

THIS SURVEY HAS CUSTOM CODING. PLEASE CONSULT DEMOGRAPHIX SUPPORT BEFORE MAKING ANY CHANGES

EMIS - Deutsch (EMIS - German language version)

CREATING PDF

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 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.

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 AIDS-Hilfe oder Schwulengruppe.

Wer sind wir?

Wir sind eine internationale Gruppe von Sozialwissenschaftlern/Gesundheitsforschern und Experten aus 31 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 EIN MAL 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.**

[Blank]

(VALIDATED QUESTION)

- Ich habe die obige Information gelesen und verstanden.

[Blank]

(VALIDATED QUESTION)

- Ich bin alt genug, um dort, wo ich lebe, legal Sex zu haben.

Persönliche Angaben

Sind Sie...

(VALIDATED QUESTION)

- 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 auf Sie nicht zutrifft, lassen Sie sie einfach aus und fahren mit der nächsten fort.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'TRANS (MANN ZU FRAU)' OR 'TRANS (FRAU ZU MANN)')

Wie alt sind Sie?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'EIN MANN' OR 'TRANS (MANN ZU FRAU)' OR 'TRANS (FRAU ZU MANN)')

(VALIDATED QUESTION)

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

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?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'EINE FRAU')

- Die Umfrage jetzt verlassen
- Mit der Umfrage fortfahren

[Optional exit page - gender]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '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?' IS 'DIE UMFRAGE JETZT VERLASSEN'

THIS IS AN EXIT PAGE

Danke für Ihr Interesse an EMIS. Die Ergebnisse werden 2011 europaweit verfügbar sein. Sie erhalten mehr Informationen unter www.emis-project.eu.

Wo leben Sie?

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)

In welchem Land leben Sie derzeit?

(VALIDATED QUESTION)

[Bitte auswählen]

Afghanistan
 Ägypten
 Albanien
 Algerien
 Andorra
 Angola
 Antigua und Barbuda
 Äquatorialguinea
 Argentinien
 Armenien
 Aserbaidshon
 Äthiopien
 Australien
 Bahamas
 Bahrain
 Bangladesch
 Barbados
 Belgien
 Belize
 Benin

Bhutan
Bolivien
Bosnien und Herzegowina
Botsuana
Brasilien
Brunei
Bulgarien
Burkina Faso
Burundi
Chile
China
Costa Rica
Dänemark
Deutschland
Dominica (Commonwealth)
Dominikanische Republik
Dschibuti
Ecuador
El Salvador
Elfenbeinküste
Eritrea
Estland
Fidschi-Inseln
Finnland
Frankreich
Französische Überseegebiete und Territorien
Gabun
Gambia
Georgien
Ghana
Grenada
Griechenland
Grönland
Großbritannien, Britische Überseegebiete und Kronbesitztüme
Großbritannien, England
Großbritannien, Nordirland
Großbritannien, Schottland
Großbritannien, Wales
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Guyana
Haiti
Honduras
Indien
Indonesien
Irak
Iran
Irland (Republik)
Island
Israel
Italien
Jamaika
Japan
Jemen
Jordanien
Kambodscha
Kamerun
Kanada
Kap Verde
Kasachstan
Katar
Kenia
Kirgisistan
Kiribati

Kolumbien
Komoren
Kongo - Brazzaville
Kongo - Kinshasa
Korea, Nord
Korea, Süd
Kosovo
Kroatien
Kuba
Kuwait
Laos
Lesotho
Lettland
Libanon
Liberia
Libyen
Lichtenstein
Litauen
Luxemburg
Madagaskar
Malawi
Malaysia
Malediven
Mali
Malta
Marokko
Marshallinseln
Mauretanien
Mauritius
Mazedonien (Ehem. Jugoslawische Republik)
Mexiko
Mikronesien
Moldawien
Monaco
Mongolei
Montenegro
Mosambik
Myanmar
Namibia
Nauru
Nepal
Neuseeland
Nicaragua
Niederlande
Niger
Nigeria
Norwegen
Oman
Österreich
Osttimor
Pakistan
Palästina
Palau
Panama
Papua-Neuguinea
Paraguay
Peru
Philippinen
Polen
Portugal
Puerto Rico
Ruanda
Rumänien
Russland
Sambia

Samoa
San Marino
São Tomé und Príncipe
Saudi-Arabien
Schweden
Schweiz
Senegal
Serbien
Seychellen
Sierra Leone
Simbabwe
Singapur
Slowakei
Slowenien
Solomonen
Somalia
Spanien
Sri Lanka
St. Kitts und Nevis
St. Lucia
St. Vincent und die Grenadinen
Südafrika
Sudan
Surinam
Swasiland
Syrien
Tadschikistan
Taiwan
Tansania
Thailand
Togo
Tonga
Trinidad und Tobago
Tschad
Tschechische Republik
Tunesien
Türkei
Türkische Republik Nordzypern
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
Ukraine
Ungarn
Uruguay
USA
Usbekistan
Vanuatu
Vatikanstadt
Venezuela
Vereinigte Arabische Emirate
Vietnam
Weißrussland
Westsahara
Zentralafrikanische Republik
Zypern

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?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?' IS 'AFGHANISTAN' OR 'ALGERIEN' OR 'ANGOLA' OR 'ANTIGUA UND BARBUDA' OR 'ARGENTINIEN' OR 'AUSTRALIEN' OR 'BAHAMAS' OR 'BAHRAIN' OR 'BANGLADESCH' OR 'BARBADOS' OR 'BELIZE' OR 'BENIN' OR 'BHUTAN' OR 'BOLIVIEN' OR 'BOTSUANA' OR 'BRASILIEN' OR 'BRUNEI' OR 'BURKINA FASO' OR 'BURUNDI' OR 'KAMBODSCHA' OR 'KAMERUN' OR 'KANADA' OR 'KAP VERDE' OR 'ZENTRALAFRIKANISCHE REPUBLIK' OR 'TSCHAD' OR 'CHILE' OR 'CHINA' OR 'KOLUMBIEN' OR 'KOMOREN' OR 'KONGO - KINSHASA' OR 'KONGO - BRAZZAVILLE' OR 'COSTA RICA' OR 'KUBA' OR 'DSCHIBUTI' OR 'DOMINICA (COMMONWEALTH)')

