): 37–52
- Rosenbrock R (1986).** AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg: VSA-Verlag
- Rosenbrock R et al (2009a).** Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel. Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Expertenbericht. Horgen, Syntagma GmbH
- Rosenbrock R et al (2009b).** Beurteilung der Schweizer HIV-Politik durch ein internationales Expertenpanel. Studie zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Executive Summary. Horgen, Syntagma GmbH
- Rosenbrock R et al (2009c).** Review of the Swiss HIV Policy by a Panel of International Experts. Study on behalf of the Swiss Federal Office for Public Health. Scientific Background Report. Horgen, Syntagma GmbH
- Schmidt AJ, Marcus U (2011).** Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infectious Diseases*. 11: 132.
 Open Access: <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/132>
- Schmidt AJ, Marcus U, Hamouda O (2007).** KABA-STI-Studie – Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen. Aufbau einer deutschlandweiten Surveillance für HIV und andere übertragbare Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Mimeo, Berlin: Robert-Koch-Institut
- Schmidt AJ, Bochow M (2009).** Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys "Gay Men and AIDS" 1991–2007. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. SP I 2009–303. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Schmidt AJ et al (2011).** Trouble with Bleeding: Risk Factors for Acute Hepatitis C among HIV-Positive Gay Men from Germany. A Case-Control Study. *PLoS ONE* 6(3): e17781.doi:10.1371/journal.pone.0017781
- Slavin S, Richters J, Kippax S (2004).** Understandings of risk among HIV seroconverters in Sydney. *Health, Risk & Society*. 6(1): 39–52
- Vernazza P et al (2008).** HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer anti-retroviraler Behandlung sexuell nicht infektiös. *Schweizerische Ärztezeitung*. 89(5): 165–169

- Vielhaber B (2008).** Viruslast in Genitalsekreten und Transmissionswahrscheinlichkeit – Versuch eines Überblicks über den Stand der Forschung. HIV REPORT.DE. 1: 2–15
- Weller S, Davis K (2003).** Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4
- Wilson DP et al (2008).** Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. The Lancet. 372: 314–320
- Young R, Meyer I (2005).** The Trouble with „MSM“ and „WSW“: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. American Journal of Public Health. 95(7): 1144–1149

Anhang: Fragebogen

Europäische Internet-Befragung schwuler & bisexueller Männer 2010

Willkommen zur größten jemals durchgeführten Umfrage unter schwulen Männern und Männern, die Sex mit Männern haben. Die Umfrage findet gleichzeitig in ganz Europa statt.

Bitte nehmen Sie an dieser Umfrage teil, wenn Sie ...

- ein Mann sind, der sich zu Männern hingezogen fühlt UND/ODER
- ein Mann sind, der Sex mit Männern hat UND/ODER
- ein Mann sind, der denkt, er könnte in der Zukunft Sex mit Männern haben

Sie müssen alt genug sein, um in dem Land, in dem Sie leben, legal Sex mit Männern zu haben.

Worum geht's?

Es werden Fragen zu Beziehungen, sexuellem Lebensstil, Wissen über sexuelle Risiken und Vorsichtsmaßnahmen, Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, Erfahrungen als sexuelle Minderheit und vielem mehr gestellt. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ungefähr 20 bis 30 Minuten dauern.

309

Datenschutz

Wir garantieren Ihre Anonymität und werden weder die IP-Adresse Ihres Computers erfassen noch Informationen über Sie erheben, die Ihre Identifikation ermöglichen. Ein Bericht der Umfrage wird gegen Ende 2010 erstellt. Er wird verfügbar sein auf dieser Webseite, der Projektwebseite und bei Ihrer örtlichen Aidshilfe oder Schwulengruppe.

Wer sind wir?

Wir sind eine internationale Gruppe von Sozialwissenschaftlern/Gesundheitsforschern und Experten aus 38 europäischen Ländern, die an Instituten des Gesundheitswesens und Universitäten arbeiten oder in Nicht-Regierungsorganisationen engagiert sind, und die sich mit HIV, schwuler Gesundheit und Menschenrechten befassen. Die Umfrage wird von der Europäischen Kommission finanziert und unterstützt durch das European Centre for Prevention and Disease Control, das Europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation und viele nationale und internationale Schwulenorganisationen und Websites. Mehr Informationen erhalten Sie unter www.emis-project.eu.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur EINMAL aus.

Bitte klicken Sie beide Felder an, wenn Sie gelesen und verstanden haben, worum es in der Umfrage geht, und wenn Sie gerne daran teilnehmen möchten.

- ☐ Ich habe die obige Information gelesen und verstanden.
- ☐ Ich bin alt genug, um dort, wo ich lebe, legal Sex mit Männern haben.

Persönliche Angaben

1) Sind Sie...

- ☐ Ein Mann
- ☐ Eine Frau
- ☐ Trans (Mann zu Frau)
- ☐ Trans (Frau zu Mann)

Willkommen zu unserer Umfrage! Bitte beachten Sie, dass nicht alle Fragen Ihre persönliche biologische Situation widerspiegeln. Wenn Sie denken, dass eine Frage nicht auf Sie zutrifft, lassen Sie sie einfach aus und fahren mit der nächsten fort.

(Text wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Trans (Mann zu Frau)“ oder „Trans (Frau zu Mann)“ war)

1a) Diese Umfrage richtet sich an Männer. Sie können den Fragebogen gerne weiterlesen und bis zum Ende ausfüllen, jedoch werden wir Ihre Angaben nicht nutzen.

Was möchten Sie tun?

- ☐ Die Umfrage jetzt verlassen
- ☐ Mit der Umfrage fortfahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Eine Frau“ war)

Danke für Ihr Interesse an EMIS. Die Ergebnisse werden 2011 europaweit verfügbar sein. Sie erhalten mehr Informationen unter www.emis-project.eu.

(Text wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1a „Die Umfrage jetzt verlassen“ war)

2) Wie alt sind Sie?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Wo leben Sie?

3) Wie würden Sie den Ort, in dem Sie leben, beschreiben?

- ☐ Eine Metropole (über eine Million Einwohner)
- ☐ Eine große Stadt (500.000–1.000.000 Einwohner)
- ☐ Eine mittelgroße Stadt (100.000–500.000 Einwohner)
- ☐ Eine kleinere Stadt (10.000–100.000 Einwohner)
- ☐ Eine kleinere Gemeinde (weniger als 10.000 Einwohner)

4) In welchem Land leben Sie derzeit?

[Bitte auswählen – Länderliste]

4a) Diese Umfrage richtet sich an Männer, die in Europa leben. Sie können den Fragebogen gerne weiterlesen und bis zum Ende ausfüllen, jedoch werden wir Ihre Angaben nicht nutzen.

Was möchten Sie tun?

- ☐ Die Umfrage jetzt beenden
- ☐ Mit der Umfrage fortfahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 4 ein nicht-europäisches Land war)

Danke für Ihr Interesse an EMIS. Die Ergebnisse werden 2011 europaweit verfügbar sein. Sie erhalten mehr Informationen unter www.emis-project.eu.

(Text wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 4a „Die Umfrage jetzt beenden“ war)

5) Wie lauten die ersten beiden Ziffern Ihrer Postleitzahl?

[Bitte auswählen]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 4 „Deutschland“ war)

6) Wurden Sie in ** geboren?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

*(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)*

Ihr Geburtsland

7) In welchem Land wurden Sie geboren? (Falls das Land nicht mehr existiert, wählen Sie bitte das Land, das Ihrem Geburtsland am ehesten entspricht)

[Bitte auswählen]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 6 „nein“ war)

8) Wie viele Jahre leben Sie bereits in **?

[Bitte auswählen]

*(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 6 „nein“ war; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)*

Über Ihre Sexualität

9) Zu wem fühlen Sie sich sexuell hingezogen?

- ☐ Ausschließlich zu Männern
- ☐ Überwiegend zu Männern und manchmal zu Frauen
- ☐ Zu Männern und Frauen gleichermaßen
- ☐ Überwiegend zu Frauen und manchmal zu Männern
- ☐ Ausschließlich zu Frauen

10) Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich definieren?

- ☐ Schwul oder Homosexuell
- ☐ Bisexuell
- ☐ Heterosexuell
- ☐ Andere Bezeichnung
- ☐ Für gewöhnlich benutze ich keine Bezeichnung

11) Wenn Sie an die Menschen denken, die Sie kennen (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Mitstudierende), welcher Anteil von ihnen weiß, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?

- ☐ Alle oder fast alle
- ☐ Mehr als die Hälfte
- ☐ Weniger als die Hälfte
- ☐ Wenige
- ☐ Niemand

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 9 „Ausschließlich zu Männern“, „Überwiegend zu Männern und manchmal zu Frauen“, „Zu Männern und Frauen gleichermaßen“ oder „Überwiegend zu Frauen und manchmal zu Männern“ war)

Zu Ihrem Sexleben

12) Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme voll zu
Der Sex, den ich habe, ist immer so sicher wie ich möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir leicht, „nein“ zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was ich über HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten weiß, reicht mir völlig aus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Sind Sie mit Ihrem Sexleben zufrieden?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

14) Warum sind Sie nicht mit Ihrem Sexleben zufrieden?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ Ich habe überhaupt keinen Sex
- ☐ Ich hätte gerne mehr Sexpartner
- ☐ Ich finde, ich habe zu viele Sexpartner
- ☐ Ich hätte gerne mehr Sex mit dem Mann/den Männern, mit dem/denen ich Sex habe
- ☐ Ich habe Probleme in meiner festen Beziehung
- ☐ Ich möchte eine feste Beziehung mit jemandem
- ☐ Ich bin in sexueller Hinsicht nicht so selbstsicher, wie ich es gerne wäre
- ☐ Ich habe Angst, andere mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken
- ☐ Ich habe Angst, mich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten anzustecken
- ☐ Ich habe Probleme, einen Ständer (eine Erektion) zu bekommen oder zu behalten
- ☐ Mein Sextrieb ist zu schwach
- ☐ Mein Sex wird durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt
- ☐ Die gesundheitlichen Probleme meines Partners beeinträchtigen den Sex
- ☐ Anderer Grund

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 13 „Nein“ war)

15) Welchen anderen Grund haben Sie, nicht mit Ihrem Sexleben zufrieden zu sein?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 14 „Anderer Grund“ war)

313

Treffpunkte, die Sie besuchen

Wann haben Sie das letzte Mal einen der folgenden Treffpunkte in ** besucht? Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie dies das letzte Mal getan haben, auch wenn das nicht typisch für Sie ist oder wenn Sie dort aus beruflichen Gründen waren.

*(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)*

16) Wann haben Sie das letzte Mal ein Schwulenzentrum, eine Schwulenorganisation oder eine Schwulengruppe in ** besucht?

[Bitte auswählen]

- Noch nie
- In den letzten 24 Stunden
- In den letzten 7 Tagen
- In den letzten 4 Wochen
- In den letzten 6 Monaten
- In den letzten 12 Monaten
- In den letzten 5 Jahren
- Vor mehr als 5 Jahren

*(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)*

17) Wann haben Sie das letzte Mal ein schwules Café oder eine schwule Bar in ** besucht?

*(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)*

18) Wann haben Sie das letzte Mal eine schwule Disko oder einen schwulen Club in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

19) Wann haben Sie das letzte Mal einen Darkroom, einen schwulen Sex-Club oder eine öffentliche schwule Sex-Party in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

20) Wann haben Sie das letzte Mal eine private schwule Sex-Party in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

21) Wann haben Sie das letzte Mal eine Schwulensauna in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

22) Wann haben Sie das letzte Mal ein Pornokino in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

23) Wann haben Sie das letzte Mal Cruising-Orte (einschlägige Plätze um Sexpartner zu ficken wie Autobahnraststätten, Parks, Toiletten/Klappen etc.) in ** besucht?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

24) Und schließlich: Wann haben Sie das letzte Mal, abgesehen von dieser Online-Session, eine Webseite für schwule oder bisexuelle Männer besucht, einschließlich Kontakt-, Informations- und Pornoseiten?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 16; ** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

314

Über Ihre Beziehungen und Freundschaften

25) Leben Sie derzeit in einer festen Beziehung?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ Ja, mit einem Mann
- ☐ Ja, mit mehreren Männern
- ☐ Ja, mit einer Frau
- ☐ Ja, mit mehreren Frauen
- ☐ Nein, ich bin Single

26) Wie lange besteht die Beziehung mit diesem Mann? (Wenn Sie mehr als eine feste Beziehung mit einem Mann haben, berichten Sie uns bitte von der längsten.)

[Bitte auswählen]
Weniger als 1 Jahr
1
:
25
Mehr als 25 Jahre

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 25 „Ja, mit einem Mann“ oder „Ja, mit mehreren Männern“ war).

27) Haben Sie und Ihr fester Freund das gleiche HIV-Testergebnis (den gleichen HIV-Status)?

- ☐ Ja, wir haben den gleichen HIV-Status (entweder beide positiv oder negativ)
- ☐ Nein, einer von uns ist positiv, der andere negativ
- ☐ Ich weiß nicht, ob wir den gleichen HIV-Status haben oder nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 25 „Ja, mit einem Mann“ oder „Ja, mit mehreren Männern“ war).

28) Wie lange besteht die Beziehung mit dieser Frau? (Wenn Sie mehr als eine feste Beziehung mit einer Frau haben, berichten Sie uns bitte von der längsten.)

[Bitte auswählen]
Weniger als 1 Jahr
1
i
25
Mehr als 25 Jahre

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 25 „Ja, mit einer Frau“ oder „Ja, mit mehreren Frauen“ war).

29) Haben Sie und Ihre Partnerin das gleiche HIV-Testergebnis (den gleichen HIV-Status)?

- ☐ Ja, wir haben den gleichen HIV-Status (entweder beide positiv oder negativ)
- ☐ Nein, einer von uns ist positiv, der andere negativ
- ☐ Ich weiß nicht, ob wir den gleichen HIV-Status haben oder nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 25 „Ja, mit einer Frau“ oder „Ja, mit mehreren Frauen“ war).

30) Mit wem wohnen Sie zusammen?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ Mit meinem Partner
- ☐ Mit meiner Partnerin
- ☐ Mit meinem/n Kind(ern)
- ☐ Mit Freunden
- ☐ Mit einem oder beiden Elternteilen
- ☐ Mit anderen Familienmitgliedern
- ☐ Mit anderen
- ☐ Ich wohne allein

31) Wie viele Ihrer männlichen Freunde fühlen sich zu Männern hingezogen?

- ☐ Fast alle
- ☐ Mehr als die Hälfte
- ☐ Ungefähr die Hälfte
- ☐ Weniger als die Hälfte
- ☐ Fast keiner
- ☐ Ich habe keine männlichen Freunde

32) Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?
(Bitte eine Antwort pro Zeile)

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme voll zu
Ich fühle mich manchmal einsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, wo ich hingehen muss, um neue Freunde zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was wissen Sie über HIV, den HIV-Test und die Behandlung von HIV?

33) Alle der folgenden Aussagen sind zutreffend! Haben Sie das bereits gewusst?

AIDS wird durch einen Virus verursacht, der HIV heißt.
Man kann nicht am äußeren Erscheinungsbild erkennen, ob jemand HIV hat oder nicht.
Es gibt einen medizinischen Test, der zeigen kann, ob man HIV hat oder nicht.
Es gibt derzeit kein Heilmittel gegen HIV.
Eine HIV-Infektion kann mit Hilfe von Medikamenten in Schach gehalten werden, so dass deren Auswirkungen viel geringer sind.
Eine effektive Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung.

[Bitte auswählen]
<input type="radio"/> Das wusste ich bereit.
<input type="radio"/> Darüber war ich mir nicht sicher.
<input type="radio"/> Das wusste ich noch nicht.
<input type="radio"/> Ich verstehe das nicht.
<input type="radio"/> Ich glaube nicht, dass das stimmt.