OR 'DOMINIKANISCHE REPUBLIK' OR 'ECUADOR' OR 'ÄGYPTEN' OR 'EL SALVADOR' OR 'ÄQUATORIALGUINEA' OR 'ERITREA' OR 'ÄTHIOPIEN' OR 'FIDSCHI-INSELN' OR 'GABUN' OR 'GAMBIA' OR 'GHANA' OR 'GRENADA' OR 'GUATEMALA' OR 'GUINEA' OR 'GUINEA-BISSAU' OR 'GUYANA' OR 'HAITI' OR 'HONDURAS' OR 'INDIEN' OR 'INDONESIEN' OR 'IRAN' OR 'IRAK' OR 'ISRAEL' OR 'ELFENBEINKÜSTE' OR 'JAMAICA' OR 'JAPAN' OR 'JORDANIEN' OR 'KENIA' OR 'KIRIBATI' OR 'KOREA, NORD' OR 'KOREA, SÜD' OR 'KUWAIT' OR 'KIRGISISTAN' OR 'LAOS' OR 'LIBANON' OR 'LESOTHO' OR 'LIBERIA' OR 'LIBYEN' OR 'MADAGASKAR' OR 'MALAWI' OR 'MALAYSIA' OR 'MALEDIVEN' OR 'MALI' OR 'MARSHALLINSELN' OR 'MAURETANIEN' OR 'MAURITIUS' OR 'MEXIKO' OR 'MIKRONESIEN' OR 'MONGOLEI' OR 'MAROKKO' OR 'MOSAMBIK' OR 'MYANMAR' OR 'NAMIBIA' OR 'NAURU' OR 'NEPAL' OR 'NEUSEELAND' OR 'NICARAGUA' OR 'NIGER' OR 'NIGERIA' OR 'OMAN' OR 'PAKISTAN' OR 'PALAU' OR 'PALÄSTINA' OR 'PANAMA' OR 'PAPUA-NEUGUINEA' OR 'PARAGUAY' OR 'PERU' OR 'PHILIPPINEN' OR 'PUERTO RICO' OR 'KATAR' OR 'RUANDA' OR 'ST. KITTS UND NEVIS' OR 'ST. LUCIA' OR 'ST. VINCENT UND DIE GRENADINEN' OR 'SAMOA' OR 'SÃO TOMÉ UND PRÍNCIPE' OR 'SAUDI-ARABIEN' OR 'SENEGAL' OR 'SEYCHELLEN' OR 'SIERRA LEONE' OR 'SINGAPUR' OR 'SOLOMONEN' OR 'SOMALIA' OR 'SÜDAFRIKA' OR 'SRI LANKA' OR 'SUDAN' OR 'SURINAM' OR 'SWASILAND' OR 'SYRIEN' OR 'TAIWAN' OR 'TADSCHIKISTAN' OR 'TANSANIA' OR 'THAILAND' OR 'OSTTIMOR' OR 'TOGO' OR 'TONGA' OR 'TRINIDAD UND TOBAGO' OR 'TUNESIEN' OR 'TURKMENISTAN' OR 'TUVALU' OR 'UGANDA' OR 'VEREINIGTE ARABISCHE EMIRATE' OR 'USA' OR 'URUGUAY' OR 'USBEKISTAN' OR 'VANUATU' OR 'VENEZUELA' OR 'VIETNAM' OR 'WESTSAHARA' OR 'JEMEN' OR 'SAMBIA' OR 'SIMBABWE')

- Die Umfrage jetzt beenden
 Mit der Umfrage fortfahren

In welchem Verwaltungsbezirk leben Sie gegenwärtig?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?' IS 'ALBANIEN')

[Bitte auswählen]

Berat
 Dibër
 Durrës
 Elbasan
 Fier
 Gjirokastrë
 Korçë
 Kukës
 Lezhë
 Shkodër
 Tirana
 Vlorë

In welcher Provinz wohnen Sie?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?' IS 'ARMENIEN')

[Bitte auswählen]

Aragatsotn
 Ararat
 Armavir
 Gegharkunik
 Kotayk
 Lori
 Shirak
 Syunik
 Tavush
 Vayots Dzor
 Yerevan

Wie lauten die ersten beiden Ziffern Ihrer Postleitzahl?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?' IS 'ÖSTERREICH')

[Bitte auswählen]

10XX
 11XX
 12XX
 13XX
 14XX
 15XX
 20XX
 21XX
 22XX
 23XX
 24XX
 25XX
 26XX
 27XX

BRITISCHE ÜBERSEEGBIETE UND KRONBESITZTÜMER')

[Bitte auswählen]

Anguilla
Bermuda
British Indian Ocean Territory
British Virgin Islands
Cayman Islands
Falkland Islands
Gibraltar
Guernsey and Sark
Isle of Man
Jersey
Montserrat
Pitcairn Island
Saint Helena and Dependencies
South Georgia and South Sandwich Islands
Sovereign Base Areas on Cyprus
Turks and Caicos Islands

Wurden Sie in ** geboren?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

- Nein
 Ja

Ihr Geburtsland

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDEN SIE IN ** GEBOREN?' IS 'NEIN'

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]

Afghanistan
Ägypten
Albanien
Algerien
Andorra
Angola
Antigua und Barbuda
Äquatorialguinea
Argentinien
Armenien
Aserbaidshan
Äthiopien
Australien
Bahamas
Bahrain
Bangladesch
Barbados
Belgien
Belize
Benin
Bhutan
Bolivien
Bosnien und Herzegowina
Botsuana
Brasilien
Brunei
Bulgarien
Burkina Faso
Burundi
Chile

China
Costa Rica
Dänemark
Deutschland
Dominica (Commonwealth)
Dominikanische Republik
Dschibuti
Ecuador
El Salvador
Elfenbeinküste
Eritrea
Estland
Fidschi-Inseln
Finnland
Frankreich
Französische Überseegebiete und Territorien
Gabun
Gambia
Georgien
Ghana
Grenada
Griechenland
Grönland
Großbritannien, Britische Überseegebiete und Kronbesitztüme
Großbritannien, England
Großbritannien, Nordirland
Großbritannien, Schottland
Großbritannien, Wales
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Guyana
Haiti
Honduras
Indien
Indonesien
Irak
Iran
Irland (Republik)
Island
Israel
Italien
Jamaika
Japan
Jemen
Jordanien
Kambodscha
Kamerun
Kanada
Kap Verde
Kasachstan
Katar
Kenia
Kirgisistan
Kiribati
Kolumbien
Komoren
Kongo - Brazzaville
Kongo - Kinshasa
Korea, Nord
Korea, Süd
Kosovo
Kroatien
Kuba
Kuwait

Laos
Lesotho
Lettland
Libanon
Liberia
Libyen
Lichtenstein
Litauen
Luxemburg
Madagaskar
Malawi
Malaysia
Malediven
Mali
Malta
Marokko
Marshallinseln
Mauretanien
Mauritius
Mazedonien (Ehem. Jugoslawische Republik)
Mexiko
Mikronesien
Moldawien
Monaco
Mongolei
Montenegro
Mosambik
Myanmar
Namibia
Nauru
Nepal
Neuseeland
Nicaragua
Niederlande
Niger
Nigeria
Norwegen
Oman
Österreich
Osttimor
Pakistan
Palästina
Palau
Panama
Papua-Neuguinea
Paraguay
Peru
Philippinen
Polen
Portugal
Puerto Rico
Ruanda
Rumänien
Russland
Sambia
Samoa
San Marino
São Tomé und Príncipe
Saudi-Arabien
Schweden
Schweiz
Senegal
Serbien
Seychellen
Sierra Leone

Simbabwe
Singapur
Slowakei
Slowenien
Solomonen
Somalia
Spanien
Sri Lanka
St. Kitts und Nevis
St. Lucia
St. Vincent und die Grenadinen
Südafrika
Sudan
Surinam
Swasiland
Syrien
Tadschikistan
Taiwan
Tansania
Thailand
Togo
Tonga
Trinidad und Tobago
Tschad
Tschechische Republik
Tunesien
Türkei
Türkische Republik Nordzypern
Turkmenistan
Tuvalu
Uganda
Ukraine
Ungarn
Uruguay
USA
Usbekistan
Vanuatu
Vatikanstadt
Venezuela
Vereinigte Arabische Emirate
Vietnam
Weißrussland
Westsahara
Zentralafrikanische Republik
Zypern

Wie viele Jahre leben Sie schon in **?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

[Bitte auswählen]

Less than 1 year

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14

15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79

80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110

[Exit page countries]

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '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?' IS 'DIE UMFRAGE JETZT BEENDEN' THIS IS AN EXIT PAGE

Danke für Ihr Interesse an EMIS. Die Ergebnisse werden 2011 europaweit verfügbar sein. Sie erhalten mehr Informationen unter www.emis-project.eu.