Bereitschaft, sich auf HIV testen zu lassen

- 34) Was denken Sie, ist Ihr derzeitiger HIV-Status (ungeachtet dessen, ob Sie bereits getestet sind oder nicht)?**
- ☐ Definitiv negativ (ich habe kein HIV)
 - ☐ Wahrscheinlich negativ
 - ☐ Ich weiß nicht/ich bin mir nicht sicher
 - ☐ Wahrscheinlich positiv
 - ☐ Definitiv positiv (ich habe HIV)

35) Wurden Sie jemals zu einem HIV-Test gezwungen oder gegen Ihren Willen dazu überredet?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß nicht

36) Haben Sie jemals ein HIV-Testergebnis erhalten?

- ☐ Nein, ich habe noch nie ein HIV-Testergebnis erhalten
- ☐ Ja, ich wurde positiv getestet (ich habe eine HIV-Infektion)
- ☐ Ja, mein letzter Test fiel negativ aus (zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion)

Positives Testergebnis

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, ich bin positiv getestet – ich habe eine HIV-Infektion“ war)

37) In welchem Jahr wurde bei Ihnen zum ersten Mal HIV diagnostiziert?

[Bitte auswählen]
Weniger als 1 Jahr
1984
:
2010

317

38) Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten HIV diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 37 „2009“ war)

39) Als bei Ihnen zum ersten Mal HIV diagnostiziert wurde, was war da Ihre CD4-Helferzahl?

- ☐ Weniger als 200 Zellen/ μ l
- ☐ 200 bis 349 Zellen/ μ l
- ☐ 350 bis 500 Zellen/ μ l
- ☐ Mehr als 500 Zellen/ μ l
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 37 „2001“, „2002“, „2003“, „2004“, „2005“, „2006“, „2007“, „2008“, „2009“ oder „2010“ war)

40) Wo haben Sie sich zuletzt auf HIV testen lassen?

- ☐ Beim Allgemeinmediziner/Hausarzt
- ☐ Bei einem (anderen) niedergelassenen Arzt
- ☐ Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses oder einer Klinik
- ☐ Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus
- ☐ In einer Einrichtung, die auf HIV-Tests spezialisiert ist (z. B. Gesundheitsamt, Aids-Hilfe, Checkpoint)
- ☐ Beim Blutspenden
- ☐ Ich habe einen Heimtest benutzt
- ☐ In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna
- ☐ Mobile Teststelle
- ☐ Woanders

41) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, war es Ihnen möglich, über den Sex zu sprechen, den Sie haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht
- ☐ Nicht zutreffend

42) Haben Sie tatsächlich über den Sex gesprochen, den Sie haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 41 „Ja“ war)

43) Haben Sie auch darüber gesprochen, dass Sie Sex mit Männern haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 42 „Ja“ war)

44) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit der dort gewährten Vertraulichkeit?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

45) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit dem Respekt, der Ihnen entgegengebracht wurde?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

46) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit der Beratung, die Sie erhalten haben?

- ☐ Ich habe keine Beratung erhalten
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

Verlaufskontrolle Ihrer HIV-Infektion

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, ich bin positiv getestet – ich habe eine HIV-Infektion“ war)

47) Wann haben Sie das letzte Mal einen Arzt zur Verlaufskontrolle Ihrer HIV-Infektion aufgesucht? Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie dies das letzte Mal getan haben, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

319

48) Haben Sie jemals eine gegen HIV gerichtete antiretrovirale Behandlung (ART, HAART, Kombinationstherapie) bekommen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

49) Warum nicht?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ Mein Arzt sagt, ich benötige im Moment noch keine Behandlung
- ☐ Ich finde es nicht notwendig
- ☐ Um Nebenwirkungen zu vermeiden
- ☐ Ich befürchte, dass andere Leute es merken
- ☐ Die Behandlung steht mir in dem Land, in dem ich lebe, nicht zur Verfügung
- ☐ Ich kann mir die Kosten einer Behandlung nicht leisten
- ☐ Ich möchte nicht jeden Tag an HIV erinnert werden
- ☐ Anderer Grund

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 48 „Nein“ war)

50) Warum haben Sie nie eine antiretrovirale Therapie bekommen?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 49 „Anderer Grund“ war)

51) Erhalten Sie derzeit eine antiretrovirale Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 48 „Ja“ war)

52) Warum haben Sie mit der antiretroviralen Behandlung aufgehört?

Mehrere Angaben möglich.

☐ Mein Arzt sagt, ich benötige im Moment noch keine Behandlung

☐ Um Nebenwirkungen zu vermeiden

☐ Ich finde es nicht notwendig

☐ Ich befürchte, dass andere Leute es merken

☐ Ich möchte nicht jeden Tag an HIV erinnert werden

☐ Die Behandlung steht mir in dem Land, in dem ich lebe, nicht zur Verfügung

☐ Anderer Grund

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 51 „Nein“ war)

53) Warum haben Sie mit der antiretroviralen Behandlung aufgehört?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 52 „Anderer Grund“ war)

320

54) Was war das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei Ihrer letzten Kontrolluntersuchung?

☐ Nicht nachweisbar

☐ Nachweisbar

☐ Es wurde mir gesagt, aber ich weiß es nicht mehr

☐ Es wurde gemessen, aber das Ergebnis wurde mir nicht mitgeteilt

☐ Es wurde nicht gemessen

☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 47 nicht „Noch nie“ war)

Negatives Testergebnis

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, mein letzter Test fiel negativ aus – Zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion“ war)

55) Wann wurden Sie das letzte Mal auf HIV getestet?

[Bitte auswählen]
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

56) Wo haben Sie sich das letzte Mal auf HIV testen lassen?

- ☐ Beim Allgemeinmediziner/Hausarzt
- ☐ Bei einem (anderen) niedergelassenen Arzt
- ☐ Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses oder einer Klinik
- ☐ Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus
- ☐ In einer Einrichtung, die auf HIV-Tests spezialisiert ist (z. B. Gesundheitsamt, Aidshilfe, Checkpoint)
- ☐ Beim Blutspenden
- ☐ Ich habe einen Heimtest benutzt
- ☐ In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna
- ☐ Mobile Teststelle
- ☐ Woanders

57) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, war es Ihnen möglich, über den Sex zu sprechen, den Sie haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

58) Haben Sie tatsächlich über den Sex gesprochen, den Sie haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 57 „Ja“ war)

59) Haben Sie auch darüber gesprochen, dass Sie Sex mit Männern haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 58 „Ja“ war)

60) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit der dort gewährten Vertraulichkeit?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

61) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit dem Respekt, der Ihnen entgegengebracht wurde?

- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

62) Als Sie sich das letzte Mal auf HIV testen ließen, wie zufrieden waren Sie mit der Beratung, die Sie erhalten haben?

- ☐ Ich habe keine Beratung erhalten
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Unzufrieden
- ☐ Sehr unzufrieden
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich habe nicht darüber nachgedacht

322

Zu den Möglichkeiten, sich auf HIV testen zu lassen

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Nein, ich habe noch nie ein Testergebnis erhalten“ oder „Ja, mein letzter Test fiel negativ aus – Zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion“ war)

63) Wenn Sie sich auf HIV testen lassen wollten, wie sicher sind Sie, dass Sie einen Test bekommen?

- ☐ Sehr sicher
- ☐ Ziemlich sicher
- ☐ Weniger sicher
- ☐ Überhaupt nicht sicher
- ☐ Ich weiß es nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Nein, ich habe noch nie ein Testergebnis erhalten“ war)

64) Wenn Sie sich erneut auf HIV testen lassen wollten, wie sicher sind Sie, dass Sie einen Test bekommen?

- ☐ Sehr sicher
- ☐ Ziemlich sicher
- ☐ Weniger sicher
- ☐ Überhaupt nicht sicher
- ☐ Ich weiß es nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, mein letzter Test fiel negativ aus – Zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion“ war)

65) Haben Sie Zugang zu kostenlosen vertraulichen HIV-Tests, in dem Ort, in dem Sie leben?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß nicht

66) Könnten Sie sich es leisten, für einen HIV-Test zu bezahlen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 65 „Nein“ oder „Ich weiß nicht“ war)

Zu den Möglichkeiten, sich auf Geschlechtskrankheiten testen zu lassen

67) Wie sicher sind Sie, dass Sie eine Untersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen bekommen, wenn Sie sie benötigen?

- ☐ Sehr sicher
- ☐ Ziemlich sicher
- ☐ Weniger sicher
- ☐ Überhaupt nicht sicher
- ☐ Ich weiß nicht

68) Haben Sie Zugang zu kostenlosen Untersuchungen auf andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen, ausgenommen HIV), dort wo Sie gegenwärtig leben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

69) Könnten Sie es sich leisten, für Untersuchungen auf sexuell übertragbare Infektionen zu bezahlen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 68 „Nein“ oder „Ich weiß nicht“ war)

70) Wurden Sie jemals gegen Hepatitis B geimpft?

- ☐ Nein, ich bin immun gegen Hepatitis B, weil ich die Infektion früher einmal hatte
- ☐ Nein, und ich weiß nicht, ob ich immun bin
- ☐ Ja, ich habe alle 3 Impfungen erhalten
- ☐ Ja, aber ich habe nicht alle 3 Impfungen erhalten
- ☐ Ja, aber die Impfung war bei mir nicht erfolgreich
- ☐ Ich weiß nicht

71) Sind Sie beschnitten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, vor meinem 18. Lebensjahr
- ☐ Ja, mit 18 oder später
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Ein Mann“ war)

72) Sind Sie beschnitten?

- ☐ Nein, ich bin nicht beschnitten
- ☐ Ja, ich bin beschnitten
- ☐ Ich hatte eine operative Geschlechtsangleichung
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Trans (Mann zu Frau)“ war)

324

**Untersuchungen auf andere Geschlechtskrankheiten
(sexuell übertragbare Infektionen)**

73) Sind Sie jemals auf andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV untersucht worden?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

74) Wann wurden Sie zuletzt auf eine andere sexuell übertragbare Infektion untersucht?

Bitte teilen Sie uns mit, wann dies das letzte Mal geschehen ist, auch wenn es sich um eine Ausnahme gehandelt hat.

In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 73 „Ja“ war)

75) Hatten Sie zu diesem Zeitpunkt irgendwelche Symptome?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 74 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Infektionen

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 74 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

76) Wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten eine Blutprobe als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen entnommen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

77) Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Urinprobe als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen abgegeben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

325

78) Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen Ihr Penis untersucht?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Ein Mann“ war oder wenn die Antwort auf Frage 72 „Nein, ich bin nicht beschnitten“ oder „Ja, ich bin beschnitten“ war)

79) Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen etwas in Ihre Penisöffnung eingeführt (Harnröhrentupfer/-abstrich)?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 1 „Ein Mann“ war oder wenn die Antwort auf Frage 72 „Nein, ich bin nicht beschnitten“ oder „Ja, ich bin beschnitten“ war)

80) Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen Ihr Anus untersucht?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

- 81) Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen etwas in Ihren Anus eingeführt (Rektaltupfer/-abstrich)?
- ☐ Nein
 - ☐ Ja
 - ☐ Ich erinnere mich nicht

Zur Diagnose sexuell übertragbarer Infektionen

- 82) Wurde bei Ihnen jemals eine Syphilis diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

- 83) Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Syphilis diagnostiziert?

[Bitte auswählen]
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 82 „Ja“ war)

- 84) Wurde bei Ihnen jemals eine Gonorrhö (Tripper) diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

- 85) Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Gonorrhö (Tripper) diagnostiziert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 83; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 84 „Ja“ war)

- 86) Wurden bei Ihnen jemals Chlamydien diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

- 87) Wann wurden bei Ihnen zuletzt Chlamydien diagnostiziert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 83; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 86 „Ja“ war)

- 88) Wurden bei Ihnen jemals Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

89) Wann wurden bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL Anal- oder Genitalwarzen (Feigwarzen) diagnostiziert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 83; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 88 „Ja“ war)

90) Wurde bei Ihnen jemals Anal- oder Genitalherpes diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

91) Wann wurde bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL Anal- oder Genitalherpes diagnostiziert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 83; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 90 „Ja“ war)

92) Wurde bei Ihnen jemals Hepatitis C diagnostiziert?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

93) Wann wurde bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL Hepatitis C diagnostiziert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 83; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 92 „Ja“ war)

94) Was ist Ihr gegenwärtiger Hepatitis S-C-Status?

- ☐ Die Infektion ist spontan (ohne Behandlung) ausgeheilt
- ☐ Die Infektion ist mit Hilfe einer medikamentösen Behandlung ausgeheilt
- ☐ Ich habe die Infektion immer noch
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 92 „Ja“ war)

327

Informationen zu HIV und sexuell übertragbaren Infektionen

Bitte teilen Sie uns mit, wann dies das letzte Mal geschehen ist, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

95) Wann haben Sie zuletzt Informationen über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen gesehen oder gehört, die sich speziell an Männer richten, die Sex mit Männern haben?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

96) Wann haben Sie das letzte Mal Informationen über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen in einer Zeitschrift oder Zeitung gesehen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 95)

97) Wann haben Sie das letzte Mal (aktiv?) nach Informationen zu HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen im Internet gesucht?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 95)

98) Wann haben Sie das letzte Mal eine Telefonberatung angerufen, um sich über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen zu informieren?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 95)

Zum Sex mit Männern

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie das letzte Mal etwas getan haben, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

In dieser Umfrage meinen wir mit „Sex“ körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat.

99) Wann hatten Sie das letzte Mal Sex mit einem Mann (jegliche Art von sexuellen Kontakten, nicht nur Analverkehr)?

328

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

100) Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Sex mit einem Mann/Jungen hatten
(oder ein Mann/Junge Sex mit Ihnen hatte)?

[Bitte auswählen]
Ich erinnere mich nicht
Jünger als 13 Jahre
13
:
30
Älter als 30 Jahre

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 nicht „Noch nie“ war)

In dieser Umfrage verstehen wir unter Analverkehr Sex, bei dem ein Partner seinen Penis in den Anus eines anderen Mannes einführt, egal ob mit oder ohne Ejakulation (Abspritzen).

(Text wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 nicht „Noch nie“ war)

101) Hatten Sie jemals Analverkehr mit einem Mann (aktiv oder passiv), egal ob mit oder ohne Kondom?

☐ Nein

☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 nicht „Noch nie“ war)

329

102) Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Analverkehr mit einem Mann/Jungen hatten?

[Bitte auswählen]
Ich erinnere mich nicht
Jünger als 13 Jahre
13
:
30
Älter als 30 Jahre

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 101 „Ja“ war)

103) Wann hatten Sie das letzte Mal Analverkehr mit einem Mann, egal ob mit oder ohne Kondom?

[Bitte auswählen]
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 101 „Ja“ war)

104) War dieser letzte Analverkehr ungeschützt (ohne Kondom)?

☐ Nein

☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 101 „Ja“ war)

105) Wann hatten Sie das letzte Mal ungeschützten Analverkehr mit einem Mann (das heißt ohne Kondom)?

330

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 104 „Nein“ war)

Zum Sex mit (dem) festen männlichen Partner(n)

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

Mit dem Begriff „fester Partner“ meinen wir in dieser Umfrage Männer, mit denen Sie in einer Beziehung leben (das heißt, Sie würden sich auf Grund dieser Beziehung nicht als Single bezeichnen).

106) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit Ihrem festen Partner?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

107) Mit wie vielen verschiedenen festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?

[Bitte auswählen]
1
:
10 oder mehr

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 106 „Ja“ war)

108) Mit wie vielen festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr?

[Bitte auswählen]
1
:
10 oder mehr

331

109) Mit wie vielen festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom?

[Bitte auswählen]
1
:
10 oder mehr

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 108 nicht „0“ war)

Zum Analverkehr mit (dem) festen männlichen Partner(n)

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 108 nicht „0“ war)

Die nächsten Fragen beziehen sich auf den Sex mit Ihrem aktuellen (oder letzten) festen Partner. Wenn Sie mehr als einen festen Partner haben, berichten Sie bitte von dem, mit dem Sie die längste Zeit Sex haben/hatten.

110) Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr mit Ihrem festen männlichen Partner?