Über Ihre Sexualität

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

Welche der folgenden Bezeichnungen beschreibt am besten, wie Sie sich selbst definieren?

- Schwul oder Homosexuell
- Bisexuell
- Heterosexuell
- Andere Bezeichnung
- Für gewöhnlich benutze ich keine Bezeichnung

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?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'ZU WEM FÜHLEN SIE SICH SEXUELL HINGEZOGEN?' IS 'AUSSCHLIESSLICH ZU MÄNNERN' OR 'ÜBERWIEGEND ZU MÄNNERN UND MANCHMAL ZU FRAUEN' OR 'ZU MÄNNERN UND FRAUEN GLEICHERMASSEN' OR 'ÜBERWIEGEND ZU FRAUEN UND MANCHMAL ZU MÄNNERN')

- Alle oder fast alle
 Mehr als die Hälfte
 Weniger als die Hälfte
 Wenige
 Niemand

Zu Ihrem Sexleben

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"/> |

Sind Sie mit Ihrem Sexleben zufrieden?

- Nein
 Ja

Warum sind Sie mit Ihrem Sexleben nicht zufrieden?

Mehrere Angaben möglich.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE MIT IHREM SEXLEBEN ZUFRIEDEN?' IS 'NEIN')
(ANSWER ROTATION)

- 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 möchte eine feste Beziehung mit jemandem.
 Ich habe Probleme in meiner festen Beziehung.
 Ich bin in sexueller Hinsicht nicht so selbstsicher, wie ich es gerne wäre.
 Ich habe Angst, andere mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren.
 Ich habe Angst, mich mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten zu infizieren.
 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

Welchen anderen Grund haben Sie, mit Ihrem Sexleben unzufrieden zu sein?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WARUM SIND SIE MIT IHREM SEXLEBEN NICHT ZUFRIEDEN?' MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'ANDERER GRUND')

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Treffpunkte, die Sie besuchen

Wann haben Sie das letzte Mal einen der folgenden Treffpunkte in ** besucht?

Bitte teilen Sie uns mit, wann dies das letzte Mal geschehen ist, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte oder wenn Sie dort aus beruflichen Gründen waren.

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

Wann haben Sie das letzte Mal **ein Schwulenzentrum, eine Schwulenorganisation oder eine Schwulengruppe** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal **ein schwules Cafe oder eine schwule Bar** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal **eine schwule Disko oder einen schwulen Club** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal **einen Darkroom, einen schwulen Sex-Club oder eine öffentliche schwule Sex-Party** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal **eine private schwule Sex-Party** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

[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

Wann haben Sie das letzte Mal eine **Schwulensauna** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

[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

Wann haben Sie das letzte Mal ein **Pornokino** in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Cruising-Orte** (einschlägige Plätze um Sexpartner zu finden wie Autobahnraststätten, Parks, Toiletten/Klappen etc.) in ** besucht?

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

[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

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?

[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

Über Ihre Beziehungen und Freundschaften

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

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.)

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'LEBEN SIE DERZEIT IN EINER FESTEN BEZIEHUNG? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'JA, MIT EINEM MANN' OR 'JA, MIT MEHREREN MÄNNERN')

[Bitte auswählen]

Weniger als 1 Jahr

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Mehr als 25 Jahre

Haben Sie und Ihr **fester Freund** das gleiche HIV-Testergebnis (den gleichen HIV-Status)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'LEBEN SIE DERZEIT IN EINER FESTEN BEZIEHUNG? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'JA, MIT EINEM MANN' OR 'JA, MIT MEHREREN MÄNNERN')

- 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.

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.)

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'LEBEN SIE DERZEIT IN EINER FESTEN BEZIEHUNG? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'JA, MIT EINER FRAU' OR 'JA, MIT MEHREREN FRAUEN')

[Bitte auswählen]

Weniger als 1 Jahr

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25

Mehr als 25 Jahre

Haben Sie und Ihre **Partnerin** das gleiche HIV-Testergebnis (den gleichen HIV-Status)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'LEBEN SIE DERZEIT IN EINER FESTEN BEZIEHUNG? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'JA, MIT EINER FRAU' OR 'JA, MIT MEHREREN FRAUEN')

- 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.

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

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

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.
- Ich weiß, wo ich hingehen muss,
um neue Freunde zu finden.
-

Was wissen Sie über HIV, den HIV-Test und die Behandlung von HIV?

Die folgenden sieben Aussagen sind zutreffend. **Haben Sie das bereits gewusst?**

AIDS wird durch ein Virus verursacht, das 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.

Wenn jemand mit HIV infiziert wird, kann es mehrere Wochen dauern, bis man es in einem Test nachweisen kann.

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 wirksame Behandlung einer HIV-Infektion reduziert das Risiko einer HIV-Übertragung.

[Bitte auswählen]

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

Bereitschaft, sich auf HIV testen zu lassen

Was meinen 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)

Wurden Sie jemals zu einem HIV-Test gezwungen oder gegen Ihren Willen dazu überredet?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

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

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, ICH WURDE POSITIV GETESTET (ICH HABE EINE HIV-INFEKTION)'

In welchem Jahr wurde bei Ihnen zum ersten Mal HIV diagnostiziert?

[Bitte auswählen]

1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010

War das innerhalb der letzten 12 Monate?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM JAHR WURDE BEI IHNEN ZUM ERSTEN MAL HIV DIAGNOSTIZIERT?' IS '2009')

- Nein
 Ja

Als bei Ihnen zum ersten Mal HIV diagnostiziert wurde, wie hoch war da Ihre CD4-Helferzahl?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM JAHR WURDE BEI IHNEN ZUM ERSTEN MAL HIV DIAGNOSTIZIERT?' IS '2001' OR '2002' OR '2003' OR '2004' OR '2005' OR '2006' OR '2007' OR '2008' OR '2009' OR '2010')

- Weniger als 200 Zellen/ μ l
 200-349 Zellen/ μ l
 350-500 Zellen/ μ l
 Mehr als 500 Zellen/ μ l
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Wo wurde bei Ihnen HIV diagnostiziert?

- Beim Allgemeinmediziner/Hausarzt
 Bei einem (anderen) niedergelassenen Arzt
 Während eines ambulanten Besuchs eines Krankenhauses
 Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus
 In einer anderen Einrichtung für HIV-Tests (z.B. Gesundheitsamt, AIDS-Hilfe, Checkpoint)

- Beim Blutspenden
- Ich habe einen Selbsttest benutzt
- In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna
- Mobile Teststelle
- Woanders

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

Haben Sie **tatsächlich** über den Sex gesprochen, den Sie haben?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'ALS SIE SICH DAS LETZTE MAL AUF HIV TESTEN LIESSEN, WAR ES IHNEN MÖGLICH, ÜBER DEN SEX ZU SPRECHEN, DEN SIE HABEN?' IS 'JA')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht

Haben Sie auch darüber gesprochen, dass Sie Sex **mit Männern** haben?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE TATSÄCHLICH ÜBER DEN SEX GESPROCHEN, DEN SIE HABEN?' IS 'JA')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht

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 darüber nicht nachgedacht

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 darüber nicht nachgedacht

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 darüber nicht nachgedacht

Verlaufskontrolle Ihrer HIV-Infektion

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, ICH WURDE POSITIV GETESTET (ICH HABE EINE HIV-INFektion)'

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

Haben Sie jemals eine gegen HIV gerichtete antiretrovirale Behandlung (ART, HAART, Kombinationstherapie) bekommen?