- ☐ Gar nicht
- ☐ 1-2 Mal
- ☐ 3-10 Mal
- ☐ 11-50 Mal
- ☐ Mehr als 50 Mal

111) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Kondome beim Analverkehr mit Ihrem festen männlichen Partner benutzt?

- ☐ Gar nicht
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Meistens
- ☐ Immer

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 110 nicht „Gar nicht“ war)

112) Als Sie das letzte Mal mit Ihrem festen männlichen Partner Analverkehr hatten, haben Sie da ein Kondom benutzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 111 nicht „Gar nicht“ war)

332

113) Haben Sie und Ihr fester männlicher Partner das gleiche HIV-Testergebnis (den gleichen HIV-Status)?

- ☐ Ja, wir haben den gleichen HIV-Status (entweder beide positiv oder negativ)
- ☐ Nein, einer von uns ist positiv, der andere negativ
- ☐ Ich weiß nicht, ob wir den gleichen Status haben oder nicht

Zum Sex mit anderen (männlichen) Partnern

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

In dieser Umfrage benutzen wir den Begriff „andere Partner“ für Männer, mit denen Sie entweder nur ein Mal Sex hatten oder Männer, mit denen Sie mehrmals Sex hatten, die Sie jedoch nicht als Ihren festen Freund ansehen (z. B. One-Night-Stands, anonyme oder Gelegenheitspartner oder regelmäßige Sexpartner/„Fickbekanntschaften“).

114) Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit einem anderen (männlichen) Sexpartner?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

115) Mit wie vielen unterschiedlichen anderen (männlichen) Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?

[Bitte auswählen]
1
:
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

116) Mit wie vielen anderen (männlichen) Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr?

[Bitte auswählen]
0
:
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

117) Mit wie vielen anderen (männlichen) Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom?

[Bitte auswählen]
0
:
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 116 nicht „0“ war)

Zum Sex mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

Wenn Sie an den Sex denken, den Sie mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern hatten, wann haben Sie das letzte Mal folgende Sexpraktiken ausgeübt?

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie das letzte Mal etwas getan haben, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

118) Wann haben Sie das letzte Mal mit einem Sexpartner gewichst?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

119) Wann haben Sie das letzte Mal einem Sexpartner einen geblasen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

120) Wann haben Sie das letzte Mal einen geblasen bekommen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

121) Wann haben Sie das letzte Mal den Anus eines Sexpartners geleck?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

122) Wann hat das letzte Mal ein Sexpartner Ihren Anus geleck?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

123) Wann haben Sie das letzte Mal einen Sexpartner gefickt, egal ob mit oder ohne Kondom?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

124) Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Sexpartner gefickt, egal ob mit oder ohne Kondom?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

125) Wann haben Sie das letzte Mal einen Sexpartner mit der Faust gefickt („gefistet“)?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

126) Wann wurden Sie das letzte Mal mit der Faust gefickt („gefistet“)?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 118)

Zum Analverkehr mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

127) Noch einmal zum Check: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

128) Mit wie vielen anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten Analverkehr?

- ☐ Mit keinem
- ☐ Mit einigen
- ☐ Mit ca. der Hälfte
- ☐ Mit den meisten
- ☐ Mit allen

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 127 „Ja“ war)

129) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Analverkehr mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern Kondome benutzt?

- ☐ Gar nicht
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Meistens
- ☐ Immer

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 128 nicht „Mit keinem“ war)

130) Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, von dem Sie wussten, dass er HIV-positiv war?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 129 nicht „Immer“ war)

131) Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, von dem Sie wussten, dass er HIV-negativ war?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 129 nicht „Immer“ war)

132) Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, dessen HIV-Status Sie nicht kannten/dessen HIV-Status Sie nicht interessiert hat?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 129 nicht „Immer“ war)

Zu Ihrem letzten anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

336

Bitte denken Sie an das letzte Mal, als Sie Sex mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner hatten (egal ob Sie dabei Analverkehr hatten oder nicht).

133) Wo haben Sie ihn kennengelernt?

- ☐ Im Schwulenzentrum, in einer Schwulenorganisation oder einer Schwulengruppe
- ☐ In einem schwulen Café oder einer schwulen Bar
- ☐ In einer schwulen Disko oder einem schwulen Club
- ☐ In einem Darkroom, einem schwulen Sex-Club oder einer öffentlichen schwulen Sex-Party
- ☐ Auf einer privaten schwulen Sex-Party
- ☐ In einer Schwulensauna
- ☐ In einem Pornokino
- ☐ An einem Cruising-Ort (Autobahnraststätte, Park, Toilette/Klappe etc.)
- ☐ Auf einer Webseite für schwule oder bisexuelle Männer
- ☐ Woanders

134) Hatten Sie bereits zuvor Sex mit ihm (bei einer anderen Gelegenheit)?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, ein Mal
- ☐ Ja, mehrere Male

135) Was haben Sie ihm über Ihr eigenes HIV-Testergebnis (Ihren HIV-Status) vor oder während des Sex mitgeteilt?

- ☐ Ich sagte ihm, dass ich meinen HIV-Status nicht kenne
- ☐ Ich sagte ihm, dass ich HIV-negativ bin
- ☐ Ich sagte ihm, dass ich HIV-positiv bin
- ☐ Ich habe nichts über meinen HIV-Status gesagt
- ☐ Ich erinnere mich nicht

136) Was wussten oder dachten Sie über sein HIV-Testergebnis (seinen HIV-Status), bevor Sie Sex mit ihm hatten?

- ☐ Ich wusste oder dachte, er war HIV-negativ
- ☐ Ich wusste oder dachte, er war HIV-positiv
- ☐ Ich erinnere mich nicht
- ☐ Ich habe mir über seinen HIV-Status keine Gedanken gemacht

137) Wie kamen Sie zu der Annahme?

Bitte lesen Sie die Antwortvorgaben und wählen Sie die Antwort aus, die am besten zutrifft.

- ☐ Er hat es mir vor einiger Zeit erzählt/Ich wusste es schon seit einer Weile
- ☐ Ich wusste es aus seinem Internetprofil
- ☐ Er hat es mir vor dem Sex/beim Sex erzählt
- ☐ Er hat es mir nicht gesagt, aber es auf andere Weise deutlich gemacht
- ☐ Jemand anderes hat es mir erzählt
- ☐ Wir waren auf einer Veranstaltung, wo jeder HIV-positiv war
- ☐ Wir waren auf einer Veranstaltung, wo jeder HIV-negativ war
- ☐ Ich habe geraten
- ☐ Anderes

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 136 „Ich wusste oder dachte, er war HIV-negativ“ oder „Ich wusste oder dachte, er war HIV-positiv“ war)

Zum Sex, den Sie mit Ihrem letzten (männlichen) Sexpartner hatten

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 114 „Ja“ war)

Denken Sie bitte noch mal an das letzte Mal, als Sie Sex mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner hatten.

138) Hatten Sie bei dieser Gelegenheit Analverkehr?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, er hat mich gefickt
- ☐ Ja, ich habe ihn gefickt
- ☐ Ja, wir haben uns gegenseitig gefickt

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 127 „Ja“ war)

139) Hat er ein Kondom benutzt, als er Sie gefickt hat?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 138 „Ja, er hat mich gefickt“ oder „Ja, wir haben uns gegenseitig gefickt“ war)

140) Hat er bei diesem Sexkontakt in Ihren Arsch abgespritzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 139 nicht „Ja“ war)

141) Haben Sie ein Kondom benutzt, als Sie ihn gefickt haben?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 138 „Ja, ich habe ihn gefickt“ oder „Ja, wir haben uns gegenseitig gefickt“ war)

142) Haben Sie bei diesem Sexkontakt in seinen Arsch abgespritzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 141 nicht „Ja“ war)

143) Hat er bei diesem Sexkontakt in Ihren Mund abgespritzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

144) Haben Sie bei diesem Sexkontakt in seinen Mund abgespritzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

145) Haben Sie bei diesem Sexkontakt Poppers benutzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

146) Hat er bei diesem Sexkontakt Poppers benutzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht/Ich weiß nicht

147) Wie würden Sie diesen Sexkontakt auf einer Skala von 1 (am schlechtesten) bis 10 (am besten) bewerten im Vergleich zu anderem Sex, den Sie hatten?

[Bitte auswählen]
1 (am schlechtesten)
:
10 (am besten)

Zum Sex für Geld mit Männern

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

148) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in ** einen Mann für Sex bezahlt?

- ☐ Gar nicht
- ☐ 1-2 Mal
- ☐ 3-10 Mal
- ☐ 11-50 Mal
- ☐ Mehr als 50 Mal

(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

149) Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten in ** von einem Mann für Sex bezahlt?

- ☐ Gar nicht
- ☐ 1-2 Mal
- ☐ 3-10 Mal
- ☐ 11-50 Mal
- ☐ Mehr als 50 Mal

(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

Sex mit Männern in anderen Ländern

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 99 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“, „In den letzten 12 Monaten“, „In den letzten 5 Jahren“ oder „Vor mehr als 5 Jahren“ war)

150) Wann hatten Sie das letzte Mal Sex außerhalb des Landes, in dem Sie leben, mit einem männlichen Sexpartner, der nicht in ** lebt?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

(** wurde mit der Antwort auf Frage 4 ersetzt)

151) In welchem Land war das?

[Bitte auswählen]

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 150 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

152) Wo haben Sie ihn kennengelernt?

- ☐ Im Schwulenzentrum, in einer Schwulenorganisation oder einer Schwulengruppe
- ☐ In einem schwulen Café oder einer schwulen Bar
- ☐ In einer schwulen Disko oder einem schwulen Club
- ☐ In einem Darkroom, einem schwulen Sex-Club oder einer öffentlichen schwulen Sex-Party
- ☐ Auf einer privaten schwulen Sex-Party
- ☐ In einer Schwulensauna
- ☐ In einem Pornokino
- ☐ An einem Cruising-Ort (Autobahnraststätte, Park, Toilette/Klappe etc.)
- ☐ Auf einer Webseite für schwule oder bisexuelle Männer
- ☐ Woanders

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 150 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

153) Haben Sie ihn bei dieser Gelegenheit für Sex bezahlt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 150 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

154) Hat er Sie bei dieser Gelegenheit für Sex bezahlt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 150 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

155) Hatten Sie mit diesem Sexpartner bei dieser Gelegenheit Analverkehr?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 150 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

156) Hatten Sie mit diesem Sexpartner bei dieser Gelegenheit Analverkehr ohne Kondom?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich erinnere mich nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 155 „Ja“ war)

Zum Kondomgebrauch

157) Wann hatten Sie das letzte Mal kein Kondom, obwohl Sie eins brauchten?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

158) Wann hatten Sie das letzte Mal ungeschützten Analverkehr, nur weil Sie kein Kondom hatten?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 157)

Zum Sex mit Frauen

341

In dieser Umfrage meinen wir mit „Sex“ körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat.

159) Wann hatten Sie das letzte Mal Sex mit einer Frau?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 157)

In der nächsten Frage meinen wir mit „Verkehr“ Sex, bei dem der Mann seinen Penis in die Vagina oder den Anus der Frau einführt, egal ob dies zu einer Ejakulation führt oder nicht. (Text wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 159 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

160) Mit wie vielen (unterschiedlichen) Frauen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Vaginal- oder Analverkehr?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 157; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 159 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

161) Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen Kondome verwendet?

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Meistens
- ☐ Immer

Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 159 „In den letzten 24 Stunden“, „In den letzten 7 Tagen“, „In den letzten 4 Wochen“, „In den letzten 6 Monaten“ oder „In den letzten 12 Monaten“ war)

Zum sicheren Kondomgebrauch

162) Noch einmal zum Check: Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Kondom benutzt, als Sie aktiven Analverkehr hatten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

163) Folgendes kann dazu beitragen, dass ein Kondom platzt oder reißt. Sagen Sie uns bitte für jede Vorgabe, ob Sie dies in den letzten 12 Monaten getan haben, als Sie ein Kondom benutzten.

	Nein, ich habe dies nicht getan	Ja, ich habe dies getan
Kein Gleitmittel benutzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Speichel als Gleitmittel benutzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorm Überziehen Gleitmittel in das Kondom hineingetan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nicht genug Gleitmittel auf der Außenseite des Kondoms benutzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein zu kleines oder zu großes Kondom benutzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analverkehr für länger als eine halbe Stunde gehabt, ohne das Kondom zu wechseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleitmittel auf Ölbasis (Babyöl, Vaseline, Feuchtigkeitscreme) mit Latex-Kondom benutzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 162 „Ja“ war)

164) Ist in den letzten 12 Monaten ein Kondom, das Sie getragen haben, geplatzt oder gerissen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, ein Mal
- ☐ Ja, mehrmals
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 162 „Ja“ war)

Zum Konsum verschiedener Substanzen

165) Haben Sie jemals Anabolika (Steroide) gespritzt?

- ☐ Nein, noch nie
- ☐ Ja, in den letzten 12 Monaten
- ☐ Ja, vor mehr als 12 Monaten

166) Haben Sie jemals andere Drogen (ausgenommen Anabolika) gespritzt?

- ☐ Nein, noch nie
- ☐ Ja, in den letzten 12 Monaten
- ☐ Ja, vor mehr als 12 Monaten

167) Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Weder noch	Stimme eher zu	Stimme voll zu	Ich trinke nicht/ nehme keine Drogen
Ich mache mir Sorgen, dass ich zu viel trinke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich mache mir Sorgen über meinen Drogenkon- sum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wann haben Sie das letzte Mal folgende Substanzen konsumiert?

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie zuletzt etwas genommen haben, auch wenn es für sie untypisch war.

168) Wann haben Sie das letzte Mal Alkohol getrunken?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

169) Wann haben Sie das letzte Mal Tabakprodukte konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

170) Wann haben Sie das letzte Mal Poppers inhaliert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

171) Wann haben Sie das letzte Mal Viagra®, Cialis®, Levitra® oder andere Substanzen eingenommen, um eine Erektion aufrecht zu erhalten?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

172) Wann haben Sie das letzte Mal Beruhigungsmittel (Valium®, Rivotril®, Rohypnol®) eingenommen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

173) Haben Sie JEMALS irgendwelche anderen Substanzen konsumiert?

☐ Nein

☐ Ja

Zu anderen Substanzen, die Sie konsumiert haben

(Seite wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 173 „Ja“ war)

174) Wann haben Sie das letzte Mal Cannabis (Haschisch, Marihuana) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

175) Wann haben Sie das letzte Mal Ecstasy („E“, MDMA) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

176) Wann haben Sie das letzte Mal Amphetamine (Speed) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

177) Wann haben Sie das letzte Mal Crystal (Meth) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

178) Wann haben Sie das letzte Mal Heroin oder ähnliche Substanzen konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

179) Wann haben Sie das letzte Mal Mephedron (Meph, Miau) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

180) Wann haben Sie das letzte Mal GHB/GBL (Liquid Ecstasy) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

181) Wann haben Sie das letzte Mal Ketamin (Special K) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

182) Wann haben Sie das letzte Mal LSD (Acid) konsumiert?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

183) Wann haben Sie das letzte Mal Kokain konsumiert?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

184) Wann haben Sie das letzte Mal Crack konsumiert?
(Antwortvorgaben wie bei Frage 168)

Was wissen Sie über HIV und sexuell übertragbare Infektionen (Geschlechtskrankheiten)?

185) Alle der folgenden Aussagen sind zutreffend. Haben Sie das bereits gewusst?

HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	
Man kann sich beim „aktiven“ ungeschützten Anal- oder vaginalverkehr mit einem/r infizierten Partner/in über seinen Penis mit HIV anstecken, auch wenn man nicht ejakuliert.	
Man kann sich über sein Rektum (Enddarm) beim „passiven“ ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.	
Auch ohne Ejakulation birgt Oralverkehr das Risiko einer Infektion mit Syphilis oder Tripper (Gonorrhö).	
Wenn einer oder beide Partner andere sexuell übertragbare Infektionen („Geschlechtskrankheiten“) haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn mit HIV infizierte und uninfizierte Männer Sex miteinander haben.	
Die meisten anderen sexuell übertragbaren Krankheiten können leichter weitergegeben werden als HIV.	