- Nein
 Ja

Warum nicht?

Mehrere Angaben möglich.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EINE GEGEN HIV GERICHTETE ANTIRETROVIRALE BEHANDLUNG (ART, HAART, KOMBINATIONSTHERAPIE) BEKOMMEN?' IS 'NEIN')

(ANSWER ROTATION)

- 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
- Ich kann mir die Kosten einer Behandlung nicht leisten
- Anderer Grund

Warum haben Sie nie eine antiretrovirale Behandlung bekommen?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WARUM NICHT? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'ANDERER GRUND')

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Erhalten Sie derzeit eine antiretrovirale Behandlung?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EINE GEGEN HIV GERICHTETE ANTIRETROVIRALE BEHANDLUNG (ART, HAART, KOMBINATIONSTHERAPIE) BEKOMMEN?' IS 'JA')

- Nein
 Ja

Warum haben Sie mit der antiretroviralen Behandlung aufgehört?

Mehrere Angaben möglich.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'ERHALTEN SIE DERZEIT EINE ANTIRETROVIRALE BEHANDLUNG?' IS 'NEIN')

(ANSWER ROTATION)

- 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
- Ich kann mir die Kosten einer Behandlung nicht leisten
- Anderer Grund

Warum haben Sie mit der antiretroviralen Behandlung aufgehört?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WARUM HABEN SIE MIT DER ANTIRETROVIRALEN BEHANDLUNG AUFGEHÖRT? MEHRERE ANGABEN MÖGLICH.' IS 'ANDERER GRUND')

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Was war das Ergebnis der Viruslastbestimmung bei Ihrer letzten Kontrolluntersuchung?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '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.' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 5 JAHREN' OR 'VOR MEHR ALS 5 JAHREN')

- 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

Negatives Testergebnis

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, MEIN LETZTER TEST FIEL NEGATIV AUS (ZUM TESTZEITPUNKT HATTE ICH KEINE HIV-INFEKTION)'

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

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
- Während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus
- In einer anderen Einrichtung für HIV-Tests (z.B. Gesundheitsamt, AIDS-Hilfe, Checkpoint)
- Beim Blutspenden
- Ich habe einen Selbsttest benutzt
- In einer Bar/Kneipe, in einem Club oder einer Sauna
- Mobile Teststelle
- Woanders

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

Haben Sie **tatsächlich** über den Sex gesprochen, den Sie haben?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'ALS SIE SICH DAS LETZTE MAL AUF HIV TESTEN LIESSEN, WAR ES IHNEN MÖGLICH, ÜBER DEN SEX ZU SPRECHEN, DEN SIE HABEN?' IS 'JA')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht

Haben Sie auch darüber gesprochen, dass Sie Sex **mit Männern** haben?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE TATSÄCHLICH ÜBER DEN SEX GESPROCHEN, DEN SIE HABEN?' IS 'JA')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht

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 darüber nicht nachgedacht

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 darüber nicht nachgedacht

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 darüber nicht nachgedacht

Zu den Möglichkeiten, sich auf HIV testen zu lassen

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'NEIN, ICH HABE NOCH NIE EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN' OR 'JA, MEIN LETZTER TEST FIEL NEGATIV AUS (ZUM TESTZEITPUNKT HATTE ICH KEINE HIV-INFREKTION)'

Wenn Sie sich auf HIV testen lassen wollten, wie sicher sind Sie, dass Sie einen Test bekommen?
(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'NEIN, ICH HABE NOCH NIE EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN')

- Sehr sicher
- Ziemlich sicher
- Weniger sicher
- Überhaupt nicht sicher
- Ich weiß nicht

Wenn Sie sich erneut auf HIV testen lassen wollten, wie sicher sind Sie, dass Sie einen Test bekommen?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, MEIN LETZTER TEST FIEL NEGATIV AUS (ZUM TESTZEITPUNKT HATTE ICH KEINE HIV-INFREKTION)')

- Sehr sicher
- Ziemlich sicher
- Weniger sicher
- Überhaupt nicht sicher
- Ich weiß nicht

Können Sie dort, wo Sie leben, einen kostenlosen HIV-Test erhalten?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Könnten Sie sich es leisten, für einen HIV-Test zu bezahlen?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'KÖNNEN SIE DORT, WO SIE LEBEN, EINEN KOSTENLOSEN HIV-TEST ERHALTEN?' IS 'NEIN' OR 'ICH WEISS NICHT')

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Zu den Möglichkeiten, sich auf Geschlechtskrankheiten testen zu lassen

Wie sicher sind Sie, dass Sie eine Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen) bekommen, wenn Sie sie benötigen?

- Sehr sicher
- Ziemlich sicher
- Weniger sicher
- Überhaupt nicht sicher
- Ich weiß nicht

Haben Sie Zugang zu kostenlosen Untersuchungen auf andere Geschlechtskrankheiten (sexuell übertragbare Infektionen, ausgenommen HIV), dort wo Sie gegenwärtig leben?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Könnten Sie sich es leisten, für Untersuchungen auf Geschlechtskrankheiten zu bezahlen?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE ZUGANG ZU KOSTENLOSEN UNTERSUCHUNGEN AUF ANDERE GESCHLECHTSKRANKHEITEN (SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN, AUSGENOMMEN HIV), DORT WO SIE GEGENWÄRTIG LEBEN?' IS 'NEIN' OR 'ICH WEISS NICHT')

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

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

Sind Sie beschnitten?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'EIN MANN')

- Nein
- Ja, vor meinem 18. Lebensjahr
- Ja, mit 18 oder später
- Ich weiß nicht

Sind Sie beschnitten?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'TRANS (MANN ZU FRAU)')

- Nein, ich bin nicht beschnitten
- Ja, ich bin beschnitten
- Ich hatte eine operative Geschlechtsangleichung
- Ich weiß nicht

Untersuchungen auf andere Geschlechtskrankheiten (sexuell

übertragbare Infektionen)

Sind Sie jemals auf andere sexuell übertragbare Infektionen als HIV untersucht worden?

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

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.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE JEMALS AUF ANDERE SEXUELL ÜBERTRAGBARE INFEKTIONEN ALS HIV UNTERSUCHT WORDEN?' IS 'JA')

- [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

Hatten Sie zu diesem Zeitpunkt irgendwelche Symptome?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '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.' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Untersuchungen auf andere sexuell übertragbare Infektionen

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '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.' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

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

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

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen Ihr **Penis untersucht**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'EIN MANN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen Ihr **Penis untersucht**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE BESCHNITTEN?' IS 'NEIN, ICH BIN NICHT BESCHNITTEN' OR 'JA, ICH BIN BESCHNITTEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen etwas in Ihre Penisöffnung eingeführt (**Harnröhrentupfer/-abstrich**)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE... ' IS 'EIN MANN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen etwas in Ihre Penisöffnung eingeführt (**Harnröhrentupfer/-abstrich**)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'SIND SIE BESCHNITTEN?' IS 'NEIN, ICH BIN NICHT BESCHNITTEN' OR 'JA, ICH BIN BESCHNITTEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Wurde in den letzten 12 Monaten als Teil einer Untersuchung auf andere sexuell übertragbare Infektionen Ihr **Anus untersucht**?