[Bitte auswählen]
Das wusste ich bereits.
Darüber war ich mir nicht sicher.
Das wusste ich noch nicht.
Das verstehe ich nicht.
Ich glaube nicht, dass das stimmt

Zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

186) Alle der folgenden Aussagen sind zutreffend. Haben Sie das bereits gewusst?

Die Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt worden ist.	
PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	
PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	

[Bitte auswählen]
Das wusste ich bereits.
Darüber war ich mir nicht sicher.
Das wusste ich noch nicht.
Das verstehe ich nicht.
Ich glaube nicht, dass das stimmt.

187) Wurden Sie jemals mit einer PEP behandelt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Nein, ich habe nie ein HIV-Testergebnis erhalten“ oder „Ja, mein letzter Test fiel negativ aus – Zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion“ war)

188) Wurden Sie mit einer PEP behandelt, bevor bei Ihnen HIV diagnostiziert wurde?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiß nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, mein letzter Test fiel Positiv aus (Ich habe eine HIV-Infektion)“ war)

189) Wie sicher sind Sie, dass Sie eine PEP erhalten, wenn Sie eine brauchen?

- ☐ Sehr sicher
- ☐ Ziemlich sicher
- ☐ Weniger sicher
- ☐ Überhaupt nicht sicher
- ☐ Ich weiß es nicht

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Nein, ich habe nie ein HIV-Testergebnis erhalten“ oder „Ja, mein letzter Test fiel negativ aus – Zum Testzeitpunkt hatte ich keine HIV-Infektion“ war)

Wie andere auf Ihre HIV-Infektion reagieren

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 36 „Ja, mein letzter Test fiel Positiv aus – Ich habe eine HIV-Infektion“ war)

190) Wie oft haben Sie folgendes erlebt?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

	Noch nie	Selten	Manch- mal	Oft	Sehr oft	Betrifft mich nicht
Ich habe es vermieden, anderen von meiner HIV-Infektion zu erzählen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde von anderen schlechter behandelt, als sie von meiner HIV-Infektion erfuhren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde, die von meiner HIV-Infektion erfuhren, waren verständnisvoll und haben mich unterstützt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde von Bekannten, die wussten, dass ich HIV habe, sozial gemieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde von Personen, die wussten, dass ich HIV habe, sexuell gemieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Situationen erlebt, in denen beleidigende Dinge über Menschen mit HIV geäußert wurden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir wurde geraten, meine Erwartungen an mein Leben herunterzuschrauben, weil ich HIV habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde von anderen unfair behandelt, weil ich HIV habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe in den Medien Dinge über Menschen mit HIV gelesen oder gehört, die ich verletzend oder beleidigend fand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fürchte, dass andere mich wegen meiner HIV-Infektion schlechter behandeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir wurde medizinische Hilfe verweigert, weil ich HIV habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erfahrungen mit Gewalt

191) Wann wurden Sie das letzte Mal angestarrt oder bedroht, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?

[Bitte auswählen]
Noch nie
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

192) Wann wurden Sie das letzte Mal beleidigt, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 191)

348

193) Wann wurden Sie das letzte Mal geschlagen oder getreten, weil jemand wusste oder vermutete, dass Sie sich zu Männern hingezogen fühlen?

(Antwortvorgaben wie bei Frage 191)

Wie Sie zu Homosexualität stehen

194) Stimmen Sie mit den folgenden Aussagen überein?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

	Stimme gar nicht zu	Unentschieden	Stimme voll zu	Betrifft mich nicht
Ich fühle mich in Gegenwart weiblich wirkender homosexueller Männer unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in Schwulenkneipen/-bars wohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich in Gegenwart von offen schwulen Männern unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, wenn ich in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich schwulen Person gesehen werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es macht mir nichts aus, in der Öffentlichkeit über Homosexualität zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich wohl als homosexueller Mann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homosexualität ist für mich moralisch akzeptabel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich würde meine sexuelle Orientierung nicht ändern, selbst wenn ich es könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zu Ihrer Bildung und Ihrem Beruf

195) Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Bitte kreuzen Sie Ihren höchsten Schulabschluss bzw. Ausbildungsabschluss an.

- ☐ Kein Schulabschluss
- ☐ Volksschulabschluss/Hauptschulabschluss, Sekundarschule/Oberschule (Schweiz)
- ☐ Lehrabschluss, mindestens zweijährige Ausbildung, mittlere Reife, Abschluss einer Berufs-, Fach-, oder Handelsschule/berufsbildende mittlere Schule (Schweiz)
- ☐ Fachhochschulreife, Matura/Abitur, Hochschulreife, eidgenössischer Fachausweis/Diplom (Schweiz)
- ☐ Fachhochschulabschluss, höherer Fachschulabschluss, Bachelor, Akademie, Konservatorium, Kunstgewerbeschule, Technikum (Schweiz)
- ☐ Universitätsabschluss (Master, Diplom, etc.), ETH (Schweiz), Doktorat

196) Was beschreibt Ihre derzeitige berufliche Stellung am besten?

- ☐ Vollzeit beschäftigt
- ☐ Teilzeit beschäftigt
- ☐ Selbständig
- ☐ Arbeitslos
- ☐ Student
- ☐ Rentner
- ☐ Längerfristig krankgeschrieben
- ☐ Anderes

350

Und zu guter Letzt...

197) Was ist Ihre Idealvorstellung vom besten Sexleben?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

198) Wer ist der geilste Mann auf der Welt?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Zusatzfragebogen WZB/BZgA

Liebe Befragungsteilnehmer,
vielen Dank dafür, dass Sie an der europäischen Umfrage teilgenommen haben. Wir möchten Sie jetzt bitten, uns noch einige weitere Fragen zu beantworten. Diese knüpfen an die Befragungen „Schwule Männer und AIDS“ an, die seit 1991 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Köln) durchgeführt wurden, zuletzt 2003 und 2007. Dabei werden auch Themen wieder aufgenommen, die im europäischen Teil des Fragebogens schon angesprochen wurden. Die Fragen beziehen sich noch direkter auf Ihre Lebenssituation in Deutschland.

Eingetragene Partnerschaft

199) Im Jahre 2001 ist eine staatlich anerkannte eingetragene Partnerschaft für Schwule und Lesben eingeführt worden. Würden Sie eine solche eingetragene Partnerschaft eingehen?

- ☐ Ja, ich bin eine solche schon eingegangen
- ☐ Ja, möglicherweise mit meinem jetzigen Freund
- ☐ Ja, unter Umständen
- ☐ Nein, wahrscheinlich nicht
- ☐ Nein, auf keinen Fall

Die IWWIT Kampagne

200) Haben Sie die Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU wahrgenommen (oder davon gehört)?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

201) Wo haben Sie die Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU gesehen?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ In der Schwulenpresse
- ☐ Auf der Website von ICH WEISS WAS ICH TU
- ☐ Auf anderen Websites für Schwule
- ☐ Ich habe Werbe-Artikel erhalten
- ☐ Ich habe lediglich davon gehört, aber selber noch nichts direkt gesehen

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 200 „Ja“ war)

202) Haben Sie die Testwochen-Aktion im Herbst 2009 wahrgenommen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, davon habe ich gehört
- ☐ Ja, ich habe mich im Rahmen der Testwochen auf HIV, Syphilis oder Hepatitis testen lassen

Informationen zu HIV/AIDS

203) Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten zum Thema AIDS informiert?

- ☐ Gar nicht
- ☐ Gelegentlich
- ☐ Regelmäßig

204) Woher haben Sie Ihre Informationen zum Thema AIDS bezogen?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ Online-Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT)
- ☐ Online-Info-Angebote der Aidshilfen
- ☐ Online-Info-Angebote der BZgA
- ☐ Online-Beratung der Aidshilfen
- ☐ Sonstige Internet-Quellen
- ☐ Presse (Tages- u. Wochenzeitungen)
- ☐ Fernsehen
- ☐ Radio
- ☐ Schwule Zeitungen
- ☐ Medizinische Fachliteratur, Allgemeinliteratur
- ☐ Informationsmaterial der Aidshilfen
- ☐ Telefonische Beratung
- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Unterricht (an Schulen)
- ☐ Fernseh-, Kino-, Radiospots der BZgA
- ☐ Großflächenplakate der BZgA
- ☐ Informationsmaterial der BZgA
- ☐ Beratung im Gesundheitsamt oder im Krankenhaus
- ☐ Gespräche im Freundeskreis
- ☐ Sonstige Quellen

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 203 „Gelegentlich“ oder „Regelmäßig“ war)

352

205) Warum nicht?

- ☐ Weil zu viel über HIV/AIDS gebracht wird
- ☐ Weil ich es vorziehe, nichts darüber zu wissen
- ☐ Weil ich mich ausreichend informiert fühle

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 203 „Gar nicht“ war)

206) Welches war(en) für Sie die wichtigste(n) Informationsquelle(n) zu AIDS?

Mehrere Angaben möglich.

(Antwortvorgaben wie bei Frage 204; Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 203 „Gelegentlich“ oder „Regelmäßig“ war)

207) Welche Materialien der Deutschen AIDS-Hilfe sind Ihnen bekannt?

- ☐ Plakate
- ☐ Postkarten
- ☐ Faltblätter, Broschüren
- ☐ Anzeigen in der Schwulenpresse
- ☐ Sonstiges
- ☐ Überhaupt nichts

208) Wo haben Sie diese Materialien erhalten bzw. gesehen?

- ☐ In Bars, Cafés, Diskotheken, Saunen
- ☐ Auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen der Aidshilfe-Gruppen
- ☐ Auf öffentlichen Veranstaltungen, an Infoständen anderer Organisationen
- ☐ Bei Gesprächen mit Aidshilfe-Mitarbeitern in der Szene
- ☐ Beim Besuch einer regionalen AIDS- Hilfe
- ☐ Beim Besuch eines Gesundheitsamtes
- ☐ In Kliniken, Apotheken, bei Ärzten
- ☐ Durch Bekannte und Freunde
- ☐ Auf sonstigem Wege

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 207 nicht „Überhaupt nichts“ war)

Noch einmal zu Ihren Sexkontakten in den letzten 12 Monaten

209) Wie viele Ihrer Sexpartner der letzten 12 Monate haben Sie im Internet kennengelernt?

- ☐ Alle
- ☐ Die meisten
- ☐ Mehr als die Hälfte
- ☐ Weniger als die Hälfte
- ☐ Einige
- ☐ Keinen

210) Wann hatten Sie das letzte Mal Sex mit einem Mann, mit dem Sie vorher noch nie Sex hatten?

[Bitte auswählen]
In den letzten 24 Stunden
In den letzten 7 Tagen
In den letzten 4 Wochen
In den letzten 6 Monaten
In den letzten 12 Monaten
In den letzten 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren
Vor mehr als 5 Jahren

211) Haben Sie zur Zeit Kondome zu Hause oder in Ihrer Tasche?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

212) Oft ist die Ansicht zu hören, Kondome seien beim Sex sehr störend: Halten Sie diese Meinung für zutreffend?

- ☐ Trifft völlig zu
- ☐ Trifft nur zum Teil zu
- ☐ Trifft nicht zu
- ☐ Ich finde die Frage schwer zu beantworten

213) Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, dessen Testergebnis Sie nicht kannten?

- ☐ Ja
☐ Nein

214) Wie oft kam dies in den vergangenen zwölf Monaten vor? (Bitte pro Zeile eine Antwort)

	gar nicht	1-2 Mal	3-4 Mal	5-10 Mal	jeden Monat	jede Woche
Mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 213 „Ja“ war)

215) Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Analverkehr ohne Kondom mit einem Sexualpartner, der ein anderes Testergebnis hatte als Sie?

- ☐ Nein
☐ Ja

216) Wie oft kam dies in den vergangenen 12 Monaten vor? (Bitte pro Zeile eine Antwort)

	gar nicht	1-2 Mal	3-4 Mal	5-10 Mal	jeden Monat	jede Woche
Mit Ihrem festen Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit anderen Partnern, die Sie kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit anderen Partnern, die Sie nicht kannten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Frage wurde angezeigt, wenn die Antwort auf Frage 215 „Ja“ war)

Fragen zu Ihrer Person

217) Sind Sie augenblicklich in einer oder mehreren dieser Organisationen und Gruppen aktiv oder Mitglied?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ DGB-Gewerkschaften
- ☐ Politische Parteien
- ☐ Schwulengruppen
- ☐ Aidshilfe
- ☐ Bürgerinitiativen u. Ähnliches
- ☐ Kirchen/Glaubensgemeinschaften
- ☐ In keiner der genannten

218) Wie viel Geld haben Sie monatlich zur Verfügung (Netto-Einkommen)?

- ☐ Unter 400 €
- ☐ 401–600 €
- ☐ 601–1000 €
- ☐ 1001–1500 €
- ☐ 1501–2000 €
- ☐ 2001–3000 €
- ☐ 3001–5000 €
- ☐ Mehr als 5000 €

219) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

- ☐ Die deutsche
- ☐ Eine andere

220) In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

[Bitte auswählen]

221) In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?

[Bitte auswählen]

Und zu allerletzt...

222) Haben Sie sich an einer ähnlichen Internet-Umfrage in Deutschland beteiligt?

Mehrere Angaben möglich.

- ☐ „Schwule Männer und Aids“ der BZgA (M. Bochow 2003)
- ☐ „Schwule Männer und Aids“ der BZgA (M. Bochow 2007)
- ☐ KABA-STI-Studie des Robert-Koch-Instituts (2006)
- ☐ SexCheck von GayRomeo (2006)
- ☐ Andere Befragung für schwule und bisexuelle Männer (hier nicht aufgeführt)
- ☐ Befragung für schwule und bisexuelle Männer, aber ich weiß nicht mehr welche
- ☐ Nein, ich habe bisher an keiner Internet-Umfrage für schwule und bisexuelle Männer teilgenommen

Haben Sie vielen Dank für Ihre Beteiligung an EMIS sowie dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, auch den deutschen Zusatzfragebogen auszufüllen. Bitte klicken Sie jetzt auf Antworten abschicken.

Schwule Männer und HIV/AIDS:

Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010

Seit nunmehr 25 Jahren werden im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Befragungen zur Lebenssituation und zum Schutz- und Risikoverhalten schwuler und bisexueller Männer durchgeführt. Der hiermit vorgelegte Bericht stellt die Ergebnisse der neunten in Deutschland erfolgten umfangreichen Befragung dar, die im Sommer 2010 durchgeführt wurde.

Die Erhebung fand im Rahmen des „European MSM Internet Survey“ (EMIS) statt, einem von der Europäischen Union kofinanzierten Projekts, an dem Regierungs- und akademische Institutionen und Nicht-Regierungsorganisationen aus 38 europäischen Ländern beteiligt waren. Axel J. Schmidt, einer der Ko-Autoren dieses Berichts, war bei der Koordination der 38 teilnehmenden Länder und der Entwicklung des Fragebogens maßgeblich beteiligt.

Der Datensatz der vorliegenden Auswertungen beruht auf über 55.000 im Internet ausgefüllten Fragebögen. Die differenzierten Auswertungen von Bochow, Schmidt, Sekuler und Lenuweit enthalten zahlreiche Empfehlungen für die HIV-/STI-Prävention in Deutschland. Insgesamt kann gezeigt werden, dass das Schutzverhalten über die Jahre auf einem hohen Niveau geblieben ist, und dass schwule und bisexuelle Männer auch nach 30 Jahren HIV/AIDS weiterhin an Informationen und Beratung zu den Übertragungswegen von HIV und anderen sexuell-übertragbaren-Infektionen interessiert sind. Die Autoren zeigen jedoch auch, dass das Ausmaß an erlebter antischwuler Gewalt weiterhin erheblich ist. Sie verweisen darauf, dass „diese bleibende soziale Verwundbarkeit homo- und bisexueller Männer in allen Präventionskampagnen zu HIV/Aids bedacht werden“ sollte.