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

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

Wurde bei Ihnen jemals eine **Syphilis** diagnostiziert?

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine **Syphilis** diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDE BEI IHNEN JEMALS EINE SYPHILIS DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

- [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

Wurde bei Ihnen jemals eine **Gonorrhö** (Tripper) diagnostiziert?

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine **Gonorrhö** (Tripper) diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDE BEI IHNEN JEMALS EINE GONORRHÖ (TRIPPER) DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

[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

Wurden bei Ihnen jemals **Chlamydien** diagnostiziert?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Wann wurden bei Ihnen zuletzt **Chlamydien** diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDEN BEI IHNEN JEMALS CHLAMYDIEN DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

[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

Wurden bei Ihnen jemals **Anal- oder Genitalwarzen** (Feigwarzen) diagnostiziert?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Wann wurden bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL **Anal- oder Genitalwarzen** (Feigwarzen) diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDEN BEI IHNEN JEMALS ANAL- ODER GENITALWARZEN (FEIGWARZEN) DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

[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

Wurde bei Ihnen jemals **Anal- oder Genitalherpes** diagnostiziert?

- Nein
- Ja
- Ich weiß nicht

Wann wurde bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL **Anal- oder Genitalherpes** diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDE BEI IHNEN JEMALS ANAL- ODER GENITALHERPES DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

[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

Wurde bei Ihnen jemals **Hepatitis C** diagnostiziert?

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

Wann wurde bei Ihnen ZUM ERSTEN MAL **Hepatitis C** diagnostiziert?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDE BEI IHNEN JEMALS HEPATITIS C DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

- [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

Was ist Ihr gegenwärtiger **Hepatitis C-Status**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WURDE BEI IHNEN JEMALS HEPATITIS C DIAGNOSTIZIERT?' IS 'JA')

- [Bitte auswählen]
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

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.

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

Wann haben Sie das letzte Mal Informationen über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen in einer **Zeitschrift oder Zeitung** gesehen?

- [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

Wann haben Sie das letzte Mal aktiv nach Informationen zu HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen im **Internet** gesucht?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal eine **Telefonberatung** angerufen, um sich über HIV oder andere sexuell übertragbare Infektionen zu informieren?

[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

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.

Wann hatten Sie das **letzte Mal Sex mit einem Mann** (nicht nur Analverkehr, sondern jegliche Art von sexuellen Kontakten)?

[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

Wie alt waren Sie als Sie **zum ersten Mal** Sex mit einem Mann/Jungen hatten (oder ein Mann/Junge Sex mit Ihnen hatte)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEGLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 5 JAHREN' OR 'VOR MEHR ALS 5 JAHREN')

[Bitte auswählen]
Ich erinnere mich nicht
Jünger als 13 Jahre
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
Älter als 30 Jahre

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).

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEDGLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 5 JAHREN' OR 'VOR MEHR ALS 5 JAHREN')

Hatten Sie **jemals** Analverkehr mit einem Mann (egal ob aktiv oder passiv), egal ob mit oder ohne Kondom?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEDGLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 5 JAHREN' OR 'VOR MEHR ALS 5 JAHREN')

- Nein
 Ja

Wie alt waren Sie, als Sie zum **ersten Mal** Analverkehr mit einem Mann/Jungen hatten?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE JEMALS ANALVERKEHR MIT EINEM MANN (EGAL OB AKTIV ODER PASSIV), EGAL OB MIT ODER OHNE KONDOM?' IS 'JA')

[Bitte auswählen]
Ich erinnere mich nicht
Jünger als 13 Jahre
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
Älter als 30 Jahre

Wann hatten Sie **das letzte Mal** Analverkehr mit einem Mann, egal ob mit oder ohne Kondom?
(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE JEMALS ANALVERKEHR MIT EINEM MANN (EGAL OB AKTIV ODER PASSIV), EGAL OB MIT ODER OHNE KONDOM?' IS 'JA')

- [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

War dieser letzte Analverkehr **ungeschützt** (ohne Kondom)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE JEMALS ANALVERKEHR MIT EINEM MANN (EGAL OB AKTIV ODER PASSIV), EGAL OB MIT ODER OHNE KONDOM?' IS 'JA')

- Nein
- Ja

Wann hatten Sie **das letzte Mal ungeschützten Analverkehr** mit einem Mann (das heißt ohne Kondom)?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WAR DIESER LETZTE ANALVERKEHR UNGESCHÜTZT (OHNE KONDOM)?' IS 'NEIN')

- [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

Zum Sex mit (dem) festen männlichen Partner(n)

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEDLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN'

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).

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit Ihrem **festen Partner**?

- Nein
- Ja

Mit wie vielen verschiedenen **festen männlichen Partnern** hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT IHREM FESTEN PARTNER?' IS 'JA')

- [Bitte auswählen]
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10 oder mehr

Mit wie vielen festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Analverkehr**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '

HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT IHREM FESTEN PARTNER?' IS 'JA')

[Bitte auswählen]

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 oder mehr

Mit wie vielen festen männlichen Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Analverkehr ohne Kondom**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'MIT WIE VIELEN FESTEN MÄNNLICHEN PARTNERN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR?' IS '1' OR '2' OR '3' OR '4' OR '5' OR '6' OR '7' OR '8' OR '9' OR '10 ODER MEHR')

[Bitte auswählen]

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 oder mehr

Zum Analverkehr mit (dem) festen männlichen Partner(n)

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'MIT WIE VIELEN FESTEN MÄNNLICHEN PARTNERN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR?' IS '1' OR '2' OR '3' OR '4' OR '5' OR '6' OR '7' OR '8' OR '9' OR '10 ODER MEHR'

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.

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

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Kondome beim Analverkehr mit Ihrem **festen männlichen Partner** benutzt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION '

WIE OFT HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR MIT IHREM FESTEN MÄNNLICHEN PARTNER?' IS '1-2 MAL' OR '3-10 MAL' OR '11-50 MAL' OR 'MEHR ALS 50 MAL')

- Gar nicht
- Selten
- Manchmal
- Meistens
- Immer

Als Sie das **letzte Mal** mit Ihrem **festen männlichen Partner** Analverkehr hatten, haben Sie da ein Kondom benutzt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WIE OFT HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN KONDOMS BEIM ANALVERKEHR MIT IHREM FESTEN MÄNNLICHEN PARTNER BENUTZT?' IS 'SELTEN' OR 'MANCHMAL' OR 'MEISTENS')

- Nein
 Ja

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 HIV-Status haben oder nicht.

Zum Sex mit anderen (männlichen) Partnern

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEGLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN'

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").

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex mit einem **anderen (männlichen) Partner**?

- Nein
 Ja

Mit wie vielen unterschiedlichen **anderen (männlichen) Partnern** hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA')

[Bitte auswählen]

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

Mit wie vielen anderen (männlichen) Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Analverkehr**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA')

[Bitte auswählen]

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

Mit wie vielen anderen (männlichen) Partnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Analverkehr ohne Kondom?**

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'MIT WIE VIELEN ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNERN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR?' IS '1' OR '2' OR '3' OR '4' OR '5' OR '6' OR '7' OR '8' OR '9' OR '10' OR '11-20' OR '21-30' OR '31-40' OR '41-50' OR 'MEHR ALS 50')

[Bitte auswählen]

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11-20
21-30
31-40
41-50
Mehr als 50

Zum Sex mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA'

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.

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

Wann haben Sie das letzte Mal einem Sexpartner einen geblasen?

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal von einem Sexpartner einen geblasen bekommen?

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal den Anus eines Sexpartners geleckt?

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann hat das letzte Mal ein Sexpartner Ihren Anus geleckt?

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann haben Sie das letzte Mal einen Sexpartner gefickt, egal ob mit oder ohne Kondom?

| |
|---------------------------|
| [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 |

Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Sexpartner gefickt, egal ob mit oder ohne Kondom?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal einen Sexpartner mit der Faust gefickt ("gefistet")?

[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

Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Sexpartner mit der Faust gefickt ("gefistet")?

[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

Zum Analverkehr mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA'

Noch einmal zum Check: hatten Sie in den **letzten 12 Monaten Analverkehr** mit einem **anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner**?

- Nein
- Ja

Mit **wie vielen** anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartnern hatten Sie in den letzten 12 Monaten **Analverkehr**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'NOCH EINMAL ZUM CHECK: HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR MIT EINEM ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN SEXPARTNER?' IS 'JA')

- Mit keinem
- Mit einigen
- Mit ca. der Hälfte
- Mit den meisten
- Mit allen

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Analverkehr mit anderen (nicht-festen) männlichen Partnern **Kondome** benutzt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'MIT WIE VIELEN ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN SEXPARTNERN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR?' IS 'MIT EINIGEN' OR 'MIT CA. DER HÄLFTE' OR 'MIT DEN MEISTEN' OR 'MIT ALLEN')

- Gar nicht
- Selten
- Manchmal

- Meistens
 Immer

Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, **von dem Sie wussten, dass er HIV-positiv war?**

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WIE OFT HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BEIM ANALVERKEHR MIT ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN PARTNERN KONDOME BENUTZT?' IS 'GAR NICHT' OR 'SELTEN' OR 'MANCHMAL' OR 'MEISTENS')

- Nein
 Ja

Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, **von dem Sie wussten, dass er HIV-negativ war?**

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WIE OFT HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BEIM ANALVERKEHR MIT ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN PARTNERN KONDOME BENUTZT?' IS 'GAR NICHT' OR 'SELTEN' OR 'MANCHMAL' OR 'MEISTENS')

- Nein
 Ja

Hatten Sie ungeschützten Analverkehr mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexualpartner, **dessen HIV-Status Sie nicht kannten oder dessen HIV-Status Sie nicht interessiert hat?**

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WIE OFT HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN BEIM ANALVERKEHR MIT ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN PARTNERN KONDOME BENUTZT?' IS 'GAR NICHT' OR 'SELTEN' OR 'MANCHMAL' OR 'MEISTENS')

- Nein
 Ja

Zu Ihrem letzten anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA'

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).

Wo haben Sie ihn **kennengelernt**?

- Im Schwulenzentrum, in einer Schwulenorganisation oder einer Schwulengruppe
 In einem schwulen Cafe 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

Hatten Sie bereits zuvor Sex mit ihm (bei einer anderen Gelegenheit)?

- Nein
 Ja, ein Mal
 Ja, mehrere Male

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

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

Wie kamen Sie zu der Annahme?

Bitte lesen Sie die Antwortvorgaben und wählen Sie die Antwort aus, die am besten zutrifft.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WAS WUSSTEN ODER DACHTEN SIE ÜBER SEIN HIV-TESTERGEBNIS (SEINEN HIV-STATUS), BEVOR SIE SEX MIT IHM HATTEN?' IS 'ICH WUSSTE ODER DACHTE, ER WAR HIV-NEGATIV' OR 'ICH WUSSTE ODER DACHTE, ER WAR HIV-POSITIV')

(ANSWER ROTATION)

- Er hat es mir vor einiger Zeit erzählt/Ich wusste es schon seit einer Weile
- Er hat es mir vor dem Sex/beim Sex erzählt
- Ich wusste es aus seinem Internetprofil
- 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

Zum Sex, den Sie mit Ihrem letzten (männlichen) Sexpartner hatten

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN SEX MIT EINEM ANDEREN (MÄNNLICHEN) PARTNER?' IS 'JA'

Denken Sie bitte noch einmal an **das letzte Mal**, als Sie Sex mit einem anderen (nicht-festen) männlichen Sexpartner hatten.

Hatten Sie bei dieser Gelegenheit Analverkehr?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'NOCH EINMAL ZUM CHECK: HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ANALVERKEHR MIT EINEM ANDEREN (NICHT-FESTEN) MÄNNLICHEN SEXPARTNER?' IS 'JA')

- Nein
- Ja, er hat mich gefickt
- Ja, ich habe ihn gefickt
- Ja, wir haben uns gegenseitig gefickt

Hat er ein **Kondom benutzt**, als er Sie gefickt hat?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE BEI DIESER GELEGENHEIT ANALVERKEHR?' IS 'JA, ER HAT MICH GEFICKT' OR 'JA, WIR HABEN UNS GEGENSEITIG GEFICKT')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Hat **er** bei diesem Sexkontakt in Ihren Arsch abgespritzt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HAT ER EIN KONDOM BENUTZT, ALS ER SIE GEFICKT HAT?' IS 'NEIN' OR 'ICH ERINNERE MICH NICHT / ICH WEISS NICHT')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Haben **Sie** ein Kondom benutzt als Sie ihn gefickt haben?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE BEI DIESER GELEGENHEIT ANALVERKEHR?' IS 'JA, ICH HABE IHN GEFICKT' OR 'JA, WIR HABEN UNS GEGENSEITIG GEFICKT')

- Nein
- Ja
- Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Haben **Sie** bei diesem Sexkontakt in seinen Arsch abgespritzt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE EIN KONDOM BENUTZT ALS SIE IHN GEFICKT HABEN?' IS 'NEIN' OR 'ICH ERINNERE MICH NICHT / ICH WEISS NICHT')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Hat **er** bei diesem Sexkontakt in **Ihren** Mund abgespritzt?

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Haben **Sie** bei diesem Sexkontakt in **seinem** Mund abgespritzt?

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Haben **Sie** bei diesem Sexkontakt Poppers benutzt?

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

Hat **er** bei diesem Sexkontakt Poppers benutzt?

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht / Ich weiß nicht

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)
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 (am besten)

Sex für Geld mit Männern

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEDLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN'

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten **einen Mann für Sex bezahlt?** (in **)

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

- Gar nicht
 1-2 Mal
 3-10 Mal
 11-50 Mal
 Mehr als 50 Mal

Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten **von einem Mann für Sex bezahlt?** (in **)

(** IN QUESTION IS REPLACED WITH ANSWER TO QUESTION 'IN WELCHEM LAND LEBEN SIE DERZEIT?')

- Gar nicht
 1-2 Mal

- 3-10 Mal
 11-50 Mal
 Mehr als 50 Mal

Sex mit Männern in anderen Ländern

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINEM MANN (NICHT NUR ANALVERKEHR, SONDERN JEGLICHE ART VON SEXUELLEN KONTAKTEN)?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 5 JAHREN' OR 'VOR MEHR ALS 5 JAHREN'

Wann hatten Sie das letzte Mal **im Ausland** Sex mit einem (männlichen) Sexpartner?
(Wir meinen hier keine Sexpartner, die im selben Land leben wie sie selbst).

- [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

In welchem Land war das?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL IM AUSLAND SEX MIT EINEM (MÄNNLICHEN) SEXPARTNER?' (WIR MEINEN HIER KEINE SEXPARTNER, DIE IM SELBEN LAND LEBEN WIE SIE SELBST). IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- [Bitte auswählen]
- Afghanistan
 - Ägypten
 - Albanien
 - Algerien
 - Andorra
 - Angola
 - Antigua und Barbuda
 - Äquatorialguinea
 - Argentinien
 - Armenien
 - Aserbaidshjan
 - Äthiopien
 - Australien
 - Bahamas
 - Bahrain
 - Bangladesch
 - Barbados
 - Belgien
 - Belize
 - Benin
 - Bhutan
 - Bolivien
 - Bosnien und Herzegowina
 - Botsuana
 - Brasilien
 - Brunei
 - Bulgarien
 - Burkina Faso
 - Burundi
 - Chile
 - China
 - Costa Rica
 - Dänemark
 - Deutschland

Dominica (Commonwealth)
Dominikanische Republik
Dschibuti
Ecuador
El Salvador
Elfenbeinküste
Eritrea
Estland
Fidschi-Inseln
Finnland
Frankreich
Französische Überseegebiete und Territorien
Gabun
Gambia
Georgien
Ghana
Grenada
Griechenland
Grönland
Großbritannien, Britische Überseegebiete und Kronbesitztüme
Großbritannien, England
Großbritannien, Nordirland
Großbritannien, Schottland
Großbritannien, Wales
Guatemala
Guinea
Guinea-Bissau
Guyana
Haiti
Honduras
Indien
Indonesien
Irak
Iran
Irland (Republik)
Island
Israel
Italien
Jamaika
Japan
Jemen
Jordanien
Kambodscha
Kamerun
Kanada
Kap Verde
Kasachstan
Katar
Kenia
Kirgisistan
Kiribati
Kolumbien
Komoren
Kongo - Brazzaville
Kongo - Kinshasa
Korea, Nord
Korea, Süd
Kosovo
Kroatien
Kuba
Kuwait
Laos
Lesotho
Lettland
Libanon

Liberia
Libyen
Lichtenstein
Litauen
Luxemburg
Madagaskar
Malawi
Malaysia
Malediven
Mali
Malta
Marokko
Marshallinseln
Mauretanien
Mauritius
Mazedonien (Ehem. Jugoslawische Republik)
Mexiko
Mikronesien
Moldawien
Monaco
Mongolei
Montenegro
Mosambik
Myanmar
Namibia
Nauru
Nepal
Neuseeland
Nicaragua
Niederlande
Niger
Nigeria
Norwegen
Oman
Österreich
Osttimor
Pakistan
Palästina
Palau
Panama
Papua-Neuguinea
Paraguay
Peru
Philippinen
Polen
Portugal
Puerto Rico
Ruanda
Rumänien
Russland
Sambia
Samoa
San Marino
São Tomé und Príncipe
Saudi-Arabien
Schweden
Schweiz
Senegal
Serbien
Seychellen
Sierra Leone
Simbabwe
Singapur
Slowakei
Slowenien

Solomonen
 Somalia
 Spanien
 Sri Lanka
 St. Kitts und Nevis
 St. Lucia
 St. Vincent und die Grenadinen
 Südafrika
 Sudan
 Surinam
 Swasiland
 Syrien
 Tadschikistan
 Taiwan
 Tansania
 Thailand
 Togo
 Tonga
 Trinidad und Tobago
 Tschad
 Tschechische Republik
 Tunesien
 Türkei
 Türkische Republik Nordzypern
 Turkmenistan
 Tuvalu
 Uganda
 Ukraine
 Ungarn
 Uruguay
 USA
 Usbekistan
 Vanuatu
 Vatikanstadt
 Venezuela
 Vereinigte Arabische Emirate
 Vietnam
 Weißrussland
 Westsahara
 Zentralafrikanische Republik
 Zypern

Wo haben Sie ihn kennengelernt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL IM AUSLAND SEX MIT EINEM (MÄNNLICHEN) SEXPARTNER?' (WIR MEINEN HIER KEINE SEXPARTNER, DIE IM SELBEN LAND LEBEN WIE SIE SELBST).' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- Im Schwulenzentrum, in einer Schwulenorganisation oder einer Schwulengruppe
- In einem schwulen Cafe 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

Haben Sie ihn bei dieser Gelegenheit für Sex bezahlt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL IM AUSLAND SEX MIT EINEM (MÄNNLICHEN) SEXPARTNER?' (WIR MEINEN HIER KEINE SEXPARTNER, DIE IM SELBEN LAND LEBEN WIE SIE SELBST).' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN'

OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Hat er Sie bei dieser Gelegenheit für Sex bezahlt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL IM AUSLAND SEX MIT EINEM (MÄNNLICHEN) SEXPARTNER?

(WIR MEINEN HIER KEINE SEXPARTNER, DIE IM SELBEN LAND LEBEN WIE SIE SELBST). IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Hatten Sie mit diesem Sexpartner bei dieser Gelegenheit **Analverkehr**, egal ob mit oder ohne Kondom?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL IM AUSLAND SEX MIT EINEM (MÄNNLICHEN) SEXPARTNER?

(WIR MEINEN HIER KEINE SEXPARTNER, DIE IM SELBEN LAND LEBEN WIE SIE SELBST). IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Hatten Sie mit diesem Sexpartner bei dieser Gelegenheit Analverkehr **ohne Kondom**?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HATTEN SIE MIT DIESEM SEXPARTNER BEI DIESER GELEGENHEIT ANALVERKEHR, EGAL OB MIT ODER OHNE KONDOM?' IS 'JA')

- Nein
 Ja
 Ich erinnere mich nicht

Zum Kondomgebrauch

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

Wann hatten Sie das letzte Mal ungeschützten Analverkehr, nur weil Sie kein Kondom hatten?

- [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

Zum Sex mit Frauen

In dieser Umfrage meinen wir mit "Sex" körperlichen Kontakt, der den Orgasmus eines oder beider Partner zum Ziel hat.

Wann hatten Sie das letzte Mal Sex mit einer Frau?

[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

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.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINER FRAU?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

Mit wie vielen (unterschiedlichen) Frauen hatten Sie in den letzten 12 Monaten Vaginal- oder Analverkehr?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'WANN HATTEN SIE DAS LETZTE MAL SEX MIT EINER FRAU?' IS 'IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN' OR 'IN DEN LETZTEN 7 TAGEN' OR 'IN DEN LETZTEN 4 WOCHEN' OR 'IN DEN LETZTEN 6 MONATEN' OR 'IN DEN LETZTEN 12 MONATEN')

[Bitte auswählen]

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 oder mehr

Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten beim Vaginal- oder Analverkehr mit Frauen Kondome verwendet?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'MIT WIE VIELEN (UNTERSCHIEDLICHEN) FRAUEN HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN VAGINAL- ODER ANALVERKEHR?' IS '1' OR '2' OR '3' OR '4' OR '5' OR '6' OR '7' OR '8' OR '9' OR '10 ODER MEHR')

- Gar nicht
- Selten
- Manchmal
- Meistens
- Immer

Zum sicheren Kondomgebrauch

Noch einmal zum Check: Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein **Kondom benutzt**, als sie aktiven Analverkehr hatten?

- Nein
- Ja

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**.

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'NOCH EINMAL ZUM CHECK: HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN EIN KONDOM BENUTZT, ALS SIE AKTIVEN ANALVERKEHR HATTEN?' IS 'JA')

| | 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"/> |

Ist in den letzten 12 Monaten ein Kondom, **das Sie getragen haben**, beim Sex geplatzt oder abgerutscht?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'NOCH EINMAL ZUM CHECK: HABEN SIE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN EIN KONDOM BENUTZT, ALS SIE AKTIVEN ANALVERKEHR HATTEN?' IS 'JA')

- Nein
 Ja, ein Mal
 Ja, mehrere Male
 Ich weiß nicht

Zum Konsum verschiedener Substanzen

Haben Sie jemals Anabolika (Steroide) gespritzt?

- Nein, noch nie
 Ja, in den letzten 12 Monaten
 Ja, vor mehr als 12 Monaten

Haben Sie sich jemals Drogen (ausgenommen Anabolika) gespritzt?

- Nein, noch nie
 Ja, in den letzten 12 Monaten
 Ja, vor mehr als 12 Monaten

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 Drogenkonsum | <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 sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

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

Wann haben Sie das letzte Mal **Tabakprodukte** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Poppers** inhaliert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Viagra®, Cialis®, Levitra®** oder andere Substanzen eingenommen, um eine Erektion aufrecht zu erhalten?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Beruhigungsmittel (Valium®, Rivotril®, Rohypnol®)** eingenommen?

[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

Haben Sie JEMALS irgendwelche anderen Drogen konsumiert?

- Nein
- Ja

Zu anderen Substanzen, die Sie konsumiert haben

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS IRGENDWELCHE ANDEREN DROGEN KONSUMIERT?' IS 'JA'

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie zuletzt etwas genommen haben, auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte.

Wann haben Sie das letzte Mal **Cannabis (Haschisch, Marihuana)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Ecstasy ("E", MDMA)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Amphetamine (Speed)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Crystal (Meth)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Heroin** oder ähnliche Substanzen konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Mephedron (Meph, Miau)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **GHB/GBL (Liquid Ecstasy)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Ketamin (Special K)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **LSD (Acid)** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Kokain** konsumiert?

[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

Wann haben Sie das letzte Mal **Crack** konsumiert?

[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

Was wissen Sie über HIV und sexuell übertragbare Infektionen (Geschlechtskrankheiten)

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 seinen Enddarm (Rektum) beim "passiven" ungeschützten Analverkehr mit einem infizierten Partner mit HIV anstecken.

Auch ohne Ejakulation birgt (ungeschützter) **Oralverkehr** das Risiko einer Infektion mit Syphilis oder Tripper (Gonorrhö).

[Bitte auswählen]

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

Wenn einer oder beide Partner andere Geschlechtskrankheiten ("sexuell übertragbare Infektionen") haben, erhöht das die Chance, dass HIV übertragen wird, wenn mit HIV infizierte und uninfizierte Männer Sex miteinander haben.

Die meisten anderen Geschlechtskrankheiten können leichter weitergegeben werden als HIV.

Zur Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Alle der folgenden Aussagen sind zutreffend. **Haben Sie das bereits gewusst?**

Die Postexpositionsprophylaxe (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
 Ich verstehe das nicht
 Ich glaube nicht, dass das stimmt

Wurden Sie jemals mit einer PEP behandelt?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'NEIN, ICH HABE NOCH NIE EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN' OR 'JA, MEIN LETZTER TEST FIEL NEGATIV AUS (ZUM TESTZEITPUNKT HATTE ICH KEINE HIV-INFREKTION)')

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

Wurden Sie mit einer PEP behandelt, bevor bei Ihnen HIV diagnostiziert wurde?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, ICH WURDE POSITIV GETESTET (ICH HABE EINE HIV-INFREKTION)')

- Nein
 Ja
 Ich weiß nicht

Wie sicher sind Sie, dass Sie eine PEP erhalten, wenn Sie eine brauchen?

(QUESTION SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'NEIN, ICH HABE NOCH NIE EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN' OR 'JA, MEIN LETZTER TEST FIEL NEGATIV AUS (ZUM TESTZEITPUNKT HATTE ICH KEINE HIV-INFREKTION)')

- Sehr sicher
 Ziemlich sicher

- Weniger sicher
 Überhaupt nicht sicher
 Ich weiß nicht

Wie andere auf Ihre HIV-Infektion reagieren

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, ICH WURDE POSITIV GETESTET (ICH HABE EINE HIV-INFEKTION)'

Wie oft haben Sie folgendes erlebt?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

| | Noch nie | Selten | Manchmal | 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"/> |

Wie andere auf Ihre HIV-Infektion reagieren (Fortsetzung)

PAGE SHOWN WHEN ANSWER TO QUESTION 'HABEN SIE JEMALS EIN HIV-TESTERGEBNIS ERHALTEN?' IS 'JA, ICH WURDE POSITIV GETESTET (ICH HABE EINE HIV-INFEKTION)'

Wie oft haben Sie folgendes erlebt?

Bitte eine Antwort pro Zeile.

| | Noch nie | Selten | Manchmal | Oft | Sehr oft | Betrifft mich nicht |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 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.

Ich fürchte, dass andere mich wegen meiner HIV-Infektion schlechter behandeln.

Mir wurde medizinische Hilfe verweigert, weil ich HIV habe.

Erfahrungen mit Gewalt

Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie das letzte Mal folgendes erlebt haben (auch wenn es sich für Sie um eine Ausnahme handelte).

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

Wann wurden Sie das letzte Mal **beleidigt**, 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

Wann wurden Sie das letzte Mal **geschlagen oder getreten**, 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

Wie Sie zu Homosexualität stehen

Stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (Skala von 1 bis 7). Bitte antworten Sie spontan.
Bitte eine Antwort pro Zeile.

(MATRIX ROW ROTATION)

| | Stimme garnicht zu | | | Weder noch | | | Stimme voll zu | | Betrifft mich nicht |
|---|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
| Ich fühle mich in Gegenwart weiblich wirkender homosexueller Männer unwohl. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <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"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zu Ihrer Schul- und Berufsausbildung

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, eidgenössische Fachausweis/Diplom (Schweiz)
- Fachhochschulabschluss, höherer Fachschulabschluss, Bachelor, Akademie, Konservatorium, Kunstgewerbeschule, Technikum (Schweiz)
- Universitätsabschluss (Master, Diplom, etc.), ETH (Schweiz), Doktorat

Was beschreibt Ihre derzeitige berufliche Stellung am besten?

- Vollzeit beschäftigt
- Teilzeit beschäftigt
- Selbständig

- Arbeitslos
- Studierend
- Berentet
- Längerfristig krank geschrieben
- Anderes

Jetzt nur noch 2 Fragen...

Bevor Sie diese beantworten, möchten wir die in Deutschland lebenden Teilnehmer darauf hinweisen, dass im Anschluss noch einige Fragen zu Ihrer Lebenssituation folgen. Bitte beantworten Sie auch diese. Dr. Michael Bochow, der schon frühere Umfragen dieser Art durchgeführt hat, betreut auch diese Zusatzbefragung.

Was ist Ihre Idealvorstellung vom besten Sexleben?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Wer ist der geilste Mann auf der Welt?

[Tragen Sie hier Ihre Antwort ein]

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.
Bitte klicken Sie jetzt auf "Antworten abschicken".